



Sammanträde med:

Hälsa- och sjukvårdsnämnd

Sammanträdet sker digitalt, endast ordförande, ansvarig tjänsteperson och nämndsekreterare träffas fysiskt.

Sammanträdesdatum: 2021-09-29

Tid: kl. 09:00-16:00

Plats: Digitalt och konferensrum Eken, Eklundavägen 1

Eventuella gruppmöten med teknik ordnas av respektive parti.

Meddela förhinder snarast möjligt till nämndsekreterare Maria Boström maria.bostrom2@regionorebrolan.se 019-602 72 52.

Du som är ersättare meddelar om du kommer att delta.

Ledamöter kallas

Karin Sundin (S), ordförande
Behcet Barsom (KD), vice ordförande
Sebastian Cehlin (M), 2:e vice ordförande
Peter Björk (S)
Gunnel Kask (S)
Azra Prepica (S)
Stina Lindbäck Olsson (S)
Carina Dahl (S)
Charlotte Edberger (C)
Ulrika Björklund (M)
Willhelm Sundman (L)
Monika Aune (MP)
Gunilla Fredriksson (SD)
Elin Jensen (SD)
Maria Odheim Nielsen (V)

Ersättare underrättas

Ulla Kalandar-Karlsson (S)
Frederick Axewill (S)
Jeanette Rasko (S)
Ewa Sundkvist (KD)
Xerxes Åkerfeldt (C)
Maria Lönnberg (M)
Carl Alm (M)
Anna Nordqvist (M)
Habib Brini (SD)



1. Protokollsjustering

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att jämte ordföranden justera dagens protokoll utse Sebastian Cehlin (M) med Willhelm Sundman (L) som ersättare.

Protokollet ska vara justerat senast den 13 oktober 2021.

2. Anmälan av frågor

Sammanfattning

Frågor kvar att besvara från 2021-08-30:

1. Elin Jensen (SD) frågar alla avdelningar/områden finns med på 1177 och kan kommunicera med patienterna gällande frågor, provsvar med mera. Om inte, varför?
2. Sebastian Cehlin (M) frågar hur patientbeläggningen och arbetssituationen är på avd 40.
3. Ulrika Björklund (M) frågar om psykiatrin klarar vårdgarantin för barn och vuxna.

3. Svar på remiss om ”God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa” (SOU 2021:6)

Diarienummer: 21RS3862

Föredragande: Gabriel Stenström, Michaela Larsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att förslaget till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Det statliga utredningsarbetet ”Samordnad utveckling för god och nära vård” har haft i uppdrag att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa. I det betänkande som Region Örebro län nu fått möjlighet att yttra sig över föreslås att



Hälso- och sjukvårdslagen omformuleras så att det framgår att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa.

Betänkandet föreslår också en modell för att primärvården bättre ska möta psykisk ohälsa. Modellen bygger på att vägen in ska vara enkel och begriplig för invånarna. Den förutsätter att omhändertagandet är organiserat i stegvisa och väl sammanhängande insatser. Dessutom bygger den på en samverkan mellan olika aktörer som elevhälsa, socialtjänst och civilsamhället.

Avslutningsvis föreslår betänkandet att förutsättningarna för vården behöver förbättras, till exempel genom strukturer för patientdelaktighet och anhörigstöd. Behoven av kompetens behöver kartläggas och uppföljningen av vården förbättras.

I förslaget till svar på remissen välkomnar Region Örebro län betänkandet och dess förslag. I svaret framgår att betänkandets förslag ligger väl i linje med det utvecklingsarbete som pågår inom Region Örebro län för att förbättra stödet vid psykisk ohälsa.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-09-29, Svar på remiss om "God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa" (SOU 2021:6)
- Svar på remiss om "God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa" (SOU 2021:6)
- Bilaga 2 remiss - betänkande av utredningen God och nära vård - rätt stöd till psykisk hälsa
- Remiss - God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6)

4. Yttrande över betänkandet "Stärkt rätt till personlig assistans" (SOU 2021:37)

Diarienummer: 21RS6308

Föredragande: Gabriel Stenström, Michaela Larsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att förslaget till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

En statlig utredning har haft i uppdrag att se över vissa frågeställningar inom personlig assistans enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Utredningen föreslår nu ett förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser, samt ett antal andra förslag som inte har samma relevans för Region Örebro län.

För att uppnå förstärkningen av stödet vid behov av sjukvårdande insatser lämnar utredningen flera förslag. För det första föreslås en egenvårdslag som reglerar hälso-



och sjukvårdens ansvar för exempelvis samverkan, planering, instruktioner och uppföljning. För det andra föreslås en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen för att hälso- och sjukvården ska ta större hänsyn till livsvillkoren när vård ska ges till personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar. För det tredje vill utredningen att behov av sjukvårdande insatser ska beaktas vid bedömning om rätt till assistans, om det finns en överenskommelse om utförandet mellan sjukvårdshuvudmannen och assistansanordnaren.

I förslaget till yttrande välkomnar Region Örebro län utredningens förslag. Den ökade arbetsinsatsen och i viss utsträckning även ökade kostnader som förslagen väntas innebära, motiveras med ökad patientsäkerhet och ökade möjligheter till ett bättre vardagsliv för berörda individer.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-09-29, Yttrande över betänkandet "Stärkt rätt till personlig assistans" (SOU 2021:37)
- Yttrande över betänkandet "Stärkt rätt till personlig assistans" (SOU 2021:37)
- Remiss - Stärkt rätt till personlig assistans SOU 2021:37
- Bilaga - Betänkande - Stärkt rätt till personlig assistans

5. Svar på remiss över betänkandet "Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården" (SOU 2021:39)

Diarienummer: 21RS6034

Föredragande: Gabriel Stenström, Michaela Larsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att förslaget till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

I betänkandet föreslås att det ska bli tillåtet för vårdgivare att ge ett ombud elektronisk tillgång till patientuppgifter, om patienten vill det. Dessutom föreslås i betänkandet att allmänheten genom en sökfunktion på internet ska kunna kontrollera en persons behörighet i det register som finns över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Avslutningsvis föreslås att vårdgivare ska kunna få elektronisk tillgång till samma register.

I förslaget till svar på remissen ställer sig Region Örebro län positiv till samtliga förslag.



Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-09-29, Svar på remiss över betänkandet "Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården" (SOU 2021:39)
- Yttrande över betänkandet Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården
- Remiss - Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll
- Bilaga 2 - remiss SOU 2021:39

6. Yttrande över revisionsrapporten "Granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden"

Diarienummer: 21RS6863

Föredragande: Gabriel Stenström, Michaela Larsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att föreslå regionstyrelsen att förslaget till svar godkänns som Region Örebro läns svar till revisorerna.

Sammanfattning

Revisorerna i Region Örebro län har i revisionsrapporten "Granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden" granskat om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer en individuellt behovsanpassad vård och behandling för boende på särskilda boenden. Revisorernas bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden delvis säkerställer en individuellt behovsanpassad vård och behandling, och lämnar tre rekommendationer.

I förslaget till svar framgår att granskningen berör samma verksamhet som IVO (Inspektionen för vård och omsorg) granskade under 2020. Med anledning av granskningen och de lärdomar som den pågående pandemin över huvud taget har gett kommer flera förbättringsåtgärder att vidtas som finns i den redovisning till IVO som hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade om den 30 augusti. Åtgärderna omfattar de rekommendationer som revisorerna lämnar.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-09-29 Yttrande över revisionsrapporten "Granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden"
- Yttrande över revisionsrapporten "Granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden"



- Revisionsrapport - Granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden

7. Svar på motion om att stärka tillgången och tillgängligheten till läkare i äldreomsorgen

Diarienummer: 20RS12715

Föredragande: Eva Åkesson Enele

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen ska anses besvarad.

Sammanfattning

Ola Karlsson (M) har inkommit med en motion som föreslår att regionfullmäktige ska besluta att snabbt utveckla digitala verktyg och ordna en organisation så att det blir lätt för sjuksköterskan i äldreomsorgen att få snabb tillgång till och kunna konsultera en specialistläkare. Det pågår nu förändringsarbete på flera plan gällande regionens insatser inom området. Regionen arbetar även med att förstärka hemsjukvården genom mobila närsjukvårdsteam. Det pågår också arbete med att möjliggöra digital informationsdelning mellan länets kommuner och regionen samt digitala kontaktvägar och tjänster för länsinvånarna.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-09-29, Svar på motion tillgång och tillgänglighet läkare i äldreomsorg
- Svar på motion tillgång och tillgänglighet läkare äldreomsorg
- Motion - Stärk tillgången och tillgängligheten till läkare i äldreomsorgen

8. Svar på remiss – En sammanhållen god och nära vård för barn och unga, SOU 2021:34

Diarienummer: 21RS5692

Föredragande: Eva Åkesson Enele

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att förslag till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialdepartementet.



Sammanfattning

Utredningen föreslår bland annat att det hälsofrämjande arbetet ska förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen och att ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga tas fram och implementeras i hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår även att lagstiftningen kring fast vårdkontakt till barn och unga skärps samt att ett tydligt krav på samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet införs. Utredningen presenterar även sex steg för hur barn och unga med psykisk ohälsa kan få ett mer ändamålsenligt och samordnat stöd i vården.

Region Örebro län ställer sig bakom utredningens förslag, men anser att utredningen saknar en lösning av samverkansfrågorna för de yngsta barnen samt att frivilligsektorn borde varit en del av utredningens steg för att ge ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-09-29 Svar på remiss - En sammanhållen god och nära vård för barn och unga, SOU 2021:34
- Svar på remiss En sammanhållen god och nära vård för barn och unga SOU 2021_34
- Remiss - En sammanhållen god och nära vård för barn och unga
- Bilaga 1 - Remissunderlag
- Bilaga 2 - Konsekvensanalys

9. Svar på remiss – Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar (SOU 2021:43)

Diarienummer: 21RS5837

Föredragande: Eva Åkesson Enelo

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att förslag till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Justitiedepartementet, samt

att paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Sammanfattning

I dagsläget är läkare inom offentlig hälso- och sjukvård skyldiga att utföra spårsäkring efter sexualbrott på begäran från Polismyndigheten, enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen. Det saknas dock skyldighet att utföra spårsäkring utan sådan begäran, om en enskild söker vård själv efter ett sexuellt övergrepp. Utredningen föreslår därför att en ny lag införs vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott.

Region Örebro län arbetar redan i enlighet med utredningens förslag och bedömer att lagförslaget inte innebär någon större skillnad mot nuvarande rutiner.



Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-09-29 Svar på remiss Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar 2021:43
- Svar på remiss - Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar SOU 2021:43
- Remiss - Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar (SOU 2021:43)
- Bilaga 2 remiss - remissunderlag Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar

10. Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för återöppnande av förlossningen på Karlskoga lasarett

Diarienummer: 20RS1774

Föredragande: Jonas Claesson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna hälso- och sjukvårdsdirektörens reviderade plan för återöppnande av förlossningen på Karlskoga lasarett.

Sammanfattning

Kvinnoklinikens verksamhetschef tog den 29 maj 2019 beslut att förlossningen i Karlskoga skulle stänga från och med den 15 juni 2019. Beslutet togs mot bakgrund av att patientsäkerheten för de akut sjuka nyfödda barnen inte kunde tillgodoses.

Ett återöppnande av förlossningen i Karlskoga förutsätter att Region Örebro län långsiktigt och hållbart kan upprätthålla och säkerställa en patientsäker vård. Hälso- och sjukvården ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) bedriva ett patientsäkerhetsarbete som är förebyggande vilket innebär ett arbete med att identifiera risker i vården och att sedan verka för att dessa elimineras så att undvikbara vårdskador inte ska uppstå.

En arbetsgrupp med berörda verksamhetschefer och chefläkare arbetade under hösten 2019 med att ta fram förutsättningar för ett återöppnande av förlossningen i Karlskoga.

Arbetet ledde fram till rapporten ”Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett”, som presenterades för nämnden den 26 februari 2020. Hälso- och sjukvårdsdirektörens sammanvägda bedömning var då att förlossningen i Karlskoga bedömdes kunna återöppnas tidigast vid årsskiftet 2024/2025 under förutsättning att föreslagna bemanningsåtgärder har varit framgångsrika.

I enlighet med beslut på regionfullmäktiges sammanträde 24 september 2020 tog hälso- och sjukvårdsdirektören fram upphandlingsdokument (förfrågningsunderlag)



för upphandling av förlossningsverksamhet i Region Örebro läns lokaler på Karlskoga lasarett. Den 28 april 2021 fattade hälso- och sjukvårdsnämnden beslut om att framtaget förfrågningsunderlag godkändes för annonsering.

Region Örebro län genomförde därefter upphandling avseende förlossningsverksamheten i Karlskoga. Vid sammanträde den 30 augusti 2021 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att avbryta upphandlingen med hänsyn till att inga anbud inkommit samt att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att till nämnden den 29 september 2021 återkomma med en reviderad plan och justerad tidplan för ett skyndsamt återöppnande av förlossningen i Karlskoga utifrån ”Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett” (20RS1774) som presenterades för nämnden den 26 februari 2020.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-09-29 Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för återöppnande av förlossningen på Karlskoga lasarett
- Hälso- och sjukvårdsdirektörens reviderade plan för skyndsamt återöppnande av förlossningen vid Karlskoga lasarett

11. Hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport 2021

Diarienummer: 21RS8463

Föredragande: Gustav Ekbäck

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport för år 2021.

Sammanfattning

Uppföljningen i hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport utgår från verksamhetsplanen för 2021, vilken i sin tur utgår från förutsättningar, mål, inriktningar och ambitioner som uttrycks i Region Örebro läns verksamhetsplan med budget samt nämndens egna specifika mål, indikatorer och uppdrag.

Pandemin har fortsatt att påverka stora delar av förvaltningen det första halvåret 2021. Efter att ha legat på en låg nivå under sommaren 2020 tog smittspridningen snabbt fart igen under hösten då vi såg en andra våg. Under november noterades högsta antalet fall av covid-19 per vecka i vår region för att sedan avta. Den covid-19-relaterade vårdbelastningen under andra vågen var som högst först i mitten av januari, då 61 patienter med konstaterad smitta vårdades på länets sjukhus samtidigt, varav 9 på intensivvårdsavdelning.

Region Örebro län har under pandemin klarat av den akuta vården väl men det finns utmaningar med att ta igen den planerade specialistvård som inte kunnat genomföras under 2020.



Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-09-29 Hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport 20221
- Delårsrapport 2021 hälso- och sjukvårdsnämnden

12. Anmälan av ledamotsinitiativ om värmebehandling (TUMT) vid godartad prostataförstoring

Diarienummer: 21RS9225

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att ärendet tas upp vid senare tillfälle.

Sammanfattning

Anmäls att ett ledamotsinitiativ har inkommit från Elin Jensen (SD) och Gunilla Fredriksson (SD) till Region Örebro län den 24 september 2021 om värmebehandling (TUMT) vid godartad prostataförstoring.

Ledamotsinitiativet har överlämnats till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen för stöd i beredningen.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-09-29, Anmälan av ledamotsinitiativ om värmebehandling (TUMT) vid godartad prostataförstoring
- Ledamotsinitiativ till hälso- och sjukvårdsnämnden om värmebehandling (TUMT) vid godartad prostataförstoring

13. Anmälnings- och meddelandeärenden

Diarienummer: 20RS12059

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna redovisningen.

Sammanfattning

Anmälningsärenden:



1. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat avtal för dehydreringsutrustning, MT 2020-0030, 21RS4734-5.
2. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat tilldelningsbeslut för upphandling av flödescytometer, MT 2020-0046, 20RS638-58.
3. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat avtal för flödescytometer utrustning, MT 2020-0046, 21RS5021-5.
4. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat avtal för flödescytometer förbrukning, MT 2020-0046, 21RS5052-7.
5. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat tilldelningsbeslut för upphandling av ultraljudsutrustningar, röntgenkliniken, MT 2021-0001, 20RS9930-108.
6. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat avtal för ultraljudsutrustningar, röntgenkliniken, MT 2021-0001, 21RS6234-8.
7. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat tilldelningsbeslut för upphandling av ultraljudsutrustningar, urologiska kliniken, MT 2021-0049-1, 21RS573-89.
8. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat avtal för ultraljudsutrustningar, urologiska kliniken, MT 2021-0049-1, 21RS574-7.
9. Hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat om initiering av upphandlingsuppdrag, upphandling av ultraljudsutrustning till akutkliniken, MTH 2021-0095, 21RS3423-12.
10. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat avtal för mobila röntgenutrustningar, MT 2020-0136, 21RS5733-9.
11. Hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat om initiering av upphandlingsuppdrag, upphandling av laserdissektionsmikroskop, MT 2020-0125, 20RS4032-2.
12. Hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat om initiering av upphandlingsuppdrag, upphandling av endoskopiutrustning, MT 2021-0116, 21RS5736-2.
13. Områdeschefen för psykiatri har beslutat om tillfällig neddragning av 6 vårdplatser på beroendecentrums vårdavdelning 2021-08-24 - 2021-11-30, 21RS1239-14.
14. Områdeschefen för psykiatri har beslutat om tillfällig neddragning av 4 allmänpsykiatriska vårdplatser på psykiatrisk avdelning 2 och omfördelning av 8 vårdplatser från psykiatrisk observationsavdelning till psykiatrisk avdelning 2, 2021-08-24 - 2021-11-30, 21RS1239-13.



Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-09-29, Anmälnings- och meddelandeärenden

14. Beredningsärende: Hälso- och sjukvårdsnämndens och hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan med budget 2022

Diarienummer: 21RS5063

Föredragande: Gustav Ekbäck, Ewa Sundkvist, Emilia Molin, Charlotte Edberger

Tid:

Sammanfattning

Ordförande från beredning för närsjukvård, beredning för somatisk specialistvård och

högspecialiserad vård samt beredning för psykiatri, hjälpmedel och habilitering presenterar

respektive berednings inspel till hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan med budget 2021.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar om verksamhetsplan med budget 2022 vid sitt sammanträde den 28 oktober.

Beslutsunderlag

- Inspel till hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan med budget för 2022, från beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel
- Inspel till hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan med budget för år 2022 från beredning för närsjukvård
- Inspel till hälso- och sjukvårdsnämndens och Hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan med budget 2022

15. Information

1. Hälso- och sjukvårdsdirektören informerar– Jonas Claesson

- Aktuellt pandemiläge covid

- Pandemiplanering höst, vaccinationer, distansarbete

- Strategisk planering – nära vård, högspecialiserad vård, framtiden vårdinformationsstöd, faktabaserad styrning



- Organisationsöversyn, fortsättning områdesnivå

2. Åtterrappport kring ökad tillgänglighet till kirurgisk vård nattetid på Lindesbergs lasarett - Lena Adolfsson

3. Ekonomisk rapportering inklusive rapport från arbetet med handlingsplanen – Peter Hansson

4. Pågående organisationsöversyn, arbetssätt, tillgänglighet - Karin Haster, (Anna Karlsson, Eva Lidén)

16. Besvarande av anmälda frågor

17. Presentationer och informationsmaterial

3

Svar på remiss om "God
och nära vård – Rätt stöd till
psykisk hälsa" (SOU
2021:6)

21RS3862

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning , Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS3862

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Svar på remiss om ”God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa” (SOU 2021:6)

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att förslaget till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Det statliga utredningsarbetet ”Samordnad utveckling för god och nära vård” har haft i uppdrag att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa. I det betänkande som Region Örebro län nu fått möjlighet att yttra sig över föreslås att Hälso- och sjukvårdslagen omformuleras så att det framgår att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa.

Betänkandet föreslår också en modell för att primärvården bättre ska möta psykisk ohälsa. Modellen bygger på att vägen in ska vara enkel och begriplig för invånarna. Den förutsätter att omhändertagandet är organiserat i stegvisa och väl sammanhängande insatser. Dessutom bygger den på en samverkan mellan olika aktörer som elevhälsa, socialtjänst och civilsamhället.

Avslutningsvis föreslår betänkandet att förutsättningarna för vården behöver förbättras, till exempel genom strukturer för patientdelaktighet och anhörigstöd. Behoven av kompetens behöver kartläggas och uppföljningen av vården förbättras.

I förslaget till svar på remissen välkomnar Region Örebro län betänkandet och dess förslag. I svaret framgår att betänkandets förslag ligger väl i linje med det

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS3862

utvecklingsarbete som pågår inom Region Örebro län för att förbättra stödet vid psykisk ohälsa.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet får inga konsekvenser ur de aktuella perspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet får inga ekonomiska konsekvenser.

Beslutsunderlag

Föredragnings-PM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-09-29, Svar på remiss om ”God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa” (SOU 2021:6)

Svar på remiss om ”God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa” (SOU 2021:6)

Remissen ”God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa” (SOU 2021:6)

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Socialdepartementet

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2021-09-29

Beteckning
Dnr: 21RS3862

Er beteckning

Regeringen, Socialdepartementet

103 33 Stockholm

Svar på remiss om ”God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa” (SOU 2021:6)

Region Örebro län har fått möjlighet att yttra sig över betänkandet ”God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa” (SOU 2021:6). Med anledning av betänkandet vill Region Örebro län lämna följande synpunkter:

Region Örebro län välkomnar betänkandet. Det ger en bra beskrivning av de utmaningar som vården står inför när det gäller att förbättra stödet vid psykisk ohälsa.

Region Örebro län välkomnar även de förslag som presenteras i betänkandet. För det första är det helt rimligt att det i hälso- och sjukvårdslagen framgår att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa. För det andra ställer sig Region Örebro län bakom den modell som betänkandet föreslår för att bättre möta psykisk ohälsa i primärvården. Modellen är helt i linje med det utvecklingsarbete som för närvarande pågår inom Region Örebro län, till exempel när det gäller att bygga upp ”En väg in”.

Genom att betänkandet så tydligt beskriver de olika uppdragen för primärvård och specialiserad vård underlättar det arbetet med att bygga vårdprocesser. Dock kunde utredningen varit ännu tydligare med att det viktiga är att patienten får en första bedömning, att patienten sedan får vård på lämplig nivå och att specialistvården inte ska avvisa väl underbyggda remisser. Den stegvisa vården är bra och eftersträvarvård, men vården behöver också kunna hantera att patienterna rör sig i systemet.

För det tredje stödjer Region Örebro län betänkandets förslag för att ge förutsättningar för ”Rätt stöd till psykisk hälsa”. Betänkandet ringar väl in nödvändiga utvecklingsområden som patientdelaktighet, kompetensförsörjning och uppföljning och lämnar lämpliga förbättringsförslag.

För Region Örebro län

God och nära vård

Rätt stöd till psykisk hälsa

*Betänkande av utredningen
Samordnad utveckling för god och nära vård*

Stockholm 2021



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:6

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Combined AB

Inlagesillustrationer: Gullers Grupp och Combined AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0019-4

ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Till särskild utredare förordnades chefläkaren och biträdande landstingsdirektören Anna Nergårdh. Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 3 mars 2017 kanslirådet Louise Andersson. Som sekreterare anställdes fr.o.m. den 2 oktober 2017 t.o.m. den 30 juni 2018 allmänläkaren Karin Träff Nordström och civilekonomen Marie Öberg Lindevall. Som sekreterare i utredningen anställdes fr.o.m. den 9 oktober 2017 t.o.m. den 31 mars 2019 juristen Malin Lundberg. Som sekreterare i utredningen anställdes den 22 oktober 2018 t.o.m. den 31 mars 2020 medicinska informatikern Niklas Eklöf, och den 28 januari 2019 juristen Anna Klara Brage. Som sekreterare anställdes även juristen Caroline-Olivia Elgán fr.o.m. den 1 september 2019 t.o.m. den 3 mars 2020 och fil.kand. Max Printz fr.o.m. den 6 november 2019 t.o.m. den 31 mars 2020.

Som sakkunniga till utredningen förordnades den 26 oktober 2017 departementssekreteraren Malin Bolinder, kanslirådet Anna Brooks, departementssekreteraren Fredrik Friberg, departementssekreteraren Elin Persson samt departementssekreteraren Nina Viberg. Som experter till utredningen förordnades den 26 oktober 2017 allmänläkaren Peter Berggren, digitala strategen Niklas Eklöf, representanten för Funktionsrätt Sverige Anders Gustafsson, distriktssköterskan

Hanna Lundstedt, folkhälsorådet Iréne Nilsson Carlsson samt SKR:s samordnare för nära vård Emma Spak.

Departementssekreteraren Malin Bolinder entledigades den 19 januari 2018 och samma dag förordnades departementssekreteraren Lisa Midlert som sakkunnig i utredningen. Kanslirådet Anna Brooks, departementssekreteraren Nina Viberg och departementssekreteraren Elin Persson entledigades fr.o.m. den 11 september 2018. Kanslirådet Anna Gralberg, kanslirådet Anna Dahlin och kanslirådet Elin Sundberg förordnades som sakkunniga i utredningen fr.o.m. den 11 september 2018. Digitala strategen Niklas Eklöf entledigades fr.o.m. den 29 oktober 2018. Avdelningschefen Kristina Fridensköld förordnades som expert i utredningen fr.o.m. den 29 oktober 2018. Kanslirådet Fredrik Friberg entledigades fr.o.m. den 27 mars 2019. Ämnesrådet Sverker Lönnerholm förordnades som sakkunnig i utredningen fr.o.m. den 27 mars 2019. Kanslirådet Anna Dahlin entledigades fr.o.m. den 13 september 2019. Samma dag förordnades ämnesrådet Petra Zetterberg-Ferngren som sakkunnig och samverkanschefen Susanne Söderberg samt förvaltningschefen Torill Skaar Magnusson som experter. Den 5 december 2019 entledigades avdelningschefen Kristina Fridensköld och avdelningschefen Annemieke Ålenius förordnades som expert.

Ämnesrådet Petra Zetterberg-Ferngren entledigades fr.o.m. den 12 mars 2020 och samma dag förordnades departementssekreteraren Linda Hindberg som sakkunnig i utredningen samt verksamhetschefen Karl Torring och den medicinskt sakkunnige Niklas Långström att vara experter i utredningen. Den 14 maj 2020 entledigades sektionschefen Emma Spak och samordnaren Lisbeth Löpare Johansson förordnades som expert i utredningen. Kanslirådet Anna Gralberg entledigades fr.o.m. den 22 juni 2020. Departementssekreteraren Linda Hindberg entledigades fr.o.m. den 26 augusti 2020 och samma dag förordnades departementssekreteraren Andrea Larsson som sakkunnig i utredningen.

Den 7 juni 2017 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53).

Den 21 september 2017 fick utredningen tilläggsdirektiv (dir. 2017:97).

Den 1 juni 2018 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).

Den 23 augusti 2018 fick utredningen ytterligare tilläggsdirektiv (dir. 2018:90).

Den 5 juni 2019 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – Vård i Samverkan (SOU 2019:29).

Den 15 augusti 2019 fick utredningen ytterligare tilläggsdirektiv (dir. 2019:49).

Den 1 april 2020 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19).

I detta betänkande lämnar vi förslag på att det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa. Vidare redovisar utredningen sina bedömningar av hur primärvården bör arbeta med psykisk ohälsa under modellen ”Rätt stöd till psykisk hälsa”. Modellen utgörs av ett antal principer och arbetssätt som tillsammans och/eller kombinerat förbättrar bemötandet och omhändertagandet av den enskilde, och bättre möter behoven på befolkningsnivå.

Utredningen vill rikta ett varmt tack till alla de som med stort engagemang tagit sig tid att på olika sätt bidra till vårt arbete.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6). Utredningens samtliga uppdrag är härmed slutförda.

Stockholm i januari 2021

Anna Nergårdh

/Louise Andersson
Anna-Klara Brage

Innehåll

Sammanfattning	15
1 Författningsförslag	29
1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	29
2 Utredningens uppdrag, arbetsätt och utgångspunkter	31
2.1 Direktiven.....	31
2.2 Centrala begrepp för betänkandet	34
2.2.1 Psykiatri	34
2.2.2 Psykologi.....	37
2.2.3 Socialpsykiatri.....	38
2.2.4 Psykologisk behandling	39
2.2.5 Psykoedukation/psykopedagogik	39
2.2.6 Psykosocialt omhändertagande och stöd.....	40
2.2.7 Stegvis vård	41
2.2.8 Hälsolitteracitet	42
2.2.9 Civila samhället.....	42
2.3 Avgränsningar	42
2.3.1 Specialiserad hälso- och sjukvård.....	43
2.3.2 Socialtjänst	44
2.3.3 Barn	45
2.4 Utgångspunkter samt närliggande uppdrag och utredningar	46
2.4.1 Utgångspunkter.....	46
2.4.2 Närliggande uppdrag	49

2.4.3	Pågående statliga utredningar.....	54
2.4.4	Kraftsamling för psykisk hälsa	56
2.5	Dialogarbetet	56
2.5.1	Generellt	56
2.5.2	Referensgrupper samt experter och sakkunniga.....	58
2.5.3	Patient- och brukarrepresentation	58
2.5.4	Samverkan med statliga myndigheter och SKR	59
2.5.5	Relaterade utredningar.....	59
2.5.6	Digitala verksamhetsbesök.....	59
2.6	Samhällskontexten där uppdraget getts	60
2.6.1	Den historiska synen på kroppens och själens sjukdom	60
2.6.2	Föreningslivets roll	61
2.6.3	Hur står det till med den psykiska hälsan och ohälsan?	63
2.6.4	En förändrad syn på samhällets insatser för den psykiska hälsan?	65
2.6.5	Hjälp till självhjälp – vem ansvarar för det?.....	66
2.6.6	Hälso- och sjukvårdens förebyggande roll och tidiga insatser av mer generell karaktär.....	68
2.6.7	Det suicidpreventiva arbetet.....	70
2.7	Ytterligare reflektioner över utgångspunkter för uppdraget	71
2.7.1	Diagnoser.....	71
2.7.2	...och livshändelser	73
2.7.3	Varför är det viktigt att beskriva detta kontinuum mellan upplevelse och diagnos?	74
2.7.4	Personcentrerad vård	75
2.7.5	Begränsningar	76
2.7.6	Corona och covid-19	77
2.8	Allmänt om begrepp kopplade till psykisk hälsa.....	78
2.8.1	Avsaknad av gemensamma definitioner.....	78
2.8.2	Behovet av definitioner i förhållande till utredningens uppdrag	79

2.9	Olika mål- och riskgrupper	83
2.9.1	Kvinnor och män	84
2.9.2	Hbtq-personer	86
2.9.3	Personer i ekonomisk utsatthet.....	88
2.9.4	Äldre.....	88
2.9.5	Personer med funktionsnedsättning	90
2.9.6	Personer med riskbruk.....	91
2.9.7	Personer som vårdar eller stödjer en närstående	92
2.9.8	Asylsökande och nyanlända.....	94
3	Förutsättningar för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa	97
3.1	Ansvarsförhållanden	97
3.1.1	Staten.....	97
3.1.2	Regioner och kommuner	99
3.1.3	Arbetsgivare	109
3.1.4	Universitet och högskolor	115
3.1.5	Skola	119
3.1.6	Det civila samhället som samverkanspart	120
3.1.7	Särskilt om rollen som vårdgivare	121
3.1.8	Sammanfattande reflektioner.....	123
3.2	Tillbakablickar på området	124
3.2.1	Statlig styrning genom satsningar inom området psykisk ohälsa och psykisk hälsa	124
3.2.2	Föreningslivets roll.....	127
3.3	Kunskapsunderlag.....	132
3.3.1	Strukturen för kunskapsstyrning	132
3.3.2	Nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa	134
3.3.3	Huvudmännens vård- och insatsprogram vid psykisk ohälsa	135
3.3.4	Andra rapporter och underlag av relevans för uppdraget	136
3.3.5	Sammanfattande reflektioner.....	138

3.4	Huvudmännens formulering av uppdraget psykisk ohälsa i primärvården	140
3.4.1	Inledning.....	140
3.4.2	Uppdragsbeskrivning avseende psykisk ohälsa i regionernas primärvård	142
3.4.3	Uppdragsbeskrivning avseende psykisk ohälsa i kommunernas särskilda boenden	151
3.4.4	Sammanfattande reflektioner	154
3.5	Möjligheter till uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa	156
3.5.1	Utredningens tidigare iakttagelser och bedömningar avseende uppföljning av primärvården.....	157
3.5.2	Möjliga källor till information om psykisk ohälsa i primärvården	159
3.5.3	Omfattning – vad går att säga?.....	164
3.5.4	Sammanfattande reflektioner	169
3.6	Tjänster på distans	170
3.6.1	En möjlighet till personcentrerad nära vård	170
3.6.2	Digitala tjänster på området psykisk ohälsa	171
3.6.3	1177 Vårdguiden	172
3.6.4	Stöd- och hjälplinjer.....	174
3.6.5	Sammanfattande reflektioner	175
3.7	Kompetenser och utbildningsinsatser.....	176
3.7.1	Övergripande om olika kompetenser för psykisk hälsa inom primärvården.....	178
3.7.2	Fördjupning i några professioner	180
3.7.3	Specifika funktioner av betydelse för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa	198
3.7.4	Olika typer av utbildningsinsatser	203
3.7.5	Sammanfattande reflektioner	206
3.8	Psykisk ohälsa och sjukfrånvaro.....	207
3.8.1	Sjukfrånvaro relaterad till psykiatriska tillstånd	207
3.8.2	”Lättare psykisk ohälsa” och sjukfrånvaro	208

4	Internationell utblick	211
4.1	Psykisk ohälsa ett globalt problem	211
4.2	England – Improving Access to Psychological Therapies (IAPT).....	214
4.2.1	Bakgrund.....	214
4.2.2	Programmets innehåll	216
4.2.3	Resultat	217
4.2.4	Fortsatt utveckling	219
4.3	Norge – Rask psykisk helsehjelp	219
4.3.1	Bakgrund.....	219
4.3.2	Programmets innehåll	221
4.3.3	Resultat	222
4.4	Finland.....	223
4.4.1	Bakgrund.....	223
4.4.2	Organisering	224
4.4.3	Utvecklingsarbete.....	225
4.5	Sammanfattande reflektioner	226
5	Primärvårdens grunduppdrag	229
5.1	Det ska synliggöras i lag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa	229
5.2	Konsekvensanalys	239
5.2.1	Övergripande konsekvenser av förslaget	239
5.2.2	Samhällsekonomiska konsekvenser.....	239
5.2.3	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen	241
5.2.4	Ekonomiska och andra konsekvenser för staten	244
5.2.5	Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna och kommunerna.....	244
5.2.6	Konsekvenser för en jämlik vård	245
5.2.7	Konsekvenser för jämställdheten mellan könen.....	245

5.2.8	Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården.....	246
5.2.9	Konsekvenser för vårdens professioner.....	247
5.2.10	Konsekvenser för företagen	248
5.2.11	Övriga konsekvenser	249
5.3	Ikraftträdande	249
6	Primärvårdens organisering.....	251
6.1	En modell för att bättre möta psykisk ohälsa i primärvården.....	251
6.1.1	Om bedömningar.....	251
6.1.2	En samlad modell – ”Rätt stöd till psykisk hälsa”.....	253
6.1.3	Målgrupp.....	255
6.2	Rätt stöd till psykisk hälsa	259
6.2.1	Vägen in	259
6.2.2	Organisering av primärvårdens insatser mot psykisk ohälsa.....	266
6.2.3	Samverkan och samarbete.....	280
6.3	Förutsättningar för Rätt stöd till psykisk hälsa.....	291
6.3.1	Strukturer för patientdelaktighet och anhörigstöd.....	292
6.3.2	Utbildning och kompetensförsörjning.....	303
6.3.3	Uppföljning och forskning.....	308
6.3.4	Framtida statliga satsningar.....	314
6.3.5	Utvecklingsarbeten	317
7	Författningskommentar	321
7.1	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	321
	Efterord.....	323
	Referenser	325

Bilagor

Bilaga 1	Kommittédirektiv 2017:24	341
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2017:97	359
Bilaga 3	Kommittédirektiv 2018:90	367
Bilaga 4	Kommittédirektiv 2019:49	373
Bilaga 5	Begrepp inom området psykisk hälsa	381
Bilaga 6	Välkommen till verkligheten – en exempelsamling	399

Sammanfattning

Utgångspunkter

I enlighet med våra tilläggsdirektiv från den 15 augusti 2019 ska vår utredning, utöver tidigare uppdrag, utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar och vid behov lämna förslag om hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt (dir. 2019:49). Detta uppdrag bygger på en överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Uppdraget gavs i en kontext av utredningens tidigare förslag och bedömningar.

Tidigare betänkanden

Regeringen fattade den 2 mars 2017 beslut om att utse en särskild utredare med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslagen i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) stödja regioner, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen valde namnet *Samordnad utveckling för god och nära vård*.

Utredningen överlämnade i juni 2017 sitt första delbetänkande *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild* (SOU 2017:53). Utifrån förslagen i delbetänkandet fattade riksdagen i slutet av maj 2018 beslut om prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*.

Utredningen överlämnade i juni 2018 sitt andra delbetänkande *God och nära vård. En primärvårdsreform* (SOU 2018:39). Utifrån förslagen i delbetänkandet fattade riksdagen i december 2020 beslut

om prop. 2019/20:164, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. Ytterligare propositioner grundade på förslagen i detta andra betänkande är aviserade.

Utredningen lämnade i juni 2019 sitt tredje delbetänkande God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29). Det betänkandet innehöll i enlighet med utredningens direktiv en rapport om arbetets inriktning och fortskridande. Delbetänkandet innehöll en analys av och bakgrund till de områden inom vilka utredningen i huvudbetänkandet sedan lämnade förslag. Det tredje betänkandet ska därför läsas tillsammans med förslagsdelarna i huvudbetänkandet.

Utredningen lämnade i april 2020 huvudbetänkandet God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Det innehöll förslag på strukturella förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet, med fokus på samverkan mellan de båda huvudmännen, region och kommun. Förslag på hur samverkan kan stödjas på makro- (mellan huvudmännen), meso- (mellan utförare), och mikronivå (utifrån den enskilde individen) lämnades. Betänkandet innehöll förslag på ett stärkt stöd för patienten vad gäller den lagstadgade individuella planen samt förslag på hur patientkontrakt, som en visualisering av den individuella planen, kan regleras i författning. Vidare föreslogs, i enlighet med uppdraget i direktiven, hur verksamheter som drivs enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (den s.k. nationella taxan) bättre kan integreras i framtidens hälso- och sjukvårdssystem. Förslag om hur utbildning i primärvården kan stärkas lämnades, tillsammans med bedömningar av hur forskningens roll kan främjas. En översyn av samtliga beskrivningssystem i hälso- och sjukvården föreslogs, i syfte att underlätta och skapa förutsättningar för omställningen till en god och nära vård. Slutligen lyftes framgångsfaktorer och hinder för omställningen. Betänkandet har remitterats, och förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Det aktuella uppdraget

I och med tilläggsdirektiven från augusti 2019 kom inte utredningens huvudbetänkande att bli det sista betänkandet. Det blir i stället detta betänkande, som besvarar frågeställningarna i direktiven

rörande omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. Vi vill tydligt påpeka att även om detta betänkande har fokus på den psykiska ohälsan har utredningen aldrig i det tidigare arbetet skiljt den psykiska hälsan från den fysiska, utan hela tiden tvärtom betonat behovet av en holistisk syn på människan i kontakten med hälso- och sjukvården. I en personcentrerad hälso- och sjukvård utgår insatserna från den enskilda människans behov, och mindre från hur hälso- och sjukvården valt att organisera sig. Just därför är primärvårdens roll i systemet så viktig. I en adekvat resurs- och kompetensförsörjd primärvård finns förutsättningar att arbeta med hela människan, utifrån dennes situation och i dess närmiljö. I kontinuerliga relationer, med såväl förebyggande och hälsofrämjande insatser som med behandling och rehabilitering. Det är viktigt för oss att betona att detta betänkande, och de förslag och bedömningar vi här gör, hänger ihop med tidigare betänkanden och de där presenterade förslagen och bedömningarna i en odelbar helhet.

Berättelsen

På omslaget till detta sista betänkande ser ni Kim. Ni känner igen hen från illustrationen av den personcentrerade hälso- och sjukvården som vi haft med i våra tidigare betänkanden. Personen Kim är förstås fiktiv. Men vi tänker att det finns en berättelse bakom personen. Hen, som många andra, är drabbad av psykisk ohälsa, själv men också i sin omgivning. Hen upplever många gånger vården som fragmentiserad, och ibland utgående mer från hälso- och sjukvårdens organisation än från personens behov. Att samverka saknas och att bemötandet ibland sviktar. Man möter många olika personer, och det är svårt att känna tillit och förtroende. Det kan göra det särskilt svårt att ta upp frågor om den psykiska hälsan, eller frågor relaterade till psykisk hälsa såsom riskbruk, våld i nära relationer eller annan utsatthet.

Många av de berättelser vi tagit del av i den här fasen av utredningen rör, liksom tidigare, fragmentisering, splittrade insatser och ett system som dumpar komplexiteten i patienter och närståendes knä, mer än ger stöd till bästa möjliga hälsa utifrån var och ens förutsättningar. De här berättelserna har varit viktiga pusselbitar för oss i vårt arbete. De, tillsammans med alla inspel vi fått från vårdens med-

arbetare, som ofta känner en stor frustration i att inte ha de strukturer och arbetssätt man behöver för att möta den stora andelen patienter som söker primärvården just för psykisk ohälsa.

De förslag och bedömningar vi presenterar i det här betänkandet handlar om hur primärvården i regioner och kommuner ska vara ett stöd för människor med psykisk ohälsa, och tillhandahålla redskap som stödjer människor till psykisk hälsa. Det kan handla om insatser från hälso- och sjukvården, men också hur hälso- och sjukvården kan vara en brygga till andra insatser, t.ex. från civila samhället i form av föreningslivet, när de egna resurserna och det nätverk man vanligtvis har omkring sig är för svagt, eller inte räcker till.

Betänkandets form och innehåll

I det följande görs en sammanfattning av betänkandets kapitel, med fokus på de förslag och bedömningar som lämnas. Kapitel 1 och 7 innehåller författningsförslag och författningskommentar, och sammanfattas inte närmare här. Dessa kapitel bör i stället läsas tillsammans med kap. 5.

Kapitel 2. Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter

I detta kapitel redogörs inledningsvis för bakgrunden till utredningsuppdraget enligt våra direktiv, och vi presenterar för betänkandet centrala begrepp. Vi beskriver utredningens avgränsningar; bl.a. den specialiserade hälso- och vården, vård tillhandahållen med stöd av socialtjänstlagen samt vården specifikt av barn. Det föreligger uppdrag till andra statliga utredningar, som angränsar till våra direktiv, t.ex. vad gäller samsjuklighet vid missbruk och gällande barn och ungas psykiska hälsa, samt även till statliga myndigheter, och vi redogör för vilka dessa är. Vi beskriver hur utredningen även i denna avslutande fas har upprätthållit en omfattande dialog med många aktörer, men på delvis nya sätt till följd av de förändrade förhållandena under covid-pandemin.

Den samhällskontext där uppdraget givits är central för hur vi tar oss an vårt uppdrag, liksom den historiska synen på kroppens och själens tillstånd. Frågan om gränsdragningen mellan allmänt välbefinnande, nedsatt psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa är i högsta

grad aktuell. Det finns en allmänt spridd uppfattning att den psykiska ohälsan ökat de senaste decennierna, men det råder delade meningar om i vilken omfattning, för vilka grupper och hur den förändringen bäst ska beskrivas. Det finns också de som problematiserar om den psykiska ohälsan över huvud taget ökat. Vi noterar att det, inte minst till följd av stigmatisering, finns ett stort behov av lågröskelverksamheter med fokus på ett öppet och fördomsfritt bemötande av den som söker hälso- och sjukvården med psykisk ohälsa. Vare sig det sedan visar sig vara något som ska hanteras i hälso- och sjukvården, eller där kontakten med hälso- och sjukvården leder vidare till andra insatser. Vi diskuterar i detta sammanhang föreningslivets roll, och den historiskt viktiga faktor som civila samhället spelat i folkhälsofrågor. Vi resonerar kring avsaknaden av gemensamma definitioner inom området psykisk ohälsa och redogör för begrepps användningen i detta betänkande, och därmed i utformningen av våra förslag och bedömningar. Slutligen redogör vi för några olika mål- och riskgrupper i förhållande till psykisk ohälsa.

Kapitel 3. Förutsättningar för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

Ansvarsförhållanden, tillbakablickar och kunskapsunderlag

Detta kapitel beskriver sammantaget olika aspekter av primärvårdens förutsättningar för arbetet med psykisk ohälsa, och hur det ser ut i nuläget. Inledningsvis redogörs för den bredd av aktörer på olika nivåer som är involverade i den psykiska ohälsan och för det ansvar, utifrån roll och uppdrag, som respektive aktör har.

Efter en kort tillbakablick på såväl statens som föreningslivets roll i detta arbete belyser vi för området relevanta kunskapsunderlag. Utredningen konstaterar att det arbete vad gäller kunskapsstyrning som i nuläget genomförs samordnat mellan ett antal kunskapsmyndigheter samt regioner och kommuner är viktigt för att samordna insatserna inte minst inom området psykisk hälsa.

Vi kan också konstatera att flera uppföljningar och utvärderingar visar att de kunskapsunderlag som finns, t.ex. Socialstyrelsens nationella riktlinjer, inte implementerats i tillräcklig utsträckning. Trots att olika insatser och satsningar genomförts, bl.a. via överenskommelser mellan staten och SKR, är följsamheten fortfarande otill-

räcklig speglat som otillräcklig uppfyllelse av kvalitetsindikatorer kopplade till de nationella riktlinjerna. En reflektion från utredningens sida är att kunskapsunderlagen många gånger förefaller utgå från den specialiserade psykiatrins logik och arbetssätt, trots att huvuddelen av patienterna finns i primärvården. Att inkludera primärvårdens kontext tydligare i framtagandet av kunskapsunderlag för att underlätta implementering är en framgångsfaktor för framtiden. Det bör inom ramen för partnerskapet mellan Socialstyrelsen och huvudmännens modell för kunskapsstyrning finnas goda möjligheter till ett sådant arbetssätt, där också förutsättningarna för att innefatta även kommunernas hälso- och sjukvård bör kunna vara bättre än tidigare.

Huvudmännens formulering av uppdraget

Utredningen redovisar en kartläggning av hur huvudmännen själva formulerar uppdraget gällande psykisk ohälsa i primärvården. Vad gäller regionerna uppvisar genomgången en variation i såväl detaljeringsgrad som specifika krav. En viss variation är att vänta, då en avsikt med att huvudmännen utformar organiseringen är just behovet av anpassning till lokal kontext och olika förutsättningar. Vår genomgång visar dock på skillnader som är svåra att förstå som enbart beroende på sådana anpassningar. Det är anmärkningsvärt att dessa uppdragsbeskrivningar många gånger är på en påfallande övergripande nivå. Detta lämnar ett utrymme för olika tolkningar av olika leverantörer, något som kan resultera i en ojämlig vård t.o.m. för invånare inom samma region. Det torde också försvåra uppföljningen från huvudmannens sida, och göra det svårt för invånarna att veta vad man kan förvänta sig från utförarna av primärvård.

Även vad gäller ett urval av kommunernas primärvård, i vår genomgång illustrerad av den hälso- och sjukvård som ska tillhandahållas för äldre på särskilda boenden, finns det en relativt stor variation, och vi kan konstatera att hälso- och sjukvårdsuppdraget ofta är beskrivet på ett sätt som inte explicit anger att uppdraget omfattar både fysisk och psykisk ohälsa.

Sammanfattningsvis ser vi ett behov av att huvudmännen utvecklar och fastställer tydligare övergripande strukturer och stöd för primärvårdsverksamheternas omhändertagande av psykisk ohälsa.

Uppföljningsmöjligheter och tjänster på distans

I avsnittet belyser vi vilka möjligheter det i dag finns att, på ett systematiskt sätt, följa upp primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Genomgången befäster och understryker behovet av att skyndsamt utveckla en mer systematisk och standardiserad dokumentering och uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa, såväl på verksamhetsnivå som på regional och nationell nivå. En systematisk nationell uppföljning förutsätter också ett arbete med att utveckla datakvaliteten genom att bl.a. säkerställa enhetlighet i registrering av diagnoser och åtgärder runtom i landet. Genom en mer systematisk dokumentation och uppföljning ges förbättrade möjligheter såväl till verksamhetsutveckling som till forskning och utveckling av ny kunskap. Detta är avgörande för en effektiv vård med hög kvalitet.

I detta sammanhang lyfter utredningen, liksom i tidigare betänkanden, behovet av att ett primärvårdsregister i någon form följer av Socialstyrelsens pågående uppdrag kring möjligheten för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. För att sätta mer ljus på, och lära mer om, primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bedömer vi det också som centralt att detta område finns med bland de indikatorer som slutligt väljs för att följa omställningen till en god och nära vård. Om primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården måste den ges förutsättningar att vara det för hela människan, såväl dess fysiska som psykiska hälsa.

Vi gör vidare i kapitlet en beskrivning av olika distanstjänster, inklusive 1177 Vårdguiden, för att möta psykisk ohälsa. I dag finns olika sätt att tillhandahålla vård på distans. Former för detta kan vara e-hälsotjänster, tjänster via telefon eller traditionella behandlingsmetoder som erbjuds via internet. E-hälsolösningar har en särskild potential att tillhandahålla information anpassad till olika målgrupper och vid det tillfälle som passar individen. Detta kan gälla såväl egenvårdsråd som hur man får kontakt med rätt del av hälso- och sjukvården vid olika behov. I detta har 1177 Vårdguiden en särställning så som varande regionernas gemensamma och nationella plattform. Noterbart är den stora roll som olika stöddlinjer drivna av andra aktörer än regionerna själva, ofta frivilligorganisationer, har i relation till bemötandet av den psykiska ohälsan jämfört med den fysiska. Detta medför behov av tydliga strukturer för hur samverkan mellan 1177 Vårdguiden och olika stöddlinjer beskrivs och bedrivs. Vid ut-

vecklande av alla typer av distanstjänster är det särskilt viktigt att både bejaka möjligheten att inkludera fler, och på nya sätt, än tidigare, men också risken att exkludera de som av olika skäl inte har möjlighet att använda sådana tjänster.

Kompetenser och utbildningsinsatser samt sjukefrånvaro

Många professioner är, i olika grad, involverade i primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Primärvården med sitt breda uppdrag är den vårdnivå som har bäst förutsättningar att med ett holistiskt synsätt vara första vårdnivå för människors såväl fysiska som psykiska vårdbehov. För att kunna göra detta på ett ändamålsenligt sätt krävs dock en viss grundläggande kunskap om psykisk ohälsa och bemötande hos alla som arbetar inom primärvården. Det krävs också en kunskap om vad olika professioner kan bidra med i arbetet med psykisk ohälsa. Det ger förutsättningar att organisera arbetet på effektiva sätt och i enlighet med bästa tillgängliga kunskap, t.ex. genom användande av vårdsamordnare eller organisering av psykosociala team. Utredningens dialoger har visat på utmaningar vad gäller den kunskapen, såväl hos ledningsfunktioner som i kliniska verksamheter.

Vi ser utifrån detta att det finns behov av kompetenshöjning och tillkommande utbildningsinsatser. Hur dessa ser ut varierar dock runtom i landet utifrån lokal kontext, och det finns därmed ett behov av regionala och lokala inventeringar, för att utifrån resultaten kunna tillhandahålla relevanta kompetenshöjande insatser. Såväl till styrnings- och ledningsfunktioner som i de kliniska verksamheterna.

Vi belyser i kapitlet att vi med hjälp av informationen i dagens nationella planeringsstöd inte kan säga något om var i hälso- och sjukvårdssystemet olika resurser finns. Vi kan alltså inte med säkerhet säga vilka, och hur många, professioner som är verksamma i primärvården i olika delar av landet. Det blir därmed mycket svårt att beskriva gapen. Sammantaget utgör båda dessa faktorer stora utmaningar i förhållande till såväl planering av olika utbildningsinsatser framöver som omställningen till en stark primärvård med förmåga att hantera såväl fysisk som psykisk ohälsa.

Vi belyser i kapitlet också hur bristen på reglering av s.k. grundläggande psykoterapiutbildning skapar en betydande otydlighet kring vilka kompetenser personer med sådan utbildning besitter, vilket är

problematiskt för dem som ska bemanna primärvården med kompetenser för psykisk ohälsa, för de patienter de möter och för den utbildade själv.

Slutligen redogörs kort för påverkan på sjukfrånvaro av psykisk ohälsa, och hur insatser tänkta att minska den psykiska ohälsan kan förväntas påverka numerärer vad gäller sjukfrånvaro.

Kapitel 4. Internationell utblick

Sverige står inför utmaningar liknande dem i andra länder vad gäller den psykiska ohälsan och vårt uppdrag placerar sig i en global kontext. Olika länder prövar olika strategier för att bemöta dessa utmaningar. I detta kapitel redogörs kortfattat för några internationella initiativ på området samt sjukdomsburda globalt vad gäller psykisk ohälsa samt för dess uppskattade konsekvenser, för individer och samhällen. Därefter tittar vi närmare på ett par olika länders ansatser för att hantera s.k. lättare psykisk ohälsa, i enlighet med direktiven att kartlägga om lösningar för personer med lättare psykisk ohälsa har utformats i något annat land inom EU eller EES-området, t.ex. i Norge eller Storbritannien. Vi belyser även Finland och dess nyligt genomförda arbete med en strategi för psykisk hälsa.

Vi reflekterar i kapitlet över våra svenska förhållanden, med hälso-/vårdcentraler uppbyggda med en bred interprofessionell kompetens som grunden för primärvården. Detta ger oss, rätt använt, goda förutsättningar att dra fördel av primärvårdens och generalisternas specialistkompetens – att se till hela människan, såväl de fysiska som psykiska behoven.

Vår analys är därför att vi bör bygga vidare på denna styrka när vi utvecklar den svenska primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Snarare än att skapa nya separata, organisationer eller strukturer för omhändertagande av den psykiska ohälsan i primärvården bedömer utredningen att vi bör vidareutveckla, bättre strukturera och stärka befintliga primärvårdsverksamhetens arbete med psykisk ohälsa.

Samtidigt bedömer vi att det finns viktiga lärdomar att dra från såväl Englands som Norges arbete med att skapa tydliga strukturer till stöd för både patienter och medarbetare. Dessa strukturer bör omfatta tillgänglighet, bedömning och behandling, samt kopplas till

krav på kontinuerlig uppföljning och ständiga förbättringar. Likaså kan Finlands nyligen genomförda arbete med en 10-årig strategi tjäna som inspiration för det svenska kommande strategiarbetet.

Kapitel 5. Primärvårdens grunduppdrag

Förslag till lagändring

Utredningen föreslår att det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa. 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), om primärvårdens grunduppdrag, ska avseende första punkten formuleras så att inom ramen för verksamhet som utgör primärvård ska regioner och kommuner särskilt tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov.

Skäl för utredningens förslag

Det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet har tillkommit i en annan kontext än dagens, när vanligt förekommande vårdbehov var andra än de som är vanligt förekommande i dag. Den psykiska ohälsan har historiskt haft en undanskymd roll i hälso- och sjukvården och i debatten som helhet. När hälso- och sjukvård har diskuterats och planerats har den somatiska vården på olika sätt haft företräde. I dag har den psykiska ohälsan fått ökat fokus, men även om ekonomiska satsningar, uppdrag och utredningar i allt högre grad identifierat och uppmärksammat denna ohälsa har de satsningar som gjorts inte i någon högre utsträckning inkluderat primärvården.

Av primärvårdens definition följer att dess uppdrag inte är begränsat i fråga om t.ex. sjukdomar. Majoriteten av patienterna med psykisk ohälsa finns redan i dag i primärvården, i enlighet med avsikten i bl.a. Socialstyrelsens nationella riktlinjer på området. Våra genomgångar i kap. 2 och 3 visar dock att hälso- och sjukvårdstjänster, och uppföljning av dessa, vad gäller psykiska vårdbehov inte tillhandahålls enligt lika strukturerade former som hälso- och sjukvårdstjänster för fysiska vårdbehov. Det bör därför synliggöras i primär-

vårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa.

Statliga satsningar inom området psykiatri, psykisk ohälsa och psykisk hälsa har bestått och består fortsatt i stor utsträckning i riktade statsbidrag, nationella samordnare och överenskommelser mellan staten och huvudmännen representerade av SKR. Normering har i mindre utsträckning använts som en form för statlig styrning på området. Genom lag och andra föreskrifter skapas dock nationell enhetlighet, långsiktighet och tydlighet. Den nyligt beslutade regleringen av grunduppdraget för primärvården är ett exempel på hur normering har tillämpats i syfte att skapa enhetlighet, och därigenom förutsättningar för en mer jämlik vård. Regleringen är, tillsammans med bl.a. en ändrad definition av primärvården, viktiga steg i omställningen av hälso- och sjukvården och reformen av primärvården. Enligt utredningen bör detta redan påbörjade arbete med författningsändringar i HSL för en stärkt primärvård användas och utvecklas även i syfte att adressera den psykiska ohälsan.

Det har i utredningens dialoger framförts att det skulle underlätta om det fanns ett tydligt stöd i lagstiftning för att primärvården ska organiseras och planeras också med hänsyn till behovet av omhändertagande av den psykiska ohälsan. Det uppfattas som ett stöd för de funktioner som ska planera, organisera och resurssätta hälso- och sjukvården och specifikt primärvården.

Kapitel 6. Primärvårdens organisering

Rätt stöd till psykisk hälsa

I kapitlet presenterar vi utredningens bedömningar (till skillnad från utredningens förslag, i betydelsen förslag till lagreglering) av hur primärvården bör arbeta med psykisk ohälsa utifrån kartläggningar och analyser i kap. 2, 3 och 4 samt förslaget till ändrad lagstiftning i kap. 5. Dessa bedömningar redogör vi för under tre olika rubriker; *Vägen in*, *Organisering av primärvårdens insatser* samt *Samverkan och samarbete*. Vi samlar dessa tre områden under ett paraply – ”Rätt stöd till psykisk hälsa”. Modellen utgörs av ett antal principer och arbetssätt som kombinerade är avsedda att förbättra bemötandet och omhändertagandet av den enskilde, och bättre möta behoven på befolkningsnivå. Tillsammans avser utredningens bedömningar bidra till

ett förbättrat omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården; av psykiatriska tillstånd, men också av psykiska besvär. Bedömningarna avser utgå från en personcentrerad utgångspunkt och principer för stegvis vård.

Grundtanken är att vid psykisk ohälsa (patientens perspektiv), dvs. vid misstanke om psykiatriska tillstånd (vårdens perspektiv), är primärvården oftast vägen in till hälso- och sjukvården. Där görs en första bedömning, ges stöd till egenvård och, om så är indicerat, behandlande insatser. Antingen på primärvårdsnivå eller via kontakt med och hänvisning till annan del av hälso- och sjukvården. I de fall kriterier för psykiatriska tillstånd inte uppfylls, kan insatser för att minska funktionspåverkan av psykiska besvär behöva erbjudas, ibland av primärvården, andra gånger via strukturerad samverkan med andra aktörer, såsom företagshälsovård, studenthälsa eller föreningslivet.

I våra bedömningar visar vi på goda exempel från verksamheter vi varit i kontakt med i olika faser av utredningens arbete. De exempel vi lyfter är valda utifrån att de visar på arbetssätt och metoder där evidens föreligger utifrån aktuellt kunskapsläge, eller där insatserna kopplats till pågående forskning eller egen strukturerad uppföljning.

Utöver dessa exempel har vi under arbetets gång fått till oss ett stort antal exempel på insatser som görs i olika delar av systemet för att tillgodose de behov kopplade till psykisk ohälsa som enskilda huvudmän, verksamheter, professioner och organisationer möter i sin vardag. Dessa redovisar vi, utan inbördes ordning och med vetskap om att evidensgraden för dessa insatser varierar, i bil. 6.

Vi påminner återigen om att de bedömningar vi gör i kapitlet ska ses som sammanhängande med de förslag utredningen lämnat i tidigare betänkanden. Både vad gäller primärvårdens roll som basen i hälso- och sjukvårdssystemet, med ett särskilt uppdrag att fungera samordnande och hälsofrämjande, och vad gäller ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem. Vi vill också återigen betona vikten av att det i primärvården ges förutsättningar för medarbetarna att arbeta relationellt, med långvariga och kontinuerliga kontakter, med såväl enskilda individer som med och i sin närmiljö. Därmed skapas förutsättningar för förtroendefulla relationer och tillit, och en möjlighet att minska de stigma som många gånger hindrar människor från att lyfta problem med den psykiska hälsan i kontakt med hälso- och sjukvården.

Förutsättningar för Rätt stöd till psykisk hälsa

För att uppnå ett integrerat arbetssätt i enlighet med intentionen i modellen Rätt stöd till psykisk hälsa krävs en infrastruktur som ger förutsättningar och stödjer systemet till en sådan förändring. Det gäller en rad områden; patientdelaktighet, utbildning och kompetensförsörjning, forskning och utveckling, adekvata och evidensbaserade kunskapsstöd samt finansiering. Vi gör därför även ett antal bedömningar av hur sådana förutsättningar kan skapas.

Avslutningsvis presenterar vi en möjlighet till utvecklingsarbeten i form av geografiska modellområden för implementering av Rätt stöd till psykisk hälsa. Vi lyfter där särskilt möjligheten till (och nyttan med) samtidig följeforskning vid ett sådant införande i en avgränsad lokal kontext.

Till sist ...

Denna sista del av utredningens uppdrag har på många sätt känts som en av de viktigaste. På området psykisk hälsa och ohälsa finns så många aspekter att belysa, men den som dominerat är den utsatt-het och det lidande som drabbar många människor med psykisk ohälsa. Likaså vetenskapen om att vi saknar kunskap om bästa sättet att möta och behandla många inom området, och att den kunskap vi har är ofullständig och ojämnt implementerad. Det ligger stora utmaningar, ibland misslyckanden, från vårdens sida i att möta människorna bakom statistiken vad gäller t.ex. suicidalitet, sjukfrånvaro eller den höga somatiska sjuk- och dödligheten hos många med samtidig psykisk problematik.

Därför har detta uppdrag känts särskilt meningsfullt, inte minst eftersom det kom att utföras under en pågående pandemi. En pandemi vars effekter på den psykiska hälsan det ännu är för tidigt att uttala sig om, men där farhågor om effekter av allt från långa tider i intensivvård till en allmän social oro och påverkan på det dagliga livet blir viktiga att följa och adressera framöver.

Vi vill som alltid rikta ett stort tack till alla som har engagerat sig i vårt arbete, och bidragit med synpunkter och inspel, öppnat sina verksamheter och avsatt tid för dialogen med oss. Ett särskilt tack vill vi rikta till patient-/brukarorganisationer, personer med egen-

erfarenhet och vårdens medarbetare som bidragit i arbetet trots många gånger svåra förhållanden under en pågående pandemi.

Vi avslutar med att ställa oss bakom den globalt accepterade principen ”No health without mental health” – Ingen hälsa utan psykisk hälsa.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs att 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt SFS 2020:1043 *Föreslagen lydelse*

13 a kap.

1 §

Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov,

2. se till att vården är lätt tillgänglig,

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

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

5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

2 Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter

I detta kapitel redogörs inledningsvis för utredningsuppdraget enligt våra direktiv, liksom några avgränsningar och utgångspunkter för vårt arbete. Vi beskriver även hur vi bedrivit dialogarbetet i denna sista fas av utredningen. Därefter belyser vi den samhällskontext där vårt uppdrag getts, och som är central för hur vi tar oss an vårt uppdrag. Vi resonerar kring avsaknaden av gemensamma definitioner inom området psykisk ohälsa och redogör för begreppsanvändningen i detta betänkande. Slutligen redogör vi för några olika mål- och riskgrupper i förhållande till psykisk ohälsa.

2.1 Direktiven

Den 15 augusti 2019 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till vår utredning (se bil. 4). Utöver tidigare direktiv gavs uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa, i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivning. Utredningen fick i uppdrag att vid behov lämna förslag på hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt. Uppdraget bygger på en punkt i det s.k. Januariavtalet.¹

Som beskrivet i direktiven finns i dag ingen enhetlig definition av begreppet psykisk ohälsa. Nedsatt psykiskt välbefinnande kan indikera lättare besvär av psykisk ohälsa. Folkhälsomyndigheten genomför vartannat år den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. I undersökningen från 2018² uppgav 17 procent av befolkningen ned-

¹ En sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Delar av regeringens politik bygger på denna överenskommelse.

² Folkhälsomyndigheten, *Hälsa på lika villkor*, 2018.

satt psykiskt välbefinnande, bland kvinnor var andelen 20 procent och bland män 14 procent. Andelen har ökat sedan mätningen 2016, men ökningen är inte statistiskt säkerställd.

Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligast bland unga, och i synnerhet bland unga kvinnor. I åldersgruppen 16–29 år angav 33 procent av kvinnorna och 19 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. I undersökningen uppgav 39 procent av befolkningen i åldern 16–48 år lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest. Det är en ökning sedan 2016, då andelen var 36 procent. Av de tillfrågade kvinnorna angav 46 procent besvär av ångslan, oro eller ångest. Motsvarande andel bland männen var 32 procent.

Män söker vård för psykisk ohälsa i mindre utsträckning än vad kvinnor gör, och de väntar längre innan de gör det. Andelen som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande är vidare dubbelt så stor bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella personer. Transpersoner tenderar att ha ytterligare nedsatt psykiskt välbefinnande. Enligt Försäkringskassan är nästan hälften av dagens sjukskrivningar relaterade till psykisk ohälsa, och även om någon ökning generellt inte setts på senare år tenderar sjukfrånvaron relaterad till psykisk ohälsa att bli allt längre.³

Många äldre lider av ensamhet och ett minskat socialt sammanhang. En rapport från Socialstyrelsen visar att psykisk ohälsa är vanligare hos kvinnor och män som är över 65 år än hos yngre personer.⁴ Det har också uppmärksamats att äldre i vissa fall enbart behandlas med hjälp av läkemedel vid symtom på psykisk ohälsa, trots att de kan ha behov av andra insatser. Liknande problematik har rapporterats även i andra grupper.

I direktiven lyfts ytterligare grupper med stora behov som inte alltid uppmärksammas i tillräckligt hög grad vad gäller det psykiska välbefinnandet; personer med funktionsnedsättning, personer med riskbruk, liksom personer som vårdar eller stödjer en närstående. I uppdraget understryks vikten av att primärvården samverkar med socialtjänsten vid behov vad gäller psykiskt välbefinnande, för att kunna beakta personens hela livssituation, och hitta bakomliggande orsaker till psykisk ohälsa såsom våld i nära relationer och ekonomisk utsatthet.

³ Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, 2020.

⁴ Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre*, 2018.

Det konstateras att hälso- och sjukvårdsinsatser för personer med psykisk ohälsa av olika slag, från psykiatrisk diagnos till psykiska besvär, ges såväl inom regionernas och kommunernas primärvård, som inom den specialiserade vården. Även andra verksamheter, såsom studenthälsan och företagshälsovården, kommer i kontakt med personer som har behov av stöd vid olika typer av psykisk ohälsa. Regeringens uppfattning, såsom den uttrycks i direktiven, är att det finns ett behov av att skyndsamt kunna erbjuda stöd till personer med lättare psykisk ohälsa. Skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom den nära vården skulle i vissa fall också dels kunna ge bättre förutsättningar för att förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar, dels, genom att vård ges på adekvat plats i systemet utifrån personens behov, bidra till att förbättra tillgängligheten till psykiatri för dem med behov av specialiserad vård.

Fokus för uppdraget är sådan psykisk ohälsa som inte kräver specialiserad vård. I uppdraget ingår också att definiera målgruppen för den föreslagna insatsen. I utredningens uppdrag ingår sammanfattningsvis bl.a. att:

- Utredda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar,
- överväga vilka målgrupperna ska vara för de nya insatserna, hur deras behov av stöd ska definieras och vilka typer av insatser som är bäst lämpade för målgrupperna,
- överväga hur och när en medicinsk bedömning av behoven ska ske, utifrån att stödet ska kunna ges skyndsamt och på rätt vårdnivå,
- överväga hur insatserna ska passas in i primärvårdens uppdrag och organisation,
- överväga hur verksamhet såsom studenthälsovård och företagshälsovård kan bidra till och komplettera regionernas och kommunernas primärvårdsuppdrag,
- utreda hur insatserna ska följas upp och hur effekterna ska utvärderas.

Valet att ge vår utredning uppdraget grundade sig i en önskan att inte fragmentisera den nära vården i onödan. Från uppdragsgivarens sida såg man det därför som naturligt att även denna del av primärvården skulle utredas inom ramen för vårt uppdrag. Från utredningens⁵ sida ser vi positivt på detta, då våra förslag för och arbete med att stärka primärvården hela tiden med självklarhet omfattat såväl fysisk som psykisk hälsa.

En grundbult i utredningens arbete är liksom tidigare en personcentrerad hälso- och sjukvård, där målsättningen är att skapa förutsättningar för partnerskap och samskapande mellan personen och hälso- och sjukvårdens medarbetare. Ett förhållningssätt där utgångspunkten alltid är personens behov, preferenser och egna inneboende resurser i det individuella mötet, och där också övergripande mål på befolkningsnivå och den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen alltid måste tas i beaktande.

2.2 Centrala begrepp för betänkandet

2.2.1 Psykiatri

Enligt Svenska Akademiens ordlista betyder psykiatri vetenskapen om psykiska sjukdomar och deras botande.⁶

Om vi tittar mer ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och tar hjälp av MeSH⁷ så anges där att det är en medicinsk disciplin som ägnar sig åt orsaker till samt diagnos, förebyggande och behandling av psykiska sjukdomar.

Inom begreppet ryms alltså dels en bredare tolkning som omfattar ett brett vetenskapsområde och dels en snävare tolkning som specifikt syftar på en medicinsk disciplin, och egen specialitet, för bl.a. läkare och sjuksköterskor.

⁵ I texten används omväxlande begreppen ”vi” och ”utredningen” om vår egen utredning. När det handlar om andra utredningar anges dessa vid namn.

⁶ Svenska Akademiens ordböcker, *Psykiatri*.

⁷ Svensk MeSH är en översättning av MeSH (Medical Subject Headings), som är den kontrollerade vokabulär som produceras och underhålls av NLM (U.S. National Library of Medicine). MeSH används i databaserna PubMed, SveMed+ och Cochrane Library, se mer på <https://mesh.kib.ki.se/info/om-webbplatsen>.

Diagnostik inom psykiatri

I Sverige används International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) generellt vid diagnostik inom hälso- och sjukvården. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) används främst inom forskning och inom den specialiserade psykiatrin.

Första linjens psykiatri

Första linjens psykiatri är ett begrepp som används alltmer men inte har någon tydligt fastslagen definition, utan kan innebära olika saker i olika kontexter. Gemensamt är dock att det avser den del av vården som är avsedd att vara den instans som först tar emot den som söker hjälp vid psykisk ohälsa. Det vill säga vård på primärvårdsnivå, oavsett hur den är organiserad.

Det är utredningens förståelse att begreppet i hög grad vuxit fram inom vården av barn och unga. Socialstyrelsen konstaterar bl.a. att:

... antalet barn och ungdomar som behandlas inom psykiatrin respektive med antidepressiva läkemedel har ökat och fortsätter att öka. För att möta dessa behov har många kommuner och regioner de senaste åren arbetat med att bygga upp en så kallad första linje, alltså en psykiatrisk primärvård för unga. Första linjen finns organisatoriskt mellan den generella nivån (de insatser som erbjuds alla barn och unga) och nivån för specialistinsatser, vilket gör att de kan erbjuda vård och stöd till barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Detta är således första linjen för barn och ungas psykiska hälsa. Första linjen är den eller de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att vara den instans som först tar emot barn och ungdomar – eller familjer som söker hjälp för att ett barn mår dåligt – oavsett om orsakerna till problemet är psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska.⁸

Begreppet används dock även för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa som tillhandahålls till övriga befolkningen (dvs. vuxna och äldre). Till exempel beskriver flera regioner i sina förfrågningsunderlag för hälso-/vårdcentraler att uppdraget innebär att vara första linjen för patienter med psykisk ohälsa.

⁸ Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019, s. 29.

Specialiserad vård och specialiteter inom psykiatri

Som angetts ovan är psykiatri en egen medicinsk disciplin. Liksom för all vård gäller vid psykisk ohälsa att primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.⁹ När det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens för den psykiska hälsan är det i stället den specialiserade psykiatriska vården som ska svara för åtgärderna. Såväl för läkare som för sjuksköterskor finns det statligt reglerade specialiteter inom psykiatri.

Specialistläkare, psykiatri

I Socialstyrelsens målbeskrivning (2015) för samtliga specialiteter anges de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som ST-läkaren ska utveckla under specialiseringstjänstgöringen, och hur de förväntas ta sig uttryck i den specialistkompetenta läkarens yrkesutövning.¹⁰ Där anges bl.a. att specialiteten psykiatri karaktäriseras av utredning, bedömning, diagnostik, behandling och uppföljning samt omvårdnad och rehabilitering vid psykiska sjukdomar hos vuxna, där svårighetsgraden är av sådan art att den kräver specialistpsykiatrins samlade resurser.

Begreppet psykisk sjukdom avser här även personlighetsstörning och beroendetillstånd. Det innebär en psykisk dysfunktion med lidande eller funktionsinskränkning, eller både och. Specifika delmål betonar nödvändig kunskap om samordning och uppföljning av patienter över lång tid, kombination av psykofarmakologiska och psykosociala insatser i samarbete med andra yrkesgrupper och brukarorganisationers roll som resurs.

Psykiatri är en basspecialitet till grenspecialiteten rättspsykiatri. Noteras bör att barn- och ungdomspsykiatri är en egen basspecialitet. Givet utredningens fokus på de över 18 år (se avsnitt 2.3.3) utvecklas inte den vidare här.

⁹ 2 kap. 6 § *hälsa- och sjukvårdslagen* (2017:30) (HSL). Obs. lydelsen gäller fr.o.m. den 1 juli 2021.

¹⁰ Socialstyrelsen, *Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar 2015*, 2015.

Specialistsjuksköterska med inriktning mot psykiatrisk vård

Av examensbeskrivningen framgår att studenten ska

- visa förmåga att observera, bedöma, åtgärda och utvärdera komplexa vårdbehov,
- visa förmåga att möta människor i kris, och
- visa sådan kunskap och färdighet som krävs för att medverka i behandling, habilitering och rehabilitering inom psykiatrisk vård och omsorg.

Psykiatrisk omvårdnad tar utgångspunkt i att alla människor har möjligheter att växa och utvecklas. Vidare att alla personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionsnedsättningar har rätt till kvalitativt god och säker personcentrerad vård som stödjer personens oberoende och självständighet. Omvårdnad inom psykiatrisk vård innebär insatser som syftar till att stärka personens känsla av att ha kontroll över sitt liv, förmåga att hantera känslor av meningslöshet, utveckla strategier, lära sig att hantera sin sjukdom och dess konsekvenser, samt formulera rimliga livsmål och uppnå personlig utveckling. I psykiatrisk omvårdnad betonas hälsoprocesser ur ett helhetsperspektiv liksom de livsförhållanden och levnadsvillkor som bidrar till hälsa.¹¹

2.2.2 Psykologi

Enligt Svenska Akademiens ordlista betyder psykologi vetenskapen om själslivet i vid mening; själsliv; psykisk natur; människokänedom. I Svensk ordbok anges att psykologi är läran om själslivet, dvs. om människors upplevelser, känslor, beteenden och tankar i allmänhet.

Om vi även här i stället tar hjälp av svensk MeSH för ordets betydelse ur hälso- och sjukvårdsperspektiv, så anges där att psykologi är läran om psykiska processer och beteendet hos människor och djur.

¹¹ Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, inriktning psykiatrisk vård*, 2014.

Psykolog

En psykolog i sin tur är en specialist i psykologi. I Sverige motsvarar en psykologexamen fem års heltidsstudier. Utöver examen är tolv månaders praktisk tjänstgöring i psykologarbete (PTP), under handledning, ett krav för legitimation. Sedan 1994 gäller titelskydd för legitimerade psykologer inom hälso- och sjukvårdsområdet. Psykologers kompetens innebär sammanfattningsvis att på vetenskaplig grund arbeta med människors beteenden, tankar, känslor och relationer. Det kan handla om bedömning, utredning och diagnostik samt psykologisk behandling, exempelvis psykoterapi.

Psykologer är också verksamma inom många andra områden än hälso- och sjukvården, t.ex. inom idrottsvärlden, kriminalvården och Arbetsförmedlingen, samt med handledning och rådgivning i personalgrupper och med att utveckla organisationer.

2.2.3 Socialpsykiatri

Någon allmän fastslagen definition av begreppet socialpsykiatri finns inte. I praktiken har begreppet (efter Psykiatireformen på 1990-talet) kommit att användas som ett samlande begrepp för den verksamhet för personer med psykiska funktionsnedsättningar som kommunernas socialtjänst bedriver. Det vill säga en kommunal form av öppen vård för personer med psykiska funktionsnedsättningar.¹²

Detta reflekteras i att Socialstyrelsen vanligen delar upp socialtjänstens områden enligt följande: äldre, LSS – barn, LSS – vuxna, barn och unga, våld i nära relation – vuxna, socialpsykiatri, missbruk och ekonomiskt bistånd.¹³

¹² Uppsala Kommun, *Socialpsykiatri – Utredning, kartläggning och analys av verksamhetsområdet socialpsykiatri*, Uppsala kommun 2015, 2016, s. 7; Malmö stad, *Handlingsplan för Socialpsykiatrin*, 2019, s. 5.

¹³ Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2017 Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialpsykiatri) Guide för att tolka resultaten*, 2017, s. 18.

2.2.4 Psykologisk behandling

Socialstyrelsens termbank

Enligt Socialstyrelsens termbank ingår ”Psykologisk och psykosocial behandling” i åtgärdsgruppen behandling i Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) och innebär behandling i form av verbal och icke verbal kommunikation. Det utesluter:

- olika former av test som ingår i utredning
- information och undervisning.

Det kan noteras att åtgärdsgruppen ”behandling” i KVÅ avser åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd. Exempel på behandling är läkemedelsbehandling, medicinteknisk behandling, funktions- och aktivitets träning, manuell behandling, psykologisk och psykosocial behandling och förebyggande behandling.

Allmänspråkligt

Ur ett mer allmänspråkligt perspektiv kan också sägas att psykologisk behandling är ett samlingsnamn för olika metoder som är grundade på psykologin som vetenskap. Den mest kända är psykoterapi.

Psykoterapi är en behandlingsmetod som oftast innebär att man pratar med en psykolog eller psykoterapeut. Det finns även andra yrkespersoner som erbjuder samtalsbehandling i sjukvården. Läkare, kuratorer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och sjuksköterskor är några. Eftersom det finns så många olika yrkespersoner som arbetar med detta används ibland begreppen ”behandling” och ”behandlare”.¹⁴

2.2.5 Psykoedukation/psykopedagogik

De bägge begreppen psykoedukation och psykopedagogik används ofta på ett sinsemellan utbytbart sätt. Det finns ingen definition av begreppen i Svenska Akademiens ordböcker och termerna finns inte heller med i svensk MeSH.

¹⁴ 1177 Vårdguiden, *Psykoterapi och psykologisk behandling*, 2020.

Socialstyrelsen beskriver det som att psykoedukation innebär att lära sig mer om svårigheter och diagnoser. När en person får mer kunskap om och förstår varför olika saker och situationer känns svåra blir det lättare att hantera dem.¹⁵

Enligt Natur & Kulturs Psykologilexikon är den svenska termen psykoedukation en direktöversättning av den engelska, och eftersom ”education” i den här betydelsen vanligen översätts med ordet pedagogik och ”educative” med pedagogisk, förekommer också varianten psykopedagogik på svenska. En vanlig term är sålunda psykopedagogiskt program för en speciell utformning av psykoedukation. Själva innebörden i begreppen beskrivs som följer:

Psykoedukation/psykopedagogik avser riktad information i olika former till personer med psykiska eller sociala problem, vanligen också till deras familjer, om problemens natur. Psykopedagogisk rådgivning [...] kan också gälla problem och svårigheter som uppstår i samband med olyckshändelse och allvarlig sjukdom.

Det ingår träning enligt beteendeterapeutiska principer i att hantera vardagliga situationer på ett konstruktivt sätt. [...]

Objektiv kunskap ska hos patienter och familjemedlemmar kunna ge upphov till ett sakligare sätt att se på deras egna reaktions- och handlings sätt. Det ska kunna minska oro och ångest och ge en bas för behandling med andra metoder.¹⁶

2.2.6 Psykosocialt omhändertagande och stöd

Allmänspråkligt avser begreppet psykosocialt det som rör samspel mellan psykologiska och sociala förhållanden t.ex. i arbetslivet.¹⁷

Psykosocialt omhändertagande är enligt Socialstyrelsens termbank psykologiskt, psykiatriskt och socialt stöd som ges till drabbad för att förebygga negativa efterverkningar.

¹⁵ Socialstyrelsen, *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Behovs- och problemanalys avseende god vård*, 2019.

¹⁶ Natur & Kulturs Psykologilexikon, *psykoedukation*.

¹⁷ Svenska Akademiens ordböcker, *psykosocial*.

2.2.7 Stegvis vård

Det finns ingen helt vedertagen definition av begreppet stegvis vård, även om detta är ett begrepp som återkommer i många riktlinjer, både i Sverige och internationellt (t.ex. i England och Norge, se kap. 4).

Grundprincipen kan dock sägas vara att man anpassar behandlingens intensitet efter patientens behov, dvs. ger vård på lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON-principen). Om det behandlingssteg man gick in på inte ger resultat, rör man sig till ett annat steg av tillgängliga insatser. Olika modeller kan dock ha varierande antal steg, varierande modaliteter (t.ex. föreläsning, grupp, självhjälp, individuell behandling) och varierande innehåll (t.ex. *watchful waiting*,¹⁸ KBT, problemlösning, farmakologisk behandling).

Olika tillämpningar av principen kan innebära antingen att patienten konsekvent börjar med de insatser som har lägst intensitet (såsom självhjälp eller vägledad självhjälp), eller att det alltid görs en individuell bedömning och sedan fattas beslut om vilken nivå av insatser patienten startar på. Genom att hjälpa personer på lägsta effektiva nivå är avsikten också att frigöra mer tid för behandling av dem som har behov av mer högintensiva insatser.

I svensk kontext finns flera verksamheter som arbetar utifrån modeller av stegvis vård. En välkänd sådan verksamhet är Gustavsbergs vårdcentral i Region Stockholm. Vårdcentralen är sedan 2014 också kompetenscentrum för psykisk ohälsa i regionen, och tillhandahåller bl.a. utbildningar i stegvis vård.¹⁹

Flera andra regioner arbetar också enligt varianter av stegvis vård, eller är på väg att utveckla strukturer för det. Ett aktuellt exempel, där regionstyrelsen har beslutat att utveckla en liknande modell för hela regionen, är Uppsala.²⁰ Även i Västra Götalandsregionen (VGR) organiserar man arbetet enligt en modell för stegvis vård,²¹ och i Region Gävleborg pågår utveckling av en lokal modell grundad på konceptet.²²

¹⁸ På svenska används begreppet ”aktiv expektans”.

¹⁹ Se vidare och ta del av utbildningsmaterial: <https://www.kompetenscentrumpsyiskohalsa.se/utbildning/stegvis-varld/en-stegvis-varldmodell/>.

²⁰ I mars 2020 uppdrog regionstyrelsen åt regiondirektören att genomföra rekommendationerna i rapporten *Förbättra psykisk hälsa för vuxna*. Slutrapporten och övriga handlingar finns att hämta här (se ärende 59/20 Förbättrad psykisk hälsa för vuxna): <https://opengov.360online.com/Meetings/region uppsala/Meetings/Details/365470?agendaItemId=213155>.

²¹ Möte med Lise-Lotte Risö Bergerlind m.fl. från VGR, 2020-09-10.

²² Region Gävleborg, *Vårdlinjearbetet PV/VUP*, 2020.

2.2.8 Hälsolitteracitet

Begreppet hälsolitteracitet avser individens förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa, samt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor.²³

2.2.9 Civila samhället

Det civila samhället definieras som en arena, skild från staten, marknaden och det enskilda hushållet, där människor, grupper och organisationer agerar tillsammans för gemensamma intressen. Inom det civila samhället verkar bl.a. ideella föreningar, stiftelser och registrerade trossamfund men även nätverk, upprop och andra aktörer.²⁴

2.3 Avgränsningar

För att få brett genomslag i arbetet med att bemöta den psykiska ohälsan i befolkningen krävs en systemsyn på området, och ett gemensamt samhällsåtagande som sträcker sig över flera olika sektorer. Vårt utredningsuppdrag handlar dock specifikt om primärvårdens roll i arbetet med psykisk ohälsa. Det rör sig alltså om en delmängd av hälso- och sjukvårdens arbete inom området, som i sin tur är en delmängd av hela samhällets åtagande.

För att ringa in den målgrupp som omfattas av insatserna, samt möjliggöra ett effektivt utredningsarbete utifrån de frågor som ställs i direktiven, har utredningen inledningsvis fastställt avgränsningar för arbetets genomförande.

Våra förslag och bedömningar utgår från primärvårdens oavgränsade uppdrag när det gäller sjukdomar, ålder och patientgrupper. De avgränsningar som presenteras i det följande innebär dock att vi i utredningsarbetet inte har gjort specifika analyser av dessa grupper, eller hur deras behov särskilt ska mötas inom ramen för vårt uppdrag.

Vårt att lyfta i detta sammanhang är den pågående pandemin och dess relevans för frågor relaterade till omhändertagandet av befolkningens psykiska ohälsa. Det är inte möjligt för utredningen att göra en fullödig analys av pandemins påverkan på den psykiska ohälsan,

²³ Svensk MeSH.

²⁴ Prop. 2009/10:55, *En politik för det civila samhället*, Kulturutskottets betänkande 2009/10:KrU7, *En politik för det civila samhället* samt rskr. 2009/10:195.

framför allt med hänsyn till att den fortfarande är pågående och dess effekter på den psykiska hälsan är ofullständigt kända.

2.3.1 Specialiserad hälso- och sjukvård

Specialiserad psykiatrisk vård

Den primära avgränsningen består i att utredningen ska utreda förutsättningarna för en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården. Med primärvård avses, fr.o.m. den 1 juli 2021, då en ny definition träder i kraft, hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar, enligt kommande lydelse, för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.²⁵ Primärvården kännetecknas alltså av att verksamheten är beroende av flera olika generalistkompetenser. Den specialiserade vården, som enbart regionen är huvudman för, kännetecknas i stället av behov av insatser av professioner med olika specifika specialistkompetenser. Hälso- och sjukvårdsverksamhet som baseras på sådan specialistkompetens, dvs. den specialiserade psykiatrin, utgör en avgränsning för utredningens uppdrag.

Psykiatrisk tvångsvård

En del av den specialiserade psykiatriska vården utgörs av tvångsvården på området. Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) ger samhället befogenheter att, när särskilda rekvisit i lagen är uppfyllda, ingripa och vårda under tvång när någon bedöms vara i stort behov av psykiatrisk vård men sådan vård inte tas emot frivilligt. Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) avser vård som ges efter att domstol har beslutat om rättspsykiatrisk vård som en påföljd vid brott, samt bl.a. i samband med anhållan, häktning m.m. En av flera förutsättningar för att tvångsvård med stöd av någon av nämnda lagar ska vara aktuellt är, förutom att samtycke till frivillig

²⁵ Se även kap. 5 där ändringen beskrivs. För nuvarande definition av primärvård, se 2 kap. 6 § HSL.

vård saknas, att den vårdade personen bedöms lida av en allvarlig psykisk störning.

Allvarlighetsgraden på den psykiska ohälsa som är i fråga när tvångsvård är aktuellt, innebär inkludering av specialistkompetens på området. Det är också uppenbart att allvarlig psykisk störning inte faller inom ramen för lättare psykisk ohälsa. Den psykiatriska tvångsvården utgör naturligt en avgränsning i utredningens arbete.

2.3.2 Socialtjänst

Missbruksvård

Vård som ges till personer med missbruksproblematik inkluderar inte alltid ett samtidigt behov av omhändertagande av annan psykisk ohälsa. Att socialtjänstens missbruksvård här omnämns beror dock på att samsjuklighet i form av både psykisk ohälsa och beroendeproblematik är vanligt förekommande.²⁶

Kommunen genom socialtjänsten har ett övergripande ansvar för att alla i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Avseende personer med missbruksproblematik har socialnämnden en särskild skyldighet att aktivt tillse att den enskilde får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket.²⁷ När missbruket är så allvarligt att det finns skäl för tvångsvård, ska socialnämnden ansöka om sådan vård hos allmän förvaltningsdomstol. Flera rekvisit ska vara uppfyllda för att tvångsvård med stöd av lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) ska vara aktuellt, men möjlighet för socialtjänsten att vårda en enskild med tvång p.g.a. ett missbruk, finns bl.a. när denne till följd av missbruket utsätter sin psykiska hälsa för allvarlig fara. Eftersom socialtjänstens ansvarsområde faller utanför utredningens uppdrag, utgör dess missbruksvård en avgränsning.

Regionen har ett ansvar för behandling av skadligt bruk eller beroende.²⁸ Regioner och kommuner har således ett delat ansvar gällande missbruk och beroende. Detta delade huvudmannaskap som aktualiseras för människor med både psykisk ohälsa och missbruks- eller beroendeproblematik, är under översyn. I juni 2020 tillsatte reger-

²⁶ Socialstyrelsen, *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*, 2019.

²⁷ 5 kap. 9 § socialtjänstlagen (2001:453) (SoL).

²⁸ Jfr 8 kap. 1 § HSL.

ingen en utredning med uppgift att se över hur insatser för dessa personer kan ske mer samordnat. Uppdraget för utredningen, som tagit namnet Samsjuklighetsutredningen, beskrivs i avsnitt 2.4.3. Samsjuklighetsutredningens pågående arbete motiverar ytterligare att missbruksvården som sådan utgör en avgränsning i vårt arbete.

Socialpsykiatri

Också för personer med psykisk funktionsnedsättning eller psykiskt funktionshinder har socialtjänsten ett särskilt ansvar. Insatser kan ges med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), i båda fallen efter en behovsbedömning. Eftersom socialtjänstens ansvarsområde inte ryms i utredningens uppdrag är socialpsykiatri en avgränsning.

I sammanhanget kan dock noteras att kommunen också är ansvarig för att tillhandahålla hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå (förutom läkarinsatser) för de som efter beslut av kommunen bor i särskilt boende enligt SoL eller i bostad med särskild service enligt LSS och för de som vistas i sådan dagverksamhet som avses i 3 kap. 6 § SoL.

I augusti 2020 lämnade utredningen Framtidens socialtjänst sitt betänkande Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag (SOU 2020:47) med förslag som tillsammans avser att skapa förutsättningar för just en hållbar socialtjänst. Betänkandet bereds inom Regeringskansliet.

2.3.3 Barn

FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, gäller som svensk lag sedan den 1 januari 2020.²⁹ Med barn enligt konventionen avses varje människa under 18 år, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet.³⁰ Att 18 år är gränsen för myndig i Sverige anges i föräldrabalken (FB).³¹

Det är inte ovanligt att det i olika sammanhang talas om ”barn, unga och vuxna” eller liknande. Inom hälso- och sjukvården kan begreppet unga användas, eftersom vissa verksamheter riktar sig till

²⁹ Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

³⁰ *Barnkonventionen*, art. 1.

³¹ 9 kap. 1 § FB.

människor i övergången mellan barn och vuxen. Det finns dock ingen gemensam generell åldersdefinition av ”ung”, utan alla människor är i formell mening att betrakta som antingen barn eller vuxna.

Någon uttrycklig angivelse i våra direktiv om att barn inte omfattas av vårt uppdrag finns inte. I avsnitt 2.4.3 redogörs för den utredning som ska se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, inklusive barn och unga med psykisk ohälsa. Utredningen ska enligt sina direktiv utgå från och samordna sina förslag med vår utredning. I samråd mellan vår och denna nämnda utredning har konstaterats att deras uppdrag, som specifikt avser barn och unga, innebär att barn naturligt utgör en avgränsning för vår utredning.

Som en följd av att barn är en avgränsning gör utredningen inte särskilda analyser eller bedömningar i fråga om verksamheter som elevhälsa och ungdomsmottagningar, som företrädesvis riktar sig till barn eller unga vuxna i övergången från barn till vuxen. Detsamma gäller barn- och ungdomspsykiatri, som dessutom utgör en avgränsning genom att vara specialiserad vård.

2.4 Utgångspunkter samt närliggande uppdrag och utredningar

2.4.1 Utgångspunkter

Våra analyser, samt de förslag och bedömningar vi lämnar, utgår från det ansvar primärvården redan i dag har för psykisk ohälsa, och innebär inte någon ändring i detta avseende. En tydlig utgångspunkt är att primärvården ska omhänderta det som faller inom ramen för hälso- och sjukvårdens ansvar, inte något annat. Primärvården ska endast svara för behov av hälso- och sjukvårdstjänster³² och vi avser inte att flytta gränserna för vad som utgör hälso- och sjukvård.

Viktigt att poängtera är också att detta betänkande ska läsas tillsammans med de förslag och bedömningar vi lämnat tidigare i vårt utredningsarbete.³³ Resonemangen och förslagen i våra tidigare betänkanden är förstås tillämpbara också på psykisk ohälsa. När en god

³² Se t.ex. beskrivningen av primärvårdens grunduppdrag som närmare redogörs för i kap. 5.

³³ SOU 2017:53, *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*, SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan* och SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*.

och nära vård för psykisk ohälsa analyseras och diskuteras ska resonemangen i detta betänkande således inte läsas isolerat, utan tillsammans med tidigare lämnade förslag och bedömningar från utredningen.

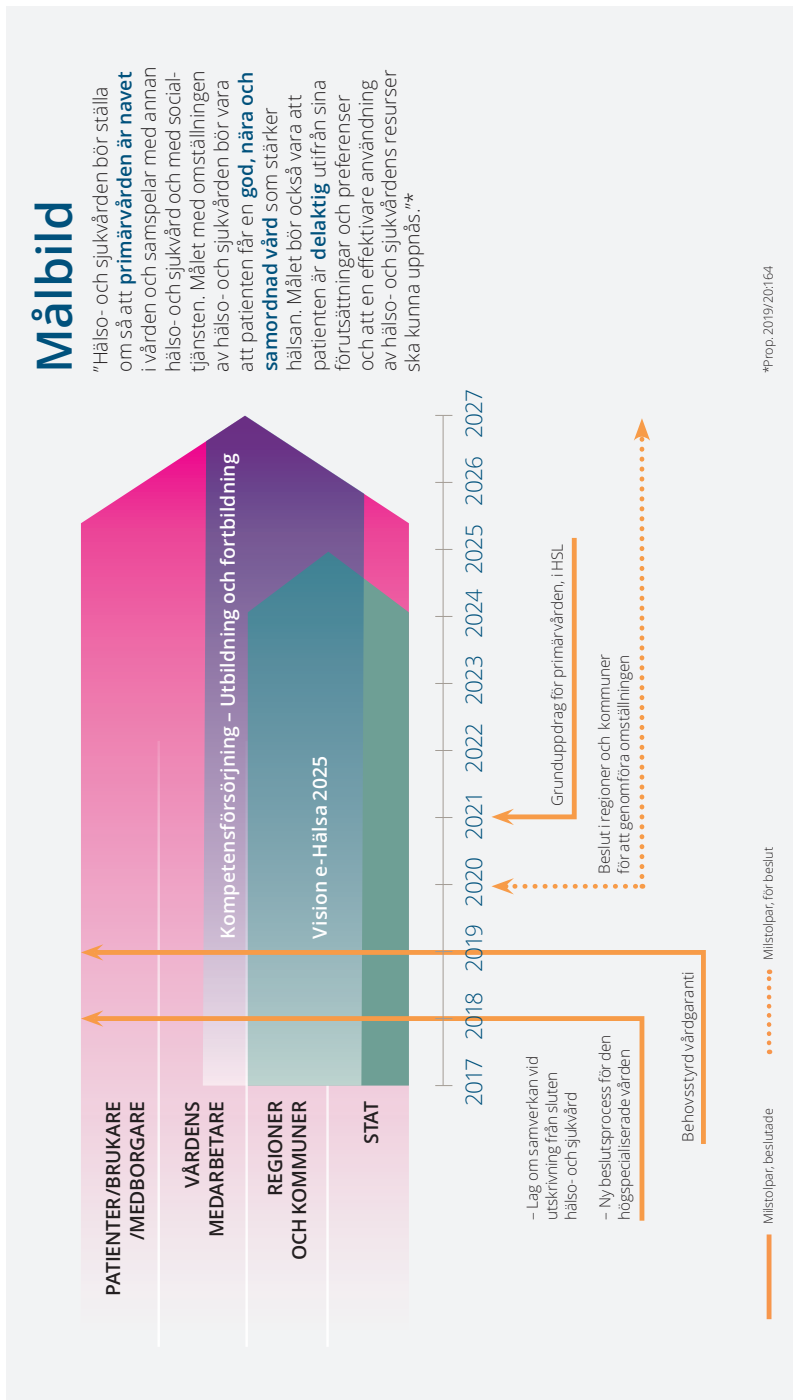
Redan i utredningens första delbetänkande presenterade vi en färdplan och målbild för omställningen till god och nära vård. Detta var vårt sätt att visualisera resan från en hälso- och sjukvård historiskt fokuserad på akuta insatser, och därmed på akutsjukhusvård, till en personcentrerad, integrerad hälso- och sjukvård med primärvården som nav. En tydlig avsikt var också att visa på behovet av en gemensam målbild för alla aktörer i systemet. Vi avsåg illustrera att för att förändra svensk hälso- och sjukvård räcker det inte att fatta beslut om lagändringar på statlig nivå. Här krävs också beslut fattade av huvudmännen, regioner och kommuner, på lokal nivå. Vi ville visa att omställningen måste förväntas ta tid, och låta en tidsperiod om tio år på vår tidslinje. Färdplanen fördjupades i vårt andra delbetänkande, mycket grundat på de inspel som inkom i vårt första betänkandes remissrunda. Vi valde också att i bilden lyfta in två aspekter som vi inte har i vårt uppdrag att särskilt adressera, men som vi ser som avgörande för omställningens framgång; frågor om bemanning och kompetensförsörjning samt digitaliseringens möjligheter, uttryckt som Vision e-Hälsa 2025.

I vårt fjärde betänkande, vårt huvudbetänkande, utvecklade vi resonemangen inte minst gällande uppföljningen av omställningen i förhållande till målbilden och färdplanen, men ändrade inte något ytterligare i den. I och med riksdagens beslut om en primärvårdsreform,³⁴ justerar vi målbilden i enlighet med den av riksdagen beslutade lydelsen. Till följd av att Socialstyrelsen fått uppdrag att utveckla uppföljningen av omställningen justerar vi färdplanen vad gäller uppföljningstillfällen (se figur 2.1).

Vi vill betona att vi aldrig i utredningens arbete skiljt den fysiska hälsan från den psykiska hälsan, utan alltid utifrån ett personcentrerat synsätt i våra förslag sett till hela människans hälsa. Målbilden och färdplanen är därför lika giltig för resonemangen i detta betänkande som i de tidigare.

³⁴ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

Figur 2.1 Målbild och färdplan – från akutsjukhus till nära vård



2.4.2 Närliggande uppdrag

Folkhälsomyndigheten

Via dialog sprida kunskap till allmänheten

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att inrätta en funktion för psykisk hälsa och suicidprevention vid myndigheten. Funktionens roll ska vara att sprida kunskap om psykisk hälsa och suicid till allmänheten samt föra dialog med allmänheten inom området. Funktionen ska i huvudsak inrättas i enlighet med Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdraget om att lämna förslag på hur en sådan funktion kan inrättas vid myndigheten. Vid funktionen, som ska organiseras som en särskild verksamhet inom myndigheten, ska det finnas en företrädare för psykisk hälsa som ska fungera som talesperson för funktionens verksamhet. Arbetet med inrättandet av funktionen ska genomföras i dialog med berörda myndigheter och andra relevanta aktörer. Arbetet vid funktionen startade den 1 januari 2021.³⁵

Inkomma med underlag inför en nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Tillsammans med Socialstyrelsen har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att i nära samverkan med ett stort antal andra statliga myndigheter inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.³⁶ Strategin avser att ersätta den tidigare strategin inom området psykisk hälsa.

Samtliga i uppdraget inkluderade myndigheter ska dels göra en individuell analys av nuläget samt av de långsiktiga behoven inom det egna verksamhetsområdet, inklusive en bedömning av resultatet av genomförda och pågående insatser och hur dessa kan utvecklas, dels göra en gemensam analys samordnad av Folkhälsomyndigheten och

³⁵ Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att inrätta en funktion för psykisk hälsa och suicidprevention*, 2020.

³⁶ Myndigheterna som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten ska samverka med är Arbetsmiljöverket, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Försäkringskassan, Inspektionen för vård och omsorg, Jämställdhetsmyndigheten, Kriminalvården, Läkemedelsverket, Migrationsverket, Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, Polismyndigheten, Sametinget, Specialpedagogiska skolmyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Statens institutionsstyrelse, Statens medieråd, Statens skolverk, Trafikverket och Vetenskapsrådet.

Socialstyrelsen. I den individuella analysen ska myndigheterna, inom sina respektive verksamhetsområden, identifiera områden som bör prioriteras i en nationell strategi, analysera målgrupper som berörs av uppdraget och i förekommande fall peka på utvecklingsbehov inom det egna verksamhetsområdet i frågor som berör psykisk hälsa och suicidprevention. Utifrån de individuella analyserna och bedömningarna ska Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, tillsammans med de övriga myndigheterna, samordna framtagandet av en gemensam analys. I det ingår att lämna ett samlat förslag till strategi med mål och prioriteringar för området samt indikatorer för uppföljning liksom att föreslå hur ett eventuellt uppföljningssystem kan förvaltas och administreras på ett kostnadseffektivt sätt. Myndigheterna ska även lämna förslag på hur de kan komma att stödja genomförandet och uppföljningen av den föreslagna strategin. De individuella myndighetsanalyserna ska redovisas till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen senast den 1 september 2021. Uppdraget ska sedan slutredovisas av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen senast den 1 september 2023.³⁷

Utreda behovet av en nationell stödlinje

I juli 2020 fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje. Stödlinjen ska rikta sig till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet och till deras anhöriga och närstående. Om Folkhälsomyndigheten bedömer att det behövs en sådan nationell stödlinje, ska myndigheten lämna förslag på hur den kan organiseras och definiera dess verksamhet. Uppdraget ska genomföras i samverkan med Socialstyrelsen och dialog ska föras med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), regioner och kommuner, patient-, brukar- och anhörigorganisationer, det civila samhället och representanter för de nationella minoriteterna. Samråd ska också ske med relevanta aktörer som t.ex. Inera och 1177 Vårdguiden.

I sin kartläggning av behovet av en stödlinje ska Folkhälsomyndigheten beakta de redan etablerade stödlinjerna och analysera den nya stödlinjens roll i relation till dessa. Folkhälsomyndigheten ska i sitt arbete också se över hur stödlinjen förhåller sig till myndighetens

³⁷ Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention*, 2020.

övriga arbete inom området, bl.a. den särskilda funktion som har inrättats vid myndigheten (se ovan). Uppdraget har, utöver nedläggningen av Nationella Hjälpplinjens, sin bakgrund i den pågående pandemin och de konsekvenser för människors psykiska hälsa och välmående som denna kan komma att innebära. Med ökad psykisk ohälsa relaterat till pandemin, kan mer lättåtkomliga stödåtgärder behövas och den eventuella stödlinjen utgöra en sådan stödinsats. Folkhälsomyndigheten ska redovisa sitt uppdrag senast den 30 januari 2021.³⁸

Följa, utvärdera och stödja regioner och kommuner när de genomför insatser inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKR om psykisk hälsa

Tillsammans med Socialstyrelsen har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att i nära samverkan följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023. Myndigheterna ska följa utvecklingen och utvärdera resultaten av insatserna i kommuner och regioner i förhållande till de syften och den inriktning som anges i överenskommelsen mellan staten och SKR 2020, om insatser för att stärka psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa. Vidare ska myndigheterna stödja kommuner och regioner i deras arbete med att genomföra insatserna.

Uppföljningen, utvärderingen och stödet från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen ska komplettera det SKR gör, i högre grad fokusera på resultat och måluppfyllelse och i mindre grad på process. Arbetet ska ske i dialog med SKR, kommuner, regioner, berörda myndigheter, patient-, brukar- och anhängargorganisationer samt övriga aktörer som myndigheterna finner relevanta för uppdraget. Årliga lägesrapporter ska lämnas till regeringen och en delrapport lämnades i september 2020. Slutredovisning ska ske den 30 september 2024.³⁹

³⁸ Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje som riktar sig till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet samt anhöriga och närstående*, 2020.

³⁹ Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023*, 2020.

Socialstyrelsen

Som framgått ovan har Socialstyrelsen flera pågående uppdrag inom området psykisk hälsa tillsammans med bl.a. Folkhälsomyndigheten. Några andra relevanta uppdrag presenteras nedan.

Implementering av de nationella riktlinjerna avseende ohälsosamma levnadsvanor – för personal som möter personer med psykisk ohälsa

Socialstyrelsen har sedan december 2017 i uppdrag att i samverkan med professionsorganisationerna stödja genomförandet av nationella riktlinjer för förebyggande och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor i hälso- och sjukvården. Uppdraget ska i delar som rör genomförandet av förebyggande insatser i relevanta överenskomelser ske i samråd med SKR. I uppdraget ingår även att fördela medel till professionens organisationer för insatser som ska stödja implementeringen av de nationella riktlinjerna. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2022.⁴⁰

Förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor vid psykisk ohälsa inom primärvården

I mars 2018 fick Socialstyrelsen i uppdrag att, i nära samverkan med berörda verksamheter och SKR, stödja, analysera och utvärdera utvecklingsarbete i primärvården för att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor hos personer med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen lämnade för detta ändamål statsbidrag till regionerna och fördelade för 2020 totalt 15 miljoner kronor till dessa. Satsningen avsåg åren 2018–2020. Slutredovisning ska lämnas av myndigheten senast den 31 mars 2021.⁴¹

⁴⁰ Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor för att förebygga kroniska sjukdomar*, 2017.

⁴¹ Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag om utvecklingsarbete i primärvården för att vid psykisk ohälsa förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor*, 2018.

Motverka ofrivillig ensamhet bland äldre

Med stöd av förordning (2019:474) om statsbidrag för insatser som bidrar till att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre personer delar Socialstyrelsen ut statsbidrag till ideella föreningar med syftet att förebygga och bryta ensamhet och isolering bland äldre.⁴² Bidrag får lämnas för anordnande av aktiviteter som bidrar till gemenskap och stimulans bland äldre, skapande av mötesplatser för äldre och kontaktytor mellan äldre och yngre personer och åtgärder som möjliggör att fler äldre kan engagera sig ideellt eller delta i verksamheter som anordnas ideellt. Bidrag får även lämnas för andra åtgärder som bidrar till att förebygga och bryta ensamhet och isolering bland äldre personer.⁴³

Suicidprevention i hälso- och sjukvård samt socialtjänst

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram och sprida kunskap som kan stödja hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens arbete med att förebygga suicid. Socialstyrelsen ska även ta fram och sprida kunskap för att stödet till personer som förlorat en anhörig eller närstående i suicid ska kunna stärkas. Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2022 och en delrapportering av uppdraget ska ske årligen senast den 30 november.⁴⁴

Universitetskanslersämbetet

Kartlägga universitets och högskolors arbete med studenthälsovård

I november 2019 fick Universitetskanslersämbetet (UKÄ) i uppdrag av regeringen att göra en kartläggning av universitets och högskolors arbete med studenthälsovård. Varje universitet och högskola ansvarar för att studenterna vid lärosätet har tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studen-

⁴² För närmare precisering vilka ideella föreningar och stiftelser, se 5 och 5 a §§. Insatserna ska huvudsakligen rikta sig till personer över 62 år, 1 §.

⁴³ Regeringskansliet (Kulturdepartementet), *Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende anslag 13:5 Insatser för den ideella sektorn*, 2019.

⁴⁴ Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att stödja hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och att ge stöd till efterlevande*, 2019.

ternas fysiska och psykiska hälsa.⁴⁵ Studenthälsovården förväntas således omhänderta psykisk ohälsa i viss uträkning. I UKÄ:s uppdrag ingick bl.a. att belysa studenternas tillgång till studenthälsovård och se skillnader i hur den är organiserad på olika universitet och högskolor. Eventuella brister i hur studenthälsovården är organiserad skulle också belysas. Förslag på åtgärder för en mer ändamålsenlig studenthälsovård, inklusive författningsförslag, skulle lämnas vid behov. Uppdraget redovisades i december 2020. Myndigheten gör ett antal bedömningar samt lämnar två förslag; att samarbetet inom studenthälsovården stärks ytterligare genom att ett lärosäte får uppdrag och resurser att nationellt samordna lärosätenas arbete med studenthälsovården samt att insatser görs för att öka den digitala omställningen av studenthälsovården. Avseende det senare förslaget anges bl.a. att en gemensam webbportal till studenthälsovården skulle kunna skapas – studenthälsa.nu – med inspiration från umo.se.⁴⁶

2.4.3 Pågående statliga utredningar

Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05)

I november 2019 tillsattes en utredning som ska se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.⁴⁷ Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga som lider av psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (BUP). I direktiven anges att nämnda utredning bl.a. ska utreda förutsättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur en sådan reform ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt, bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, exempelvis genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården samt föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utveck-

⁴⁵ 1 kap. 11 § *högskoleförordningen*.

⁴⁶ Regeringskansliet (Utbildningsdepartementet), *Uppdrag att kartlägga studenthälsovården*, 2019, UKÄ, *Studenthälsovården vid Sveriges universitet och högskolor*, 2020.

⁴⁷ Dir. 2019:93, *En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*.

lingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll.

Arbetet med förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga ska redovisas senast den 1 maj 2021. Arbetet med att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa ska samtidigt delredovisas. Övriga delar av uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2021.

Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08)

Utredaren ska bl.a. analysera och lämna förslag på hur samverkan för personer med samsjuklighet, i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd, kan förbättras mellan huvudmännen och mellan verksamheter med samma huvudman, se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman, belysa frågor som rör samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och andra aktörer vars uppdrag berör personer med samsjuklighet och analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT. Utredningen ska redovisa sitt uppdrag senast den 30 november 2021.⁴⁸

Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12)

En kommitté i form av en delegation, tillsatt av regeringen i augusti 2020, ska arbeta för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Inriktningen ska vara att korta väntetiderna. Sedan lång tid tillbaka har svensk hälso- och sjukvård haft långa väntetider och bristande tillgänglighet i bred bemärkelse. Därtill kommer de uppskjutna vårdinsatser som den pågående pandemin har förorsakat. Delegationen ska bl.a. stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet, stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter, stödja regionernas och kommunernas arbete

⁴⁸ Dir. 2020:68, *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.*

med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård, utreda och lämna eventuella förslag på en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden, utreda en utökad vårdgaranti och vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden. Vissa delar av uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2021, andra senast den 15 maj 2022.⁴⁹

2.4.4 Kraftsamling för psykisk hälsa

Kraftsamling för psykisk hälsa bygger på ett initiativ som togs av SKR under 2019 utifrån identifieringen att psykisk hälsa berör alla och att lösningar därför måste vara breda och tvärssektoriella. Kraftsamlingen avser att fungera som en samlande arena för ett långsiktigt och tvärssektoriellt utvecklingsarbete för en bättre psykisk hälsa.⁵⁰ Den är öppen för medverkan för alla aktörer, både offentliga och privata. Totalt har cirka 350 organisationer hittills medverkat i kraftsamlingens aktiviteter.⁵¹ Bland deltagarna finns bl.a. representanter från statliga myndigheter, huvudmän, vårdgivare och civila samhället. Kraftsamlingen arbetar inom de tre arbetsområdena ”Ett mer hälsofrämjande samhälle och levnadsätt”, ”Individer rustade för att nå sin fulla potential och välmående” och ”Hållbara stöd till de som behöver”. Målsättningen är att kraftsamlingen och idéerna med den samma ska tillämpas i alla regioner och kommuner.

2.5 Dialogarbetet

2.5.1 Generellt

Som vi beskrivit i tidigare betänkanden har vår utredning i grunden haft ett tvådelat uppdrag. Dels ett traditionellt utredningsuppdrag att ta fram författningsförslag inom utpekade områden. Dels ett uppdrag att bidra till att samordna omställningen av hälso- och sjukvården och föra dialog om, och förankra, utredningens arbete och förslag brett.

⁴⁹ Dir. 2020:81, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.

⁵⁰ SKR, *Kraftsamling för psykisk hälsa*, 2020.

⁵¹ Morgondagens psykiatri, inspirationsdag 20-10-09 anordnad av NSPH och Riksförbundet Hjärnkoll.

Mot bakgrund av kunskapen att det är avgörande för reformers legitimitet att processerna de tagits fram igenom upplevs som rättvisa och transparenta, har utredningen hela tiden sett detta dialoguppdrag som centralt. Vi har därför från start lagt oss vinn om att arbeta med stor öppenhet och en inkluderande dialog,⁵² något som vi hållit fast vid även i detta avslutande uppdrag.

Samtidigt har coronapandemin, som tog sitt grepp om Sverige och världen samtidigt som vi började arbeta med detta uppdrag, påverkat sättet på vilket dialogarbetet har kunnat genomföras. Samtliga möten med referensgrupper samt experter och sakkunniga har fått ställas om till telefon-/videomöten. Vi har inte kunnat resa i landet för att medverka vid olika konferenser och temadagar eller genomföra fysiska verksamhetsbesök på det sätt vi tidigare gjort. I stället har dessa dialoger fått ske via digitala mötesplattformar, telefon och e-post. Detta har dock – tack vare en stor del flexibilitet och det fortsatta stora engagemanget och viljan att bidra som möter oss överallt – fungerat över förväntan. Liksom i andra skeden av utredningen har det också i detta arbete varit en stor bredd i dialogerna. Allt från enskilda individer och medarbetare till företrädare för olika organisationer (för patienter, professioner och andra intresseorganisationer), myndigheter, huvudmän och politiska företrädare på alla nivåer.

Utredningen har också under denna period fortsatt sitt arbete med en kontinuerlig kommunikation via utredningens hemsida och blogg, samt vid några tillfällen tagit in relaterade gästbloggare från patient-/brukarorganisationer samt verksamheter.

I vårt huvudbetänkande inkluderade vi även dialogfrågor koppade till vårt uppdrag om psykisk ohälsa, som vi välkomnade inspel på. Liksom tidigare när vi använt detta format ledde det till flera inspel och reflektioner såväl från enskilda som olika sammanslutningar av patienter, medarbetare och organisationer. Och liksom tidigare gav det en mycket bred och god belysning av frågorna, ur olika perspektiv.

I detta sammanhang vill vi slutligen också understryka att även om utredningen fullt ut tog sig an uppdraget avseende psykisk ohälsa först efter att vårt huvudbetänkande överlämnats den 1 april 2020, har vi samlat material kring hälso- och sjukvårdssystemet, med fokus

⁵² För redovisning av utredningens tidigare dialogarbete, se avsnitt 2.1.3 i SOU 2018:39 *God och när vård. En primärvårdsreform* samt avsnitt 2.2 i SOU 2020:19 *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*.

på primärvården, sedan utredningens start 2017. I det arbetet har vi givetvis tittat på helheten, dvs. hur man arbetat för att bemöta och förebygga såväl fysisk som psykisk ohälsa.

2.5.2 Referensgrupper samt experter och sakkunniga

Utredningen hade sedan tidigare fem referensgrupper med företrädare för patienter/brukare, professioner, politiska partier (samtliga riksdagspartier), huvudmännen regionerna (i form av hälso- och sjukvårdsdirektörernas nätverk på SKR) och huvudmännen kommunerna (i form av ett nätverk med ett antal kommundirektörer som utsetts av SKR:s kommundirektörsnätverk). Samtliga dessa har kvarstått under detta uppdrag specifikt rörande psykisk ohälsa. Liksom tidigare har vi samlat grupperna cirka två gånger per halvår.

Den grupp med experter och sakkunniga som regeringen utsett till utredningen har kvarstått även under denna del av uppdraget. Gruppen har dessutom utökats med en representant för civilsamhället (Röda Korset) och en representant för psykiatrin.

2.5.3 Patient- och brukarrepresentation

Det finns en tydlig samordningsorganisation för flertalet patient- och brukarorganisationer inom området psykisk ohälsa: Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). Utredningen har därför i arbetet med detta betänkande haft NSPH som löpande och primär dialogpart från patient- och brukarrörelsen. Genom NSPH har vi också fått en värdefull kanal in till ett flertal centrala organisationer inom området. Historiskt sett skapades denna organisation (då nätverk) utifrån behovet av att samordna patient-/brukarorganisationerna på området i samband med dåvarande psykiatrisamordnarens arbete i början av 2000-talet (se även avsnitt 3.2.2).

Utöver samverkan med NSPH har vi fört dialog med andra patient-/brukarorganisationer samt enskilda personer med egen patienterfarenhet, bl.a. via vår referensgrupp.

2.5.4 Samverkan med statliga myndigheter och SKR

För detta uppdrag har utredningen haft en kontinuerlig dialog med framför allt Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och UKÄ. De två förstnämnda utifrån deras centrala roller som kunskapsmyndigheter inom folkhälsa respektive hälso- och sjukvård, med flera olika uppdrag inom området psykisk ohälsa. Samverkan med UKÄ har skett utifrån deras uppdrag att kartlägga universitets och högskolors arbete med studenthälsovård (se avsnitt 2.4.2).

Utredningen har liksom tidigare också haft en dialog med SKR, primärt med företrädare för Uppdrag psykisk hälsa, men även med NPO äldre och NPO psykisk hälsa, i det nationella systemet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården.

2.5.5 Relaterade utredningar

Med anledning av detta betänkande har utredningen, i olika former och utsträckning, haft dialog med följande pågående utredningar: S 2019:05 Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, S 2020:08 Samsjuklighetsutredningen, S 2019:02 Fast omsorgskontakt i hemtjänsten och S 2020:12 Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Utredningen har också haft dialog med de tidigare utredarna Mandus Frykman (utifrån betänkandet SOU 2020:24, Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess) och Kerstin Evelius (utifrån betänkandet SOU 2018:90, För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt).

2.5.6 Digitala verksamhetsbesök

Liksom tidigare har utredningen tagit emot inbjudningar, och (digitalt) besökt såväl olika primärvårdsverksamheter från Skåne till Norrbotten, som verksamheter inriktade på specifika områden såsom t.ex. riskbruk. Likaså har vi mött företrädare på mer central och strategisk nivå i olika regioner, samt enskilda medarbetare och forskare inom området. Vidare har vi, utöver mötena med professionsföreträdare i vår referensgrupp, efter inbjudan träffat företrädare för Sveriges Psykologförbund, Sveriges Arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna och Psykoterapeutföreningen inom SSR.

2.6 Samhällskontexten där uppdraget getts

2.6.1 Den historiska synen på kroppens och själens sjukdom

Sjukt och friskt, liv och död, hälsa och sjukvård har engagerat människor i alla tider. Det gäller det kroppsliga, fysiska, det som (ofta) syns på utsidan, men också, och i kanske än högre utsträckning, det som inte är lika lätt att se, definiera, beskriva och sätta etikett på: det själsliga, psykiska. Synen på psykisk hälsa och psykisk sjukdom har varierat över tid och tagit sig ibland oförsonliga och inhumana uttryck med dagens synsätt. Psykisk ohälsa har medfört stigmatisering. Frånvaron av kunskap om psykets sjukdomar och avsaknad av fungerande behandlingsmetoder, tillsammans med föreställningar om bakomliggande orsaker, har ibland öppnat för grymma experiment och ”behandlingar”. Själens mående har illustrerats och beskrivits i olika former i samhället, ofta utifrån kulturell kontext; i litteraturen, musiken, filmen, teatern. Gränsdragningen mellan friskt och sjukt i sinnet, svårigheten att historiskt med fysikaliska mätningar och objektiva fynd klassa sjukt från friskt har öppnat för att det periodvis i samhällen, länder och av regimer varit möjligt att mer eller mindre godtyckligt via diagnoser och etiketter ”medikalisera” det som legat utanför normen.

Det är utifrån detta förståeligt att idéhistoriska strömningar kommit att prägla synen och utvecklingen av den psykiatriska vården kanske mer än den somatiska, och att debatten om den psykiska hälsan och människans välbefinnande återfinns som ett starkt element såväl i äldre tider som i modernismens och postmodernismens tidevarv. Många är skildringarna av såväl själens mående som av synen på vården av psykiatriska tillstånd i olika former de senaste decennierna. Kanske är det också detta som återspeglas i att många av de satsningar som gjorts vad gäller psykisk ohälsa från statligt håll i många länder, inklusive Sverige, ofta präglats av visionära målsättningar och i hög grad utgått från samtids- och omvärldsbevakning.⁵³

Vi har redan tidigare i utredningen konstaterat att få frågor engagerar människor så mycket som hälso- och sjukvård, och detta gäller inte minst området psykisk hälsa och ohälsa. Ofta uppfattas gränsdragningen mellan friskt och sjukt, mellan ”normaltillstånd” och patologi, mellan en variation inom det normalas gräns eller ett dia-

⁵³ SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Förslag för en långsiktig hållbar styrning inom området psykisk hälsa.*

gnosticerat tillstånd, särskilt svår att göra när det kommer till det psykiska. Denna aspekt har betydelse för vår utredning och det uppdrag vi har. Att försöka hantera frågor om psykisk hälsa och ohälsa utan att respektera och försöka förstå de drivkrafter, den historik och den särskilda komplexitet som präglar och präglat området är utsiktslöst. Det finns en historik, traditioner, förväntningar och en ofta stigmatiserande syn på själens tillstånd som måste vägas in i vårt uppdrag. Det finns en särskild historia att ta sig an för den som vill närma sig området psykisk hälsa på ett personcentrerat sätt.

Ytterligare ökas komplexiteten när vi tar oss an begrepp som *lättare psykisk ohälsa* och *nedsatt psykiskt välbefinnande*. Upplevelsen av det psykiska välbefinnandet är subjektiv, och många gånger relativ till en rad olika faktorer och livsbetingelser. I våra dialoger under utredningens gång har många, i diskussionen om såväl somatisk som psykisk hälsa, återvänt till begreppet KASAM – känslan av sammanhang.⁵⁴ Begreppet är centralt i den salutogena teorivärlden. Det utgår från faktorer som bidrar till att människor kan bibehålla eller t.o.m. förbättra hälsan, och beskriver att människor med god förmåga inom vissa områden klarar påfrestningar bättre än de med lägre förmåga inom samma områden. De områden som identifieras som betydelsefulla är Begriplighet, Hanterbarhet och Meningsfullhet. Vi får anledning att återkomma till detta i våra texter, och till nödvändigheten i att utifrån ett salutogent synsätt inte bara inkludera insatser från hälso- och sjukvården när vi beaktar en människas upplevda välmående, utan också den kontext och det sammanhang människan befinner sig i.

2.6.2 Föreningslivets roll

Vi kommer i detta betänkande att diskutera civilsamhällets viktiga roll som samverkanspart till hälso- och sjukvården och inte minst primärvården i regioner och kommuner. Vi har även i tidigare betänkanden lyft behovet av tydligare strukturer för en sådan samverkan.⁵⁵ Den psykiska hälsan, och upplevelsen av psykiskt välbefinnande, hänger nära samman med känslan av en meningsfull tillvaro,

⁵⁴ Svensk MeSH: *Känsla av sammanhang*, Sense of Coherence: A view of the world and the individual's environment as comprehensible, manageable, and meaningful, claiming that the way people view their life has a positive influence on their health.

⁵⁵ SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, kap. 7.

och många gånger och för många människor har civila samhället och föreningslivet en avgörande roll att spela. Många är de exempel som påtalats för oss om hur engagemang i en förening skapar sociala kontakter och möjligheter för den som har få sådana. Likaså påtalas den dubbelverkande effekt som ofta uppstår, att nyttan med aktiviteten uppstår både för den som utför och den som omfattas av en sådan insats. Faktorer som på senare år allt tydligare framträtt som viktiga komponenter för att stärka det fysiska och psykiska välmåendet återfinns dessutom inom områden där föreningslivet traditionellt har en stark roll. Ett sådant exempel är fysisk aktivitet, kopplingen mellan ett minskat stillasittande och främjande av hälsa, och idrottsrörelsens verksamheter.

Från föreningslivets sida har under utredningens gång i samband med dialoger och verksamhetsbesök påtalats att man kan se sig ha en större roll, och önskar mer av samverkan, med hälso- och sjukvården. Detta gäller inte minst i frågor kring psykiskt välbefinnande. Att man ibland erbjuder aktiviteter och program för att motsvara av vården beskrivna behov, men inte känner att man får den utväxling eller det genomslag man skulle kunna få, för att man inte når de tänkta målgrupperna. Att det saknas strukturer för samverkan med hälso- och sjukvården. Att man skulle önska en ökad tydlighet i ”vem som gör vad” inom områden där såväl föreningsverksamheten som hälso- och sjukvården och socialtjänsten har aktiviteter på en ort och att bristen på samverkan och samordning kan minska effektiviteten i insatserna, och till och med riskera att skapa förvirring för dem insatserna är till för. Särskilt påtalas också den grupp äldre som har insatser från kommunens socialtjänst i form av hemtjänst, och där möjligheterna att både hitta och ta sig till aktiviteter kan vara begränsade. Ibland finns inte heller lokaler för dessa individer och aktiviteter anpassade för dem på samma sätt som många gånger erbjuds t.ex. i ett särskilt boende. Att stödja dessa individers deltagande i föreningsaktiviteter kan vara ett viktigt sätt att bidra till en meningsfull tillvaro, stärka den psykiska hälsan och minska ensamhetsproblematik. Vi återkommer till detta område i utredningens bedömningar i kap. 6.

2.6.3 Hur står det till med den psykiska hälsan och ohälsan?

Frågan om gränsdragningen mellan allmänt välbefinnande, nedsatt psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa, vilka definitioner, diagnoser och etiketter som ska vara giltiga och vem som har tolkningsföreträde är högaktuell. Det finns en allmänt spridd uppfattning att den psykiska ohälsan ökat de senaste decennierna, men det råder delade meningar om i vilken omfattning, för vilka grupper och hur den förändringen bäst ska beskrivas. Det finns också de som problematiserar om den psykiska ohälsan över huvud taget ökat.⁵⁶ Problemen som lyfts är flera. Dels att alltmer av det som förr betraktades som naturliga delar av livet i dag av alltfler upplevs som hälso- och sjukvårdens sak att hantera. Att det har skett en ”medikalisering”, en förändring i hur diagnoskriterier används, vilket gör att allt fler får en diagnos. Men också att det har skett en glidning när det gäller diagnoskriterier så att allt fler också anses uppfylla de uppställda kriterierna. Det har spekulerats i att eftersom särskilda insatser från såväl skola och arbetsgivare som hälso- och sjukvård, liksom möjligheten att ta del av socialförsäkringssystemet, t.ex. sjukskrivning, baseras på diagnossättning, sker en medikalisering av allmänmännliga tillstånd och adekvata mänskliga reaktioner. Det kan också vara så att även de ersättningssystem som tillämpas i hälso- och sjukvården, och som inte sällan knyts till diagnoser, kan driva mot att fler diagnoser sätts. Från patient- och brukarhåll framhålls att det är viktigt för många människor att få en diagnos, ett kvitto på att ens upplevelse är bekräftad av andra, inte bara en börda för den enskilde att bära själv i ensamhet.

Kanske finns också, till följd av stigmatisering och synen på psykisk ohälsa, gamla föreställningar om att det är mindre skuld-/skambelagt med somatiska än psykiska tillstånd, och kanske leder det ibland till en somatisering av psykiska symtom. Därav skulle såväl överdiagnostik och överbehandling av somatiska tillstånd som underdiagnostik och underbehandling av psykiska tillstånd kunna följa. Detta understryker vikten av att kunskapen om psykosomatiska tillstånd⁵⁷ och somatoforma syndrom⁵⁸ finns bland de som först möter människor

⁵⁶ C Rück, *Olyckliga i paradiset*, 2020; Mind, *Unga mår allt sämre – eller?*, 2018.

⁵⁷ Svensk MeSH: Organspecifika besvär där emotionella faktorer orsakar fysiska symtom. Dessa kommer huvudsakligen av överaktivitet i det autonoma nervsystemet och påverkas av individens känslomässiga tillstånd.

⁵⁸ Se ICD-10 code F45.1.

i primärvården. Det understryker också vikten av lågtröskelverksamheter och ett öppet och fördomsfritt bemötande av den som söker vården med psykiska besvär. Vare sig det sedan visar sig vara något som ska hanteras i hälso- och sjukvården, eller där kontakten med hälso- och sjukvården leder vidare till andra insatser.

Har den psykiska ohälsan ökat eller minskat?

Vi kommer medvetet från utredningens sida inte att ansluta till någon specifik uppfattning i den frågan. En reflektion är att det är en intressant diskussion, men kanske mest på akademisk nivå. Att man från olika aktörers sida kommer fram till olika slutsatser beror förstås på att det finns olika sätt att betrakta befintliga data, och att beroende på var i systemet man befinner sig, och vilken roll eller utifrån vilket uppdrag man har, gör man olika tolkningar. Det är som det ska vara, och ett bidrag till en levande samhällsdebatt. Däremot framstår det som tydligt för oss att vi som samhälle och i hälso- och sjukvården inte är tillräckligt bra, utifrån rådande kunskapsläge, på att bemöta människor med psykisk ohälsa.

Vi vill därför fokusera på hur man ur samhällssynpunkt bäst stödjer varje individ till bästa möjliga hälsa, utifrån var och ens förutsättningar och resursen i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Då blir det självklart att bejaka synsättet på den psykiska hälsan som ett brett åtagande för alla samhällssektorer, inte bara hälso- och sjukvården.

Människor har olika behov för att uppnå bästa möjliga hälsa utifrån var och ens förutsättningar. Det är olika vilka egna förmågor och inneboende resurser man har tillgång till i sig själv och i sin egen nära omgivning. Därmed har man också olika behov av samhällets kompenserande insatser, och dessa måste vara utformade för att möta olika individuella behov. Stöd till hälsa behöver ibland komma från hälso- och sjukvården, och ibland från andra instanser. Därför är samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer, t.ex. civila samhället, så viktig. Där kan primärvården ha en avgörande roll, med sin möjlighet att arbeta nära människor, utifrån den egna befolkningens behov, och i nära samverkan med lokalsamhället. Detta underlättas av kontinuerliga relationer såsom fast läkarkontakt och fast vårdkontakt eller fast teamkontakt.

Om vi utgår från individens behov och ser mer till hur olika instanser, aktörer och friskfaktorer kan samverka bättre för stöd till hälsa, kanske vi når längre i samhällets gemensamma strävan efter minskade hälsoklyftor på befolkningsnivå och en god upplevd hälsa på individnivå.

2.6.4 En förändrad syn på samhällets insatser för den psykiska hälsan?

En iakttagelse vi gjort under utredningens gång är att synen på psykisk ohälsa, och hur den psykiska ohälsan behöver mötas inte bara av hälso- och sjukvården utan som ett samhällsfenomen som måste lösas tvärssektoriellt, har påverkat och inspirerat ett flertal initiativ de senaste åren. Förslagen i slutbetänkandet av den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa, syftar sammantaget till en systemsyn på området, och också ett gemensamt samhällsåtagande, ett politikområde, för att stärka den psykiska hälsan i befolkningen.⁵⁹ Det breda angreppssättet regeringen aviserat för framtagandet av den nya strategin för att möta psykisk ohälsa, där uppdraget getts till ett stort antal aktörer gemensamt, signalerar samma sak.⁶⁰ Att Folkhälsomyndigheten är den statliga myndighet som har en ledande och samordnande roll i arbetet mot psykisk ohälsa är ytterligare ett tecken på det breda befolknings- och folkhälsoperspektiv som alltmer präglar frågor om den psykiska hälsan, mer än en angelägenhet enbart för hälso- och sjukvårdens aktörer.

Även i huvudmännens arbete ses det tvärssektoriella sättet att betrakta frågan växa sig allt starkare. Ett exempel är SKR:s arbete med Strategi för hälsa, där man slår fast att Sveriges viktiga välfärdsverksamheter; skola, socialtjänst, vård och omsorg, hälso- och sjukvård behöver ledas, styras och samordnas för att främja hälsa och förebygga ohälsa för hela befolkningen.⁶¹

⁵⁹ SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa.*

⁶⁰ Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention*, 2020.

⁶¹ SKR, *Strategi för hälsa*, 2019.

Ytterligare ett initiativ från SKR verkar i samma riktning: arbetet med Kraftsamling för psykisk hälsa, tänkt att fungera som en samlande arena för ett långsiktigt och tvärsektoriellt utvecklingsarbete för en bättre psykisk hälsa.⁶² Även internationellt är ett sådant angreppssätt vad gäller den psykiska hälsan allt vanligare. Det återspeglas t.ex. i den norska respektive finska strategin för psykisk hälsa.

Utredningen stödjer ett sådant tvärsektoriellt synsätt på området psykisk hälsa, och att den psykiska hälsan i befolkningen inte enbart kan vara en fråga för hälso- och sjukvården. Det är däremot viktigt, nödvändigt tror vi, att definiera vad som är hälso- och sjukvårdssektorns ansvar och uppdrag inom området. Detta för att också kunna definiera och beskriva, ibland även lagreglera, rollen för hälso- och sjukvårdens olika aktörer; huvudmän, vårdgivare och utförare i systemet. Likaså för att beskriva vilka samverkansarenor som behövs, finns och behöver utvecklas eller nyskapas. Allt detta också i syfte att ge invånarna en tydlighet i vart man vänder sig med sina behov på området, och därmed öka tryggheten och tilliten till systemet.

2.6.5 Hjälptill självhjälp – vem ansvarar för det?

Det har i våra möten, och som svar på våra dialogfrågor ställda i tidigare betänkande, lyfts från patienthåll att medan stöd till egenvård och lättillgängliga egenvårdsråd är självklart när det gäller somatisk hälsa är det ett område som fortfarande ser väldigt olika ut, och av många uppfattas som outvecklat, när det kommer till psykisk hälsa. Det gäller i kontakten med hälso- och sjukvården, där utformningen av stödet till egenvård gällande psykisk hälsa varierar mycket mellan olika vård- och hälsocentraler och också i utformningen på 1177 Vårdguiden. Som alltid gäller också, och kanske mer än någonsin när en person vill prata om psykiska besvär, att erbjudandet från vården måste ges anpassat till den enskilda individen.

På liknande sätt har man från medarbetarhåll lyft att till skillnad från beslutsstöden för medarbetare gällande fysiska tillstånd, som är omfattande, är beslutsstöden vad gäller det psykiska inte lika utvecklade. Det förhåller sig också så att medan regionerna via 1177 Vårdguiden på telefon regelmässigt hanterar frågor om fysiska tillstånd i egen regi, alternativt via i särskild ordning upphandlad aktör för en

⁶² SKR, *Kraftsamling för psykisk hälsa, informationsmaterial*, 2019.

region, förekommer det att samtal gällande psykisk ohälsa hänvisas till externa aktörer utan att strukturen för en sådan samverkan är närmare beskriven eller någon regelrätt uppföljning av en sådan samverkan sker. Att många aktörer på ett föredömligt sätt tillhandahåller sådana tjänster, t.ex. stödlinjer på telefon eller andra former av stödjande samtal, på ideell basis är naturligtvis bra, men det är viktigt att den verksamhet som bedrivs under ”regionernas flagg” vad gäller den psykiska ohälsan med självklarhet underställs samma krav på strukturerade arbetssätt som när det gäller frågeställningar om somatisk ohälsa.

Utifrån svaren på våra dialogfrågor framgår att många av de som arbetar i hälso- och sjukvården uppfattar att tydliga strukturer för egenvårdsråd på området saknas. En bild vi fått bekräftad från flera håll är att det händer att olika typer av insatser sätts in när en individ söker hjälp i hälso- och sjukvården för psykiska besvär, såväl farmakologiska som andra interventioner, utan att man egentligen fört något närmare resonemang om basala och grundläggande delar i att ta hand om sig själv och sin egen hälsa – att äta, sova och röra sig i enlighet med vad som är rekommenderat för att främja hälsa. Att avancerade insatser vad gäller åtgärder mot upplevd ångest och oro kan initieras utan att man diskuterat grundläggande förutsättningar för god hälsa såsom struktur i vardagen. Vi menar självklart inte att det ena bör eller ska utesluta det andra. Men vi ser ett mönster i behovet av att involvera flera aktörer runt en individ i att skapa förutsättningar för gott välbefinnande – det handlar inte bara om insatser som traditionellt åvilar hälso- och sjukvården.

Hälsolitteracitet

Vi återvänder här till ett begrepp vi lyft tidigare i utredningen – hälsolitteracitet. Det handlar om individers förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa, samt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor. Graden av hälsolitteracitet kan variera beroende på den situation eller det sammanhang man befinner sig i. I vissa situationer kan en annars god hälsolitteracitet försämrats t.ex. om en nära anhörig eller man själv blir sjuk. Hälsolitteracitetsnivån hänger med andra ord inte enbart ihop med den utbildning eller kunskap man har, utan graden av

hälsolitteracitet varierar beroende på hur man mår och i vilken livssituation, kultur eller omgivning man befinner sig. Utgångspunkten för hälsolitteracitet är att människor själva kan främja hälsa, lösa hälsoproblem och vara aktiva samarbetspartners i val av åtgärder och i beslut som fattas. Detta förutsätter förstås en allmän kunskap om hälsofrågor, och att denna kunskap i rimlig omfattning och på ett tillgängligt sätt tillhandahålls och kan inhämtas av alla. Inom området psykisk hälsa kan detta bl.a. beskrivas i termer av tillhandahållande av psykoedukativa/psykopedagogiska insatser.

2.6.6 Hälsa- och sjukvårdens förebyggande roll och tidiga insatser av mer generell karaktär

Vi återvänder till det komplexa gränssnittet mellan behovet av stöd för upplevd psykisk ohälsa och hälso- och sjukvårdens traditionella uppgift att hantera diagnosticerade psykiatriska tillstånd. Kan hälso- och sjukvårdens resurser ibland utifrån befolkningens och enskildas behov behöva tas i anspråk för att hantera upplevelsen av psykiska besvär, som inte uppfyller diagnoskriterier? Vi tror att så behöver ske. Psykiska besvär kan påverka en människas funktionsnivå även om diagnoskriterier inte uppfylls. Ibland kan det också vara så att genom att lyssna på personer med egenerfarenhet ökas kunskapen om tillstånd som påverkar den psykiska hälsan. I det arbetet har primärvården en viktig roll. I sammanhanget är det också viktigt att påpeka att tillämpning av diagnoskriterier oundvikligen påverkas över tid.

Det finns ett behov av att öka kunskapen om hur tidiga insatser kan förebygga utvecklingen av psykisk ohälsa. Hälso- och sjukvården har enligt lag att arbeta för att förebygga ohälsa. Vi har i tidigare betänkande diskuterat rollen i att främja hälsa, förebygga sjukdom och bygga funktionsförmåga.⁶³ Förebyggande insatser är alltid svåra att såväl initiera och implementera som att utvärdera, men på samma sätt som de är en alltmer självklar och naturlig del av synen på somatiska tillstånd bör de vara det vad gäller psykiska besvär och psykiatriska tillstånd, inklusive de relaterade till skadligt bruk av alkohol, andra substanser och andra typer av missbruk. Frågor om den psykiska hälsan är lika viktiga, och bör uppmärksammas på samma sätt, som frågor gällande den somatiska hälsan vid olika typer av förebyggande

⁶³ SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, kap. 7.

kontakter, såsom vid hälsosamtal, på ungdomsmottagningar, inom barn- och mödravården och vid andra kontakter med regionens och kommunens primärvård. Att knyta detta just till primärvården är särskilt naturligt, eftersom primärvården som navet i hälso- och sjukvårdssystemet är den instans som ska arbeta nära människor, i långvariga relationer och med god kännedom om hur befolkningens behov ser ut just i den geografiska närheten.

Att förebygga svårare psykisk sjukdom och förhindra ökad grad av funktionspåverkan kan många gånger handla om att över huvud taget upptäcka och diagnosticera ett tillstånd. En hög tillgänglighet, adekvat kunskap och evidensbaserade metoder för detta måste finnas och tillhandahållas brett i hälso- och sjukvården, inte minst i primärvården. Ett exempel på att detta synsätt ska tillämpas är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, där metoder för snabbt omhändertagande vid misstänkta tillstånd har högsta prioritet.

Betydelsen av kontinuerliga relationer

Att kunna upptäcka och ge tidiga och adekvata insatser vid psykisk ohälsa ger oss också anledning att återknyta till de förslag vi lämnat i tidigare betänkanden gällande behovet av ökad personkontinuitet i primärvården, och vikten av det relationella i kontakten mellan hälso- och sjukvården och invånarna.⁶⁴ Att ha en fast läkarkontakt i primärvården och/eller en fast vårdkontakt: en distriktssköterska på det särskilda boendet, en barnmorska under hela graviditeten eller en fast kontakt inom barnhälsovården ökar möjligheten till en förtroendefull relation och sänker tröskeln för att prata om de frågor som ibland kan vara svårare än andra att ta upp. Det kan gälla frågor om det psykiska måendet allmänt, men också frågor som starkt kopplar till det psykiska måendet, såsom t.ex. våld i nära relationer eller hedersrelaterad problematik. Från patient- och brukarhåll, och även från närstående grupper, har lyfts att just en öppenhet och hög tillgänglighet vad gäller psykiska besvär i primärvården för många kan kännas som en mindre stigmatiserande ingång än att vända sig till en psykiatrisk mottagning. Motsvarande kan gälla vid risk- eller missbruksproblematik. Att träffa någon som man har förtroende för och

⁶⁴ SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, kap. 10.

litar på kan vara avgörande också för att våga ta upp de allra svåraste och mörkaste funderingarna, som t.ex. tankar på att avsluta sitt eget liv.

2.6.7 Det suicidpreventiva arbetet

För att ytterligare understryka vikten av tidiga(-re) insatser och en välkomnade, aldrig avvisande, attityd från hälso- och sjukvården vill vi särskilt lyfta området suicidprevention. Det har historiskt funnits en syn på suicid som ”ytterligheten” av psykiatriska tillstånd, att ett försök att avsluta livet av egen vilja alltid föregås av en svår och alltmer progredierande psykisk sjukdom. Senare års forskning har visat att så inte alltid är fallet. Även om det förvisso är så att vid ungefär en tredjedel av de rapporterade suiciden har det funnits en kontakt med den psykiatriska hälso- och sjukvården, har betydligt fler haft kontakt med annan hälso- och sjukvård innan ett fullbordat suicid, och hade därmed potentiellt kunna få hjälp och stöd där i förhindrande syfte.⁶⁵ Det finns också en grupp människor som inte haft någon kontakt med hälso- och sjukvården tidigare. Det framstår som möjligt att genom att underlätta kontakten med primärvården, och genom en ökad kunskap vad gäller att uppmärksamma tecken på psykisk ohälsa, skulle arbetet med att förhindra suicid kunna bli mer framgångsrikt. Detta blir då ytterligare en anledning att ha öppna dörrar och låga trösklar till primärvården när det gäller bedömning av och stöd till det psykiska måendet. Ett sådant förhållningssätt skulle också kunna bidra till ökade möjligheter att studera vilka insatser och hur numerärerna kan påverkas, inte minst i de grupper som hittills har varit svåra att nå med insatser för att förhindra självmord. Vi har också från flera håll uppmärksammats på närståendes situation på detta område. Såväl vid försök till suicid som vid fullbordat suicid uppfattas stödet till närstående många gånger brista. Närstående är i en sådan situation en högriskgrupp vad gäller den egna psykiska hälsan, och bör särskilt tänkas in och omfattas i det suicidpreventiva arbetet och vad gäller stöd till den psykiska hälsan.

⁶⁵ Svenska psykiatriska föreningen, *Suicidnära patienter. Kliniska riktlinjer för utredning och vård*, 2013.

2.7 Ytterligare reflektioner över utgångspunkter för uppdraget

Med avstamp i de kontextuella resonemangen ovan vill vi i det följande presentera ytterligare några reflektioner som utgångspunkt för de förslag och bedömningar vi lämnar i betänkandet.

2.7.1 Diagnoser...

Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv är systemet med diagnosättning viktigt och relevant. Det är det klassificeringssystem som i stor utsträckning utgör ramen för uppdraget och kommit att bli en grundval för vilka insatser som ges. Det säkerställer en standardisering och en evidensbaserad handläggning som så långt möjligt borgar för en hög och jämn kvalitet i vårdens insatser. Det ligger också till grund för uppföljning, forskning och utveckling. Många gånger kopplas andra perspektiv, såsom exempelvis det ekonomiska, till systemet med diagnosättning. Det finns alltså starka historiska, traditionella och samhällseliga incitament från många aktörer att sätta en diagnos, en etikett, på varje tillstånd.

Inom området psykiatri har det framförts till oss att det historiskt länge fokuserades mer på specifika metoder och interventioner än på att först bedöma varje patient på ett systematiskt sätt och sedan anpassa insatserna evidensbaserat efter det. Det har därför under de senaste decennierna funnits en rörelse mot alltmer fokus på diagnostik, vilket också varit välgörande för utvecklingen av evidensbaserade metoder. Detta synsätt, ursprungligen härrörande från den specialiserade psykiatrin, har på vissa ställen också implementerats i primärvården.

Men kanske kan även denna pendel svänga för långt? Kanske finns ibland en övertro på att allt går att beskriva, etikettera och diagnosticera? Kanske förlorar diagnosättningens goda syfte en del av sin mening och sitt värde för den enskilde när varje mänskligt tillstånd och varje upplevelse måste beskrivas utifrån en diagnos satt ur hälso- och sjukvårdens perspektiv? Vi har anekdotiskt fått beskrivet att (den historiskt säkert välbehövliga) driften mot diagnostik och evidensbaserade behandlingar inom den specialiserade psykiatrin medfört att för de som inte har en specifik diagnos erbjuds heller inga insatser. Att för just den patientgruppen förväntas primärvården

många gånger finnas där för det allmänna omhändertagandet, och att det då är svårt att veta vilka insatser som kan och ska erbjudas när det uppenbart föreligger en påverkan på funktionsnivån men inga specifika diagnoskriterier uppfylls. Att den logiken ibland gör att det kan gå mycket lång tid i väntan på bedömning i den specialiserade psykiatrin, en tid då inga insatser alls sätts in, och patienten sedan remitteras tillbaka till primärvården. Att den logiken medför ett ytterligare utdraget lidande för patienten, förlänger sjukfrånvaro, och ibland t.o.m. medför att en diagnos sätts för att alla inblandade vet att det är enda sättet att få till ett strukturerat omhändertagande och stödjande insatser för patienten. Det blir inte heller enklare av att många människor i dag har inte bara en diagnos utan flera, och ofta såväl somatiska som psykiatriska diagnoser.

Att detta arbetssätt är rådande är begripligt utifrån hur vi traditionellt erbjuder hälso- och sjukvård, men det är samtidigt viktigt att förstå att just komplexa tillstånd, där ingen specifik diagnos kan sättas, och evidensen vad gäller behandling är få eller obefintliga, ibland kan vara just de som behöver den specialiserade vårdens kompetens bäst, eller ännu hellre samverkan mellan den specialiserade vårdens kompetens och primärvårdens generella kompetens vad gäller hela människans situation. Om det dessutom, vilket ibland förefaller vara fallet, är så att en glidning har skett mot att även primärvården har svårt att se sitt uppdrag för dem som inte har en tydlig diagnos eller en behandlingsbar åkomma, utan avvisar de patienterna, förlorar vi möjligheten såväl till att stödja dessa individer till bästa möjliga hälsa som till att öka kunskapen om tillstånd för vilka vi *ännu* inte har några dokumenterat fungerande behandlingar. Det är också givet att om en diagnos är vad som behövs för att man ska få ta del av hälso- och sjukvårdens stöd och insatser är det naturligt att diagnosställningen drivs allt längre. Finns det tillstånd som har nytta av hälso- och sjukvårdens resurser och kunskap, och därför bör hanteras inom hälso- och sjukvårdens uppdrag, även om de inte går att etikettera med en diagnos, eller om de ännu inte uppfyller kriterierna för diagnos? Finns det anledning för primärvården, med stöd av psykiatrin, att intressera sig just för dessa grupper för att stödja enskilda individer till bättre hälsa, men också öka kunskapen om det som är utmaningar för enskilda individer, på befolkningsnivå och inte minst samhällsekonomiskt i form av t.ex. sjukfrånvaro? Ett område där

detta av många uppfattas som särskilt aktuellt är t.ex. symtom på svårare stress och utmattningssyndrom.

Vi uppfattar att det är viktigt att påminna sig om att dessa individer, med upplevd psykisk ohälsa men där diagnoskriterier inte alltid uppfylls och evidensbaserade behandlingar inte står till buds, redan i dag finns på hälso-/vårdcentraler runtom i landet, och t.o.m. i stort antal. Utredningens uppdrag handlar inte om några nya patientgrupper, utan om grupper som redan finns i väntrummen hos primärvården.

2.7.2 ...och livshändelser

Det finns, och har alltid funnits, tillstånd som ligger i gråzonen mellan den normala variationen och en diagnos. Vad som ses som "normalt" varierar med kultur, tid, normer och sammanhang. I dag finns en diskussion om det vi ibland nämner som "livets skrubbsår". Motgångar och negativa känslor som alla människor möter på sin väg genom livet, och i debatten uttrycks farhågor om att vi kanske i vårt trygga samhälle uppfattar varje motgång i livet som patologisk, och något som vi behöver extern hjälp, ofta från hälso- och sjukvården, för att hantera. Vi medikaliserar livet. Denna farhåga har lyfts till oss inte minst i förhållande till vårt uppdrag gällande lättare psykisk ohälsa, och det är, som vi tidigare nämnt, ett aktuellt inslag i samhällsdebatten.

Men många uppmärksammar också att det kan finnas ett nära samband mellan det som kan skava i livet och att uppfylla kriterier för diagnostiserade tillstånd. Och att benägenheten att vända sig till hälso- och sjukvården varierar stort individuellt, och är "tröskeln" till vården i genomsnitt lagom hög för de flesta, blir den alltför hög för några. Tillstånd som borde bedömas och behandlas evidensbaserat förblir oupptäckta med onödigt lidande för den enskilde som konsekvens. En känsla av att tillvaron inte är meningsfull, eller frånvaron av struktur i det dagliga livet, kan sannolikt öka risken för upplevd psykisk ohälsa. Omvärldsfaktorer såsom frånvaron av positiva sociala kontakter och/eller ändamålsenligt boende eller ekonomisk utsatthet likaså. Även om det inte finns entydig forskning vad gäller enskilda livshändelser och utveckling av psykiatriska tillstånd förefaller det rimligt att tro att fältet inte är svart eller vitt – ingen människa upplever och beskriver sitt känsloliv exakt lika som någon annan, och

inget diagnosverktyg kan med 100 procent objektivitet, sensitivitet eller specificitet säkerställa vad som är ”friskt” eller ”sjukt”. Här kommer alltid att finnas en gråzon, ett kontinuum mellan psykiska besvär och psykiatriska tillstånd, som motiverar ett välkomnande bemötande och en låg tröskel för att kunna kontakta primärvården med besvär som rör det psykiska måendet. Målet blir att den som söker primärvården för psykisk ohälsa alltid blir väl mottagen, får en adekvat bedömning, ibland blir hänvisad till andra aktörer utifrån väl utarbetad och strukturerad samverkan, men aldrig någonsin känner sig avvissad. I detta ligger förstås också avsikten att väga in och bejaka det behov som finns av att prioritera de gemensamma resurserna rätt och överväga vilka insatser som gör mest nytta var och för vem.

2.7.3 Varför är det viktigt att beskriva detta kontinuum mellan upplevelse och diagnos?

Det finns alltså en gråzon mellan upplevda psykiska besvär och diagnostiserade psykiatriska tillstånd. Yttre omständigheter och faktorer kan avgöra på vilken ”sida av gränsen”, eller var längs detta kontinuum, man befinner sig.

Vi uppfattar att delar av det som omfattas av vårt uppdrag enligt direktiven finns just i området mellan upplevelse och diagnos, mellan insatser från hälso- och sjukvård, egenvård och stöd till egen hälsa. Vi tror att för bästa möjliga hälsa behövs ibland stöd från hälso- och sjukvården, ibland från andra aktörer runt individen, och oftast behövs en samverkan mellan dessa olika aktörer.

Att problematiken vi angriper ligger i ett gränsland medför att de insatser som tillhandahålls ibland måste vara överlappande från dessa olika aktörer, annars riskerar individen att falla i tomrummet mellan olika insatser och ansvarsområden. Vi måste gå från stuprörsstrukturer, där varje aktör arbetar i sin egen bubbla, till samordnade och samverkande insatser. Vi uppfattar att vårt uppdrag är att överväga strukturer för att underlätta en sådan samverkan utifrån varje individs behov.

2.7.4 Personcentrerad vård

Vårt angreppssätt och våra förslag och bedömningar tar avstamp i ett personcentrerat synsätt. Vi behöver flytta oss från ett huvudfokus på hur hälso- och sjukvården utifrån sina befintliga strukturer och sitt traditionella synsätt ser problematiken till hur det ter sig för människan. Vi behöver diskutera tolkningsföreträdet vad gäller problembeskrivningen av det psykiska måendet. Vi behöver samtidigt förhålla oss till målsättningen om en hälso- och sjukvård där de med störst behov ges företräde, och hur vi bäst nyttjar den gemensamma resursen som står till buds. Men kanske är att, i större utsträckning än vad man historiskt har gjort, utgå från människans behov snarare än hälso- och sjukvårdens sätt att organisera sig, också att förespråka mer effektiva arbetssätt. Som i samtliga våra betänkanden vill vi betona att det här är den kanske viktigaste delen i omställningen till en god och nära vård. Kulturförändringen; att arbeta med inkludering, att skapa förutsättningar för delaktighet och samskapande, ökar effektiviteten i de insatser som erbjuds av hälso- och sjukvården och gör att den gemensamma resursen räcker längre och till fler.⁶⁶ Det ökar också tillfredsställelsen såväl hos de insatsen är till för som hos hälso- och sjukvårdens medarbetare. Vi behöver i vårt uppdrag hitta och beskriva den gemensamma ytan mellan det som traditionellt är hälso- och sjukvårdens ansvar och uppdrag, och det som befolkningen förväntar sig att få hjälp med i dagens samhällskontext när man vänder sig till hälso- och sjukvården. Ofta är hälso- och sjukvården den naturliga ingången för individen, och vårdens uppgift är att bistå med det som är vårdens reglerade uppdrag. Men hälso- och sjukvårdens medarbetare kan också vara en brygga till andra aktörer och insatser som ur individens synpunkt är viktiga för att nå målet om bästa möjliga hälsa utifrån de egna förutsättningarna.

Behovet av stöd är individuellt

En farhåga som ibland lyfts är risken med att ”överinstitutionalisera” det människor behöver för att må bra i sin vardag. Om vi bygger strukturer för vårdens samverkan med föreningslivet, om samhället

⁶⁶ För ytterligare beskrivning av ämnet personcentrerad vård, se t.ex. SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* samt Vårdanalys, *Från mottagare till medskapare*, 2018.

tar på sig att ordna mötesplatser och arenor för människor att mötas, upphör eller påverkas den egna drivkraften att aktivera och engagera sig då? Om ingen erbjuder en meningsfull fritidsaktivitet, ordnar människor det själva då? Och kan initiativ som de vi beskriver i våra bedömningar riskera negativa effekter på samhällsnivå? Detta är en risk som förtjänar att lyftas. Man måste samtidigt påminna sig om att alla människor inte har samma förutsättningar och inneboende resurser vad gäller att skapa sig en meningsfull tillvaro och tillräckliga sociala sammanhang. Noterbart är också att en del i att må psykiskt dåligt ofta är att initiativförmågan påverkas negativt. Alla hittar inte till Friskis&Svettis, Friluftsförbundet eller Röda Korsets besöksverksamhet på egen hand. Man kan behöva en knuff, ett stöd, en motiverande kontakt för att ta sig ut ur sitt eget sammanhang. Vi bedömer att vården kan vara en brygga, och en möjliggörare för att hitta till aktiviteter t.ex. inom föreningslivet.

2.7.5 Begränsningar

Vi inser fullt att vi inte inom ramen för utredningens arbete kommer att kunna lösa problematiken med psykisk ohälsa i en bredare samhällskontext. Vi delar också uppfattningen att hälso- och sjukvården på egen hand inte kommer att kunna, och inte heller kan förväntas lösa, problematiken med ”lättare psykisk ohälsa”. Det kommer sannolikt alltid att kvarstå en problematik kring vem som ”hör till vilken grupp” – en människa är komplex och mer än sin diagnos. Det gäller förstås inte minst vid psykisk ohälsa av olika slag. Långt innan en demensdiagnos sätts kan psykiska besvär i form av oro och ångest uppträda. När det gäller en diagnos inom risk- eller missbruk kommer många gånger en samsjuklighet till andra psykiatriska tillstånd att finnas där. Många är de med psykiatrisk diagnos som inte får sina behov tillräckligt mötta i den somatiska vården, och många med somatiska symtom kan ha psykiska besvär. Just därför blir primärvårdens roll så viktig.

Vi kommer att kunna uppmärksamma problematiken ur olika perspektiv, och tydligare än vad som är fallet i dag visa på ansvaret från hälso- och sjukvården, och specifikt från primärvårdens sida, för också den psykiska hälsan. Genom att tydliggöra det på normerande nivå skapas bättre förutsättningar för staten att peka på huvudmän-

nens ansvar och för huvudmännen att uppmärksamma ansvaret på vårdgivarnivå. Men åtagandet går också åt andra hållet – det ger vårdgivaren större möjlighet att uppmärksamma huvudmannen på behovet av en adekvat resurssättning och kompetenssättning vad gäller uppdraget psykisk ohälsa. Vi vill återigen uppmärksamma att de förslag och bedömningar vi gör i detta betänkande inte är att se som fristående från utredningens tidigare uppdrag eller förslag. Våra förslag och bedömningar i detta betänkande är en del av en helhet, och grundar sig fortsatt på kunskapen om att bästa sättet att nå en jämlik hälsa i befolkningen är en stark primärvård. Våra förslag och bedömningar i detta betänkande är tänkta att vara ytterligare en del i en väl sammanhållen, personcentrerad och begriplig, god och nära vård.

2.7.6 Corona och covid-19

Under tiden utredningens arbete med området psykisk ohälsa har pågått har omvärlden och allas vår vardag i mycket stora delar präglats av, och på många sätt omdefinierats av, en pandemi. Det nya coronaviruset och covid-19 har på olika sätt påverkat vårt arbete. Det har också inneburit att alla vi träffat på olika sätt drabbats av, och därmed naturligt refererat till det nya viruset och dess effekter. Det finns tecken på att pandemin på olika sätt påverkat det psykiska välbefinnandet och den psykiska hälsan i befolkningen. Precis på vilka sätt går ännu inte att veta. För de många som vårdats för svåra symptom i samband med covid-19 har röster höjts vad gäller behovet av rehabiliterande insatser, inte minst i primärvården. Detta kan också förväntas behövas vad gäller stöd till den psykiska hälsan, som ofta påverkas påtagligt vid svår och livshotande sjukdom i sig, och inte minst i samband med långvarig intensivvård.

Initialt i vårt arbete hade vi förhoppningen att pandemin kanske skulle avklinga, och vi därmed skulle kunna ha möjlighet att på ett mer strukturerat sätt beskriva effekterna utifrån genomförda rapporter och initial forskning. Så blev inte fallet. Pandemin är fortfarande i högsta grad en realitet. Vi uppfattar dock inte att relevansen i utredningens arbete, eller i de förslag och bedömningar vi gör, minskar i och med detta. Fortsatt noggrann observation av pandemins effekter på den psykiska hälsan är av största vikt, och pågående observationer och kommande forskning på området bör fortlöpande ses som

kompletterande till utredningens underlag. I och med att utredningens förslag och bedömningar i huvudsak ligger inom i dag befintliga strukturer, och mer tar sikte på arbetsformer, förbättrad struktur och goda exempel, bör detta inte bjuda särskilda svårigheter. Särskild uppmärksamhet kommer sannolikt framöver att behöva läggas på området digitalisering och e-hälsa i pandemins spår. Här finns såväl möjligheter, när den fysiska distanseringen ökar men den sociala kontakten ska behållas, som risker, med förstärkt digitalt utanförskap som ett exempel.

2.8 Allmänt om begrepp kopplade till psykisk hälsa

2.8.1 Avsaknad av gemensamma definitioner

Ordet definition kan inrymma olika saker. Det kan innebära benämningar på företeelser, en gemensamt överenskommen terminologi eller legala definitioner. Den psykiska hälsan och ohälsan har, på gott och ont, inte i någon större utsträckning omfattats av en enhetlig begreppsvärld, utanför det som definierats utifrån regelrätta psykiatriska diagnoser. Det kan ha medfört en svårighet till uppföljning av de insatser som gjorts, en svårighet att veta vad som avses i samtalet mellan olika aktörer, så som t.ex. i samtalet mellan olika statliga myndigheter, professioner, huvudmän och patient-/brukarföreträdare.

Uttrycket psykisk hälsa är t.ex. brett och generellt hållet. Vi har förstått att detta historiskt och exempelvis under tidigare nationella satsningar uppfattats som fördelaktigt, eftersom det gett utrymme för inkludering av många, och bejakat områdets bredd, allt ifrån ned-satt psykiskt välbefinnande till diagnosticerad psykiatri. Många vi mött uppfattar att fördelarna historiskt övervägt nackdelarna, att det varit hjälpsamt för ett inkluderande och brett angreppssätt, som ändå legat bakom en del av de framgångar som nåtts i samverkan mellan olika aktörer, särskilt på en övergripande nivå i systemet.

Men många påtalar också att bredden i begreppet kan vara problematisk. Det används brett, och vissa använder det för att beskriva den positiva dimensionen av psykisk hälsa, i form av psykiskt välbefinnande, medan andra också inkluderar (och/eller syftar på) psykisk ohälsa, i spektrat från lättare oro till svåra psykiatriska tillstånd.

Mot bakgrund av avsaknaden av en enhetlig begrepps värld kopplad till psykisk ohälsa har de nationella kunskapsmyndigheterna Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt SKR gjort ett gemensamt arbete och tagit fram ett begrepps-pm som syftar till en enhetlig användning av några centrala begrepp som ofta används inom området psykisk hälsa. Detta förväntas kunna bidra till att beskrivning av nuläge och utveckling inom området, liksom insatsförslag, kan baseras på tydliga och gemensamma grunder. Detta pm återfinns som bil. 5.

2.8.2 Behovet av definitioner i förhållande till utredningens uppdrag

Utifrån rådande situation är det naturligt att våra direktiv också anger att vi – för uppdragets genomförande – behöver definiera vissa begrepp, i förhållande till de förslag och bedömningar vi lämnar. Det gäller specifikt:

- lättare psykisk ohälsa
- vilka målgrupperna för de nya insatserna är och hur deras behov av stöd ska definieras.

För utredningens del faller vårt definitionsuppdrag inom kategorin att beskriva omfattning och avgränsningar av ett begrepp i ett specifikt sammanhang, för en viss insats. Vi har ett behov att klargöra vad som avses med de begrepp vi använder i våra förslag och bedömningar, vad/vilka som omfattas av de begrepp vi använder – och i förlängningen insatserna – och hur begreppen förhåller sig till varandra.

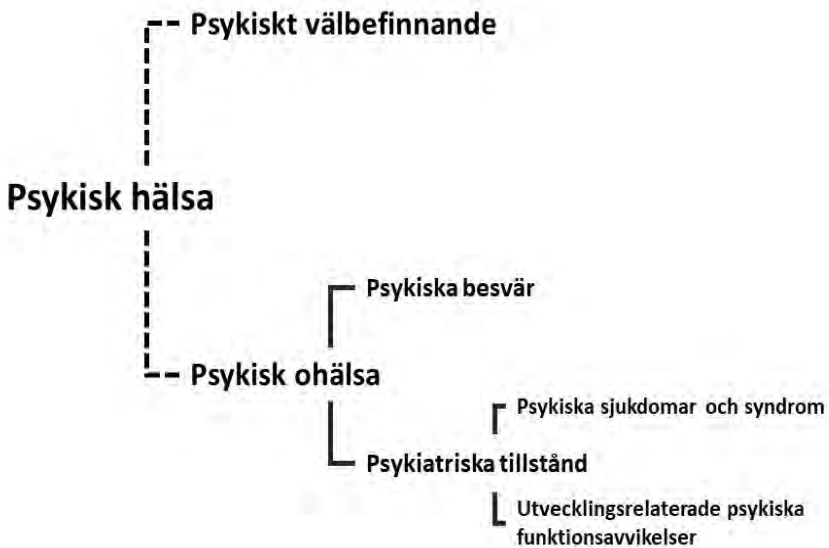
Liksom tidigare har utredningen en önskan att bygga på befintligt arbete och strukturer. Givet att kunskapsmyndigheterna och SKR helt nyligt gjort ett grundläggande begreppsarbete kring psykisk ohälsa (se bil. 5) tar utredningen detta arbete som utgångspunkt för vårt arbete. Detta görs med medvetenhet om att det som publicerats är en första version av modellen som man förväntar sig kommer att utvecklas löpande; på kort sikt när modellen prövats i praktiken, på medellång sikt när exempelvis den svenska versionen av det inter-

nationella diagnosystem ICD-11 är färdigställd och på lång sikt utifrån hur språket i samhället utvecklas.⁶⁷

En begreppsmodell för psykisk hälsa

Nedan återfinns den övergripande modell för hur olika begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra som arbetats fram av kunskapsmyndigheterna samt SKR.

Figur 2.2 Begreppsmodell psykisk hälsa



Källa: Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SBU samt SKR.

Modellen börjar i det överordnade begreppet psykisk hälsa som har dimensionerna psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Det är centralt att notera att psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa är olika dimensioner och inte varandras motsatser, även om man visuellt kan få det intrycket. Även om det finns samband mellan dimensionerna så kan exempelvis personer som inte har någon psykisk ohälsa uppleva ett lågt psykiskt välbefinnande. Omvänt kan personer med psykiatriska tillstånd uppleva psykiskt välbefinnande.

⁶⁷ Bil. 5, *Begrepp inom området psykisk hälsa – version 1.0 – 23 juni 2020.*

Begreppet psykisk ohälsa delas in i psykiska besvär och psykiatriska tillstånd beroende på om den psykiska ohälsan uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos. Psykisk ohälsa används alltså som ett samlingsbegrepp för tillstånd med olika svårighetsgrad och varaktighet. Hit hör både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd, där de senare motsvarar kraven för diagnos. Gemensamt är att båda orsakar lidande, antingen för individen själv eller för omgivningen.

Psykiska besvär är vanligt förekommande i befolkningen och är något vi alla kan drabbas av från tid till annan. Ofta handlar det om normala reaktioner på påfrestningar i livet. Besvären kan vara mildare eller svårare och de kan pågå under kortare eller längre perioder. Psykiska besvär är mindre komplexa än psykiatriska tillstånd och kan t.ex. bestå av enstaka besvär. Ibland kan psykiska besvär förekomma samtidigt som eller orsaka kroppsliga symtom som exempelvis huvudvärk, magont, ryggvärk eller yrsel. På motsvarande vis kan somatiska besvär orsaka psykiska symtom. De psykiska besvären kan beroende på typ och omfattning i olika grad påverka förmågan att klara av viktiga och nödvändiga vardagsfunktioner – arbeta, studera, ägna sig åt fritidsaktiviteter och hobbyer, ta hand om sig själv och andra – i den miljö som man lever i.

Psykiatriska tillstånd (dvs. tillstånd som uppfyller diagnoskriterier) delas i sin tur in i psykiska sjukdomar och syndrom respektive utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser (eng: neurodevelopmental disorders, kallas i vardagligt tal neuropsykiatriska funktionsnedsättningar) beroende på när i ålder som de debuterar.⁶⁸

Som tidigare nämnts finns emellertid ingen absolut avgränsning mellan upplevda psykiska besvär och diagnosticerade psykiatriska tillstånd. Det är med andra ord inte alltid lätt att skilja ”livets skrubb-sår” från dess ”benbrott”.

Tillämpning i utredningens arbete

Lättare psykisk ohälsa

För detta betänkande kommer vi alltså utgå från den begreppsmodell som presenterats ovan. Den modellen hanterar dock inte begreppet ”lättare psykisk ohälsa”, som är centralt för vårt uppdrag såsom det

⁶⁸ Bil. 5, s. 4.

är formulerat i direktiven. Hur ska begreppet förstås i förhållande till vårt uppdrag?

Våra direktiv utgår tydligt från folkhälsoperspektivet, och upplevt nedsatt psykiskt välbefinnande, dvs. människors egna upplevelser av psykisk ohälsa. Detta till skillnad från en utgångspunkt i vårdens organisation, och (misstanke om) möjliga psykiatriska tillstånd. Oavsett hur vården i ett senare skede medicinskt bedömer en person med upplevd psykisk ohälsa – om den motsvarar en psykiatrisk (eller annan) diagnos eller inte – så upplever dessa människor problem som de söker hjälp och stöd för att hantera och ofta vänder sig just till primärvården med.

Det som i våra direktiv uttrycks som ”lättare psykisk ohälsa” kan alltså motsvara ”psykiska besvär” i modellen. Det kan dock också vara så att den upplevda psykiska ohälsan visar sig motsvaras av en diagnos (t.ex. lindrig depression eller ett lindrigt alkoholbrukssyndrom). Det går inte att avgöra innan hälso- och sjukvården gjort sin bedömning. Därför är det inte heller av relevans att avgränsa målgruppen för insatserna utifrån en persons egen gradering av sin psykiska ohälsa som ”lättare”.

Mot bakgrund av detta och eftersom ”lättare psykisk ohälsa” är ett begrepp som inte heller är inkluderat och definierat i den föreslagna begreppsmodellen, och som dessutom många i dialoger med utredningen lyft som problematiskt,⁶⁹ kommer utredningen här efter i betänkandet att övergå till de begrepp som används i nämnda begreppsmodell. Hur målgruppen för de nya insatserna avgränsas behandlas nedan.

Målgrupperna för de nya insatserna och deras behov av stöd

Givet våra direktivs utgångspunkt i folkhälsoperspektivet, och människors egna upplevelser av psykisk ohälsa, blir det också avgörande för hur vi ska definiera målgruppen för de nya insatser vi ska utreda.

Grunden är att en individ själv identifierar ett behov av stöd från samhället i förhållande till det egna psykiska måendet. Därmed finns från samhällets sida ett behov av att få till stånd en bedömning om den upplevda ohälsan motsvarar ett behov av insatser från hälso- och sjukvården, alternativt andra möjliga stödåtgärder från andra offent-

⁶⁹ Mot bakgrund av bristen på tydlig definition av begreppet, men även frågor om vem som avgör vad som är ”lättare”.

liga aktörer och/eller civilsamhället. Och, om så är fallet, att kunna ge en hänvisning till sådana aktörer.

Målgruppen som primärvården behöver organisera sig för att bemöta är alltså personer som upplever psykisk ohälsa som man inte förmår hantera med de verktyg man själv har tillgängliga. Man känner ett behov av externt stöd för att hantera sin psykiska ohälsa. Denna målgrupp stämmer väl överens med primärvårdens uppdrag: att vara den första instansen inom hälso- och sjukvården som möter människors osorterade besvär, och i det mötet utgår från individens situation, symtom och behov.

Utifrån denna definition av målgruppen kan behoven av stöd se olika ut från individ till individ. Alltifrån egenvårdsråd och/eller hänvisning till stöd utanför hälso- och sjukvården, till olika nivåer av hälso- och sjukvårdsinsatser. Precis som alltid gäller att det är hälso- och sjukvården som ska stå för de medicinska bedömningarna.⁷⁰

I de fallen hälso- och sjukvårdens insatser är motiverade ska vård ges på adekvat nivå, enligt principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON). Vården ska också kunna tillhandahållas i linje med bästa tillgängliga kunskap, utgående från relevanta nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd på området.

2.9 Olika mål- och riskgrupper

Den psykiska hälsans omfattning skiljer sig åt mellan olika grupper i Sverige och internationellt, och kan även ta sig delvis olika uttryck i olika grupper. Det finns en koppling mellan psykisk ohälsa och annan utsatthet. Att leva med psykisk ohälsa är kopplat till ogynnsamma livsvillkor och sämre villkor i arbetslivet, t.ex. lägre inkomst eller arbetslöshet. Det är också vanligare att personer med exempelvis funktionsnedsättning, asylsökande och nyanlända, hbtq-personer eller personer som varit utsatta för våld t.ex. i en nära relation, uppger ett nedsatt psykiskt välbefinnande.

⁷⁰ En medicinsk bedömning är inte något som enbart kan göras av läkare. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Det medicinska yrkesansvaret innebär att var och en som arbetar inom vården har ett ansvar för sina egna bedömningar, beslut och åtgärder inom yrkesutövningen (se prop. 2017/18:83 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti* s. 31).

Även om vårt uppdrag inte handlar om att utveckla specifika lösningar för olika målgrupper, så är det en kunskap som är viktig att ha med sig i ett arbete med syfte att bättre identifiera och bemöta psykisk ohälsa, i primärvården. Det är också kunskaper som behöver omsättas i t.ex. kunskapsstöd för såväl triagering som bedömning och behandling i primärvården. Nedan följer därför en översiktlig genomgång av den psykiska ohälsan i några olika grupper.

Överlag kan sägas att kunskapen om hur psykisk hälsa är fördelad mellan olika grupper i samhället fortfarande är begränsad. Därför fick Folkhälsomyndigheten 2016 i uppdrag av regeringen att sammanställa kunskap om ojämlikheter i psykisk hälsa. Uppdraget redovisades 2019 i rapporten *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige*. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?⁷¹ Sammanställningen visar tydligt att:

- Det finns sociala skillnader i förekomsten av psykisk hälsa i alla åldersgrupper utifrån både socioekonomisk ställning och diskrimineringsgrunder.
- De viktigaste bestämningsfaktorerna till ojämlikheter i psykisk hälsa bland vuxna är kopplade till sysselsättning och ekonomi.
- Psykisk ohälsa har samband med ogynnsamma livsvillkor och negativa arbetsmarknadsutfall såsom arbetslöshet eller låg inkomst, samt ökad dödlighet.⁷²

2.9.1 Kvinnor och män

Ett av de nationella delmålen för jämställdhetspolitiken är jämställd hälsa. Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor.⁷³ Precis som på många andra områden skiljer sig dock den psykiska hälsan mellan kvinnor och män, flickor och pojkar.⁷⁴

⁷¹ Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019.

⁷² Folkhälsomyndigheten, *Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 4.

⁷³ Regeringskansliet, *Delmål 5: Jämställd hälsa*, 2019.

⁷⁴ Det finns också personer som identifierar sig på annat sätt än som kvinna eller man, flicka eller pojke. Psykisk ohälsa kopplat till annan könsidentitet belyses under avsnitt 2.9.2.

Jämfört med pojkar rapporterar flickor oftare att de har hälso-
problem, både fysiska och psykiska, och sämre allmänt välbefinnande.
Dessa skillnader mellan könen syns också i åldersgruppen 16–24 år.⁷⁵
Utsatthet i olika former i barndomen kan också kopplas till risk för
psykisk sjukdom i vuxen ålder, så för att förstå psykisk hälsa är det
viktigt att se till människors hela livsförlopp.⁷⁶ En välfungerande
första linje-verksamhet för barns och ungas psykiska hälsa, resurs- och
kompetenssatt för tidig identifiering och evidensbaserade insatser, är
därmed centralt.

Som redogjorts för i avsnitt 2.4.3 har dock utredningen S 2019:05
ett särskilt uppdrag att utreda hur barn och unga med lättare psykisk
ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning
än vad som sker i dag, exempelvis genom att det införs en ny vård-
insats inom primärvården. Även om primärvårdens uppdrag inte är
avgränsat i ålder eller sjukdom, kommer vi därför inte här att närmare
fördjupa analyserna kring flickor och pojkar, utan sådana analyser
kommer att redovisas av S 2019:05 i det betänkande som ska lämnas
senast den 1 maj 2021.

I yrkesverksamma åldrar (25–64 år) och bland äldre (65 år och
äldre) är förekomsten av psykisk ohälsa högre bland kvinnor än män.
Det gäller både självrapporterade psykiska besvär och psykiatriska
diagnoser inom öppen- och slutenvården.⁷⁷

Viss forskning om skillnader i psykisk hälsa lyfter samtidigt att
uttryck för psykisk ohälsa är genuskodade. Detta innebär bl.a. att
mäns psykiska ohälsa i högre utsträckning tar sig uttryck genom
aggressivitet, utåtagerande beteenden och missbruk av droger och
alkohol. Detta kan bidra till underdiagnostisering av mäns psykiska
ohälsa.⁷⁸

En litteraturöversikt visar att depression får olika konsekvenser
för kvinnors respektive mäns sociala och ekonomiska levnadsvillkor
och för dödligheten hos de båda könen.⁷⁹ Studier visar även att mam-

⁷⁵ Folkhälsomyndigheten, *Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 12.

⁷⁶ Folkhälsomyndigheten, *Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 4.

⁷⁷ Folkhälsomyndigheten, *Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 1.

⁷⁸ SOU 2014:6, *Män och jämställdhet, forskningsbilaga*, s. 441.

⁷⁹ Folkhälsomyndigheten, *Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 17.

mor i kärnfamiljer⁸⁰ rapporterar en lägre förekomst av ångslan, oro och ångest än mammor i de övriga familjetyperna. Bland pappor är skillnaderna utifrån familjetyp mindre än bland mammor, men ensamstående pappor med växelvis boende barn har högre förekomst av besvär av ångslan, oro och ångest än män i andra familjetyper.⁸¹

Suicidförsöken⁸² är fler bland kvinnor än bland män. Störst könsskillnader återfinns bland personer under 20 år där 77 procent av de vårdade var flickor eller unga kvinnor.⁸³ Suicidtalet däremot är högre bland män. Under 2018 avled sammanlagt 886 män och 382 kvinnor av självmord. Suicidtalet (antal suicid per 100 000 invånare oavsett ålder) i Sverige 2018 var 15. Det högsta fanns bland män 85 år och äldre, med suicidtalet 45, vilket är nästan tre gånger högre än bland män i den yngsta åldersgruppen, 15–29 år. Suicidtalet för kvinnor var högst bland 45–64-åringar. Talet beräknas i relation till åldersgruppernas storlek i befolkningen, och skiljer sig därför från det faktiska antalet suicid.⁸⁴

2.9.2 Hbtq-personer

Det finns stora skillnader i hälsa mellan å ena sidan hbtq-personer, å andra sidan heterosexuella och cispersoner.⁸⁵ I synnerhet är den psykiska hälsan sämre bland hbtq-personer.⁸⁶ Bland icke-heterosexuella är den självrapporterade psykiska hälsan sämre än bland heterosexuella, och det gäller både unga och personer i yrkesverksamma åldrar. Förekomsten av psykiska besvär är också högre bland homo- och bisexuella personer: 34 procent jämfört med 24 procent bland

⁸⁰ Analyserna belyser föräldrars hälsa fördelat på familjetyper utifrån partnerstatus och hur barnen bor efter att föräldrarna separerat; växelvis eller heltid hos ena föräldern.

⁸¹ Folkhälsomyndigheten, *Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 14.

⁸² Statistiken utgår från hur många som får vård på sjukhus p.g.a. avsiktlig självdestruktiv handling. Statistiken omfattar både suicidförsök och skador utan suicidavsikt.

⁸³ Folkhälsomyndigheten, *Suicidförsök*, 2020.

⁸⁴ Prop. 2020/21:1, *Budgetpropositionen för 2021*, UO 9, s. 82.

⁸⁵ Person vars könsidentitet stämmer överens med hans eller hennes biologiska och juridiska kön. Begreppet rör könsidentitet och könsuttryck, inte sexuell läggning. Motsatsen till cisperson är transperson (*Källa*: Nationalencyklopedin, NE).

⁸⁶ Bl.a. rapporter från Statens folkhälsoinstitut (FHI) *Hälsa på lika villkor? – hälsa och livsvillkor bland hbt-personer* (FHI 2006:08) och *Vem får man vara i vårt samhälle? – Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa* (FHI 2008:12).

heterosexuella.⁸⁷ Transpersoner tenderar att ha ytterligare nedsatt psykiskt välbefinnande.

Att någon gång ha övervägt att ta sitt liv är dubbelt så vanligt bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Hälften av dem som identifierar sig som transpersoner har någon gång övervägt att ta sitt eget liv och cirka 20 procent har försökt att ta sitt eget liv. Det ska jämföras med genomsnittet för befolkningen där 5 procent någon gång har försökt att ta sitt eget liv.⁸⁸ En studie från Folkhälsomyndigheten om unga transpersoners erfarenhet av suicidalitet och självskada pekar på insatser som kan minska den psykiska ohälsan bland transpersoner. Bland dessa kan bl.a. noteras ett behov av mer kunskap i vården om bemötandet av transpersoner. Om vårdpersonal vet mer om sambandet mellan psykisk ohälsa och könsinkongruens kan problem identifieras och behandlas tidigare, vilket skulle hindra onödigt lidande.⁸⁹

Folkhälsomyndighetens analyser visar även att förekomsten av arbetslöshet och ekonomisk kris är större bland homo- och bisexuella än i befolkningen i stort. Detta gäller framför allt homo- och bisexuella kvinnor. Tittar man på psykosociala livsvillkor är det fler homo- och bisexuella som uppger att de saknar personligt stöd och tillit till andra, än i befolkningen i stort. Att sakna personligt stöd är vanligare bland homo- och bisexuella män än kvinnor, medan avsaknad av tillit till andra är vanligare bland kvinnorna än männen.

Tittar man inom gruppen homo- och bisexuella ser man att bland personer med lång utbildning finns en högre andel med nedsatt psykiskt välbefinnande än bland homo- och bisexuella med kort utbildning. Även mellan homo- och bisexuella födda inom respektive utanför Sverige, samt mellan kvinnor och män ser vi skillnader till nackdel för dem födda utanför Sverige, respektive för kvinnor.⁹⁰

⁸⁷ Folkhälsomyndigheten, *Ojämligheter i psykisk hälsa, Kunskapssammanställning*, 2019.

⁸⁸ Regeringen, *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck*, 2014, s. 16.

⁸⁹ Folkhälsomyndigheten, *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner*, 2020.

⁹⁰ Folkhälsomyndigheten, *Ojämligheter i psykisk hälsa. Kunskapssammanställning*, 2019, s. 69 f.

2.9.3 Personer i ekonomisk utsatthet

Det finns socioekonomiska skillnader i psykisk hälsa i alla åldersgrupper: de med högre socioekonomisk position har genomgående bättre psykisk hälsa, oavsett om vi använder inkomst eller utbildning som mått på socioekonomisk status.

Socioekonomiska skillnader i psykisk hälsa visar sig i form av en social gradient i psykiatriska diagnoser från den öppna och den slutna vården, på så sätt att de med eftergymnasial utbildning har lägst förekomst av psykiatriska diagnoser, och de med bara förgymnasial utbildning har högst.

För äldre personer (kvinnor över 65 och män över 80) syns en omvänd gradient i öppen och slutna vård, med en större andel diagnoser bland de med eftergymnasial utbildning jämfört med de som bara har förgymnasial utbildning.

Bland de socioekonomiskt utsatta grupperna finns mottagare av ekonomiskt bistånd, arbetslösa unga vuxna och ensamstående föräldrar, och de har också högre förekomst av psykiska besvär än befolkningen i stort.⁹¹

2.9.4 Äldre

Socialstyrelsens analys av data från öppna jämförelser visar att psykisk ohälsa är vanligare hos personer 65 år och äldre jämfört med personer 18 till 64 år. År 2016 hade 34 procent av alla över 65 år vårdats för psykisk sjukdom eller använt psykofarmaka. I gruppen 18–64 år var andelen hälften så stor, 17 procent. Analysen visar också att personer 65 år eller äldre med psykisk ohälsa mer sällan träffar en specialist. De äldre får oftast vård inom primärvården.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att äldre personer med psykisk ohälsa ofta har sammansatta och komplexa behov som kräver både somatiska och psykiatriska insatser. De flesta äldre med psykisk ohälsa tar dock inte kontakt med hälso- och sjukvården och får därför ingen behandling. Det är vanligt att äldre söker vård för sina fysiska besvär i stället för sina depressionsrelaterade problem.

⁹¹ Folkhälsomyndigheten, *Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 13 f.

Det framhålls även att det kan vara svårt att uppmärksamma symtom på psykisk ohälsa hos äldre patienter som ofta har flera andra sjukdomar samtidigt. Sjukdomsbilden hos äldre med depression är dessutom ofta annorlunda än hos yngre. Symtom på psykisk ohälsa är ofta mer diffusa hos äldre och det är därför större risk att en psykiatrisk diagnos förbises. Kroppsliga och kognitiva symtom är vanliga och kan vara mer framträdande än affektiva symtom. Depression hos äldre har klara beröringspunkter med kognitiv nedsättning och demens. Socialstyrelsen framhåller att det är viktigt att personal som har regelbundna kontakter med äldre personer med vårdbehov kan identifiera psykisk ohälsa hos äldre för att kunna tillförsäkra en god och säker vård och omsorg.

Ser man till suicid är det vanligare bland äldre män, även om andelen har minskat de senaste tio åren. Bland män över 65 år är det cirka 23 per 100 000 invånare som tar sitt liv, att jämföra med cirka 19 i gruppen män 20–64 år. I gruppen män 80–84 år är det cirka 34 per 100 000 invånare. Sett till statistik över vilken vård som äldre respektive yngre fått 28 dagar före suicid är det också tydligt att äldre i större utsträckning vårdats i den somatiska vården, medan de i gruppen 18–64 år i högre grad vårdats inom psykiatri.

Analysen visar också att personer 65 år eller äldre med psykisk ohälsa i högre utsträckning får antipsykotiska läkemedel och tre eller fler psykofarmaka jämfört med gruppen 18–64 år. Det framgår även att yngre och högutbildade i högre grad får psykofarmaka utskrivna av specialistvården, medan äldre och lågutbildade i högre grad får den via primärvården.⁹²

Analys av äldres hälsa från SWEOLD,⁹³ för personer 75 år och äldre, visar vidare att isolering har stor inverkan på den psykiska hälsan. Sannolikheten att få depressiva symtom och ångest är högre ju mer socialt isolerad en person är. Analyser visar också att närområdet samvarierar med äldre personers psykiska hälsa, på så sätt att psykisk ohälsa är vanligare bland personer som bor i socioekonomiskt utsatta områden än bland dem som bor i socioekonomiskt privilegierade områden.⁹⁴

⁹² Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre. Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre*, 2018.

⁹³ Återkommande riksrepresentativ undersökning av Sveriges äldre befolkning.

⁹⁴ Folkhälsomyndigheten, *Ojämligheter i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 19.

2.9.5 Personer med funktionsnedsättning

Begreppet funktionsnedsättning avser en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur.⁹⁵

Folkhälsomyndighetens rapportering kring hälsa bland personer med funktionsnedsättning utgår i hög grad från den nationella folkhälsoenkäten, vars frågor främst fångar in fysisk funktionsnedsättning.⁹⁶ Av denna data framgår bl.a. att fler personer med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som dålig jämfört med övrig befolkning. Det finns också skillnader mellan könen då det är en lägre andel kvinnor med funktionsnedsättning som skattar sin hälsa som bra i jämförelse med män med funktionsnedsättning. Personer med funktionsnedsättning uppger också att de i betydligt större utsträckning är trötta, har sömnbesvär, känner stress och har ångslan, oro och ångest jämfört med befolkningen i övrigt.⁹⁷ Andelen med funktionsnedsättning är också högre bland dem som är sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos, jämfört med befolkningen i stort.⁹⁸

Det finns samtidigt studier som visar på hög förekomst av psykisk ohälsa även bland personer med psykiska och intellektuella funktionsnedsättningar. Till exempel har internationella studier visat en punktprevalens på 27 procent för ångestsyndrom och 23 procent för depression hos vuxna med autism. Studier har också visat kraftigt förhöjd risk för suicid hos personer med autism. I en svensk registerstudie av drygt 54 000 personer med autism var risken för fullbordat suicid 8 respektive 13 gånger högre hos personer med autism (utan respektive med ADHD) jämfört med matchade kontroller.⁹⁹

I detta sammanhang vill vi återigen hänvisa till den begreppsmodell som presenterats i avsnitt 2.8.2 och understryka att psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa är två olika dimensioner, inte motsatser. Det vill säga en person kan ha en psykisk eller intellektuell

⁹⁵ Socialstyrelsen, termbanken.

⁹⁶ Folkhälsomyndigheten, *Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten*, 2020, s. 11 f.

⁹⁷ Folkhälsomyndigheten, *Hälsan hos personer med funktionsnedsättning*, 2020.

⁹⁸ Folkhälsomyndigheten, *Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019, s. 15.

⁹⁹ Hirvikoski T, Boman M, *Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: a population-based study*, Psychol Med 2019 Jun 26:1-12, 2019.

funktionsnedsättning, men ändå uppleva psykiskt välbefinnande. Från personer med funktionsnedsättningar och deras anhöriga rapporteras dock att den psykiska hälsan ofta glöms bort, att allt fokus från vård och omsorg blir på det fysiska och det kognitiva. Att vården enbart ser den diagnos eller funktionsnedsättning man har i grunden och inte det man söker vård för vid ett enskilt tillfälle.¹⁰⁰

2.9.6 Personer med riskbruk

Missbruk och beroendesjukdomar faller in under psykiatriska diagnoser. Rent begreppsmässigt har man inom hälso- och sjukvården dock rört sig bort från begreppet ”missbruk” till begreppet ”skadligt bruk”, vilket numer används inom diagnossystemen. ”Missbruk” finns dock kvar som juridisk term i t.ex. SoL. Termen ”riskbruk” är ingen medicinsk diagnos, utan beskriver ett beteende med förhöjd risk för skadliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser.¹⁰¹

Det är sedan länge välkänt att personer med beroendesjukdomar har en förhöjd risk för olika former av annan psykisk ohälsa. Omvänt så har personer med psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser en ökad risk för beroende.¹⁰² År 2018 vårdades 52 000 personer, tio år eller äldre, inom specialiserad öppen eller slutna vård p.g.a. avsiktligt intag av beroendeframkallande substanser. Detta motsvarar 0,6 procent av befolkningen. Andelen personer som vårdas för intag av beroendeframkallande substanser har ökat omkring 20 procent den senaste tioårsperioden.¹⁰³ Dessa siffror grundar sig på information från Socialstyrelsens patientregister. Eftersom det inte finns uppgifter från primärvården i patientregistret är det svårt att få en uppfattning om storlek och karaktär på gruppen som enbart diagnostiserades och behandlades inom primärvården. Bedömningen är dock att enbart en liten del av alla med problem får behandling, och att många avstår från att söka hjälp p.g.a. bl.a. stigma.¹⁰⁴

¹⁰⁰ Inspel från utredningens referensgrupp med patienter och brukare; Myndigheten för Delaktighet, *Rivkraft 18 – hälsa, kost och fysisk aktivitet*, 2017.

¹⁰¹ Region Stockholm, *Vad är riskbruk och beroende?*; Region Skåne, *Riskbruk, missbruk eller beroende*, 2015.

¹⁰² Socialstyrelsen, *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*, 2019, s. 12.

¹⁰³ Socialstyrelsen, *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*, 2019, s. 37.

¹⁰⁴ Forskning och framsteg, *Få söker vård för hög alkoholkonsumtion*, 2020.

Givet att såväl specialiserad (psykiatrisk) vård som socialtjänst¹⁰⁵ utgör avgränsningar för utredningens uppdrag, ingår personer med omfattande missbruksproblematik inte i den målgrupp som står i fokus för vår utrednings arbete. Personer med riskbruk är dock en grupp som nämns i våra direktiv, och som ofta söker och kan få bedömning och hjälp på primärvårdsnivå.

Det finns i dag beforskade metoder och en del verksamheter på primärvårdsnivå, som riktar sig till personer som upplever sig ha problem med t.ex. bruk av alkohol men inte identifierar sig som beroende, såväl som en del metoder för behandling av skadligt bruk och beroende som lämpat sig för primärvårdskontexten.

Utifrån utredningens dialoger förefaller det dock som att det är mycket olika i vilken grad primärvården har ett strukturerat arbete med t.ex. riskbruk av alkohol, där det finns kompetens att fråga och bemöta dessa personer, eller om personer med den problematiken snarare hänvisas direkt till socialtjänstens missbruks- och beroendevård.

2.9.7 Personer som vårdar eller stödjer en närstående

Närmare en femtedel av den vuxna befolkningen ger omsorg till närstående. De personer som ger omfattande omsorg drabbas av konsekvenser vad gäller såväl hälsa som förvärvsarbete och livskvalitet och är därmed en utsatt grupp.¹⁰⁶ Detta är också reflekterat i lagstiftningen. År 1998 skrevs det in i SoL att kommunen bör stödja anhöriga.¹⁰⁷ År 2009 blev ansvaret att erbjuda stöd till anhöriga obligatoriskt. Sedan dess är lydelsen att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder.¹⁰⁸ Med stöd till anhöriga avses olika insatser som

¹⁰⁵ Kommunerna har i enlighet med SoL ansvar för missbruks- och beroendevård inklusive sociala stödinsatser.

¹⁰⁶ Socialstyrelsen, *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*, 2014.

¹⁰⁷ Kort om begreppen: I 5 kap. 10 § SoL benämns personer som ger insatser till närstående anhörig eller annan person. Annan person är någon utanför familjekretsen exempelvis en vän eller granne. Ibland används begreppet närstående om de anhöriga, framför allt inom hälso- och sjukvården. I detta betänkande används begreppen anhörig och närstående synonymt.

¹⁰⁸ 5 kap. 10 § SoL.

primärt syftar till att fysiskt, psykiskt och socialt underlätta de anhörigas situation.¹⁰⁹

Studier från Socialstyrelsen visar att relationen mellan den som ger och den som tar emot omsorg har betydelse för hur givaren upplever situationen. De som ger omsorg till ett barn tycks påverkas i högre grad när det gäller förvärvsarbete, ekonomi och livskvalitet, medan den som ger omsorg till en make, maka eller partner tycks påverkas i högre grad vad gäller hälsa. Anhöriga i åldrarna 30–44 år som ger omsorg till en närstående tycks påverkas mer än andra åldersgrupper vad gäller fysisk och psykisk hälsa, ekonomi och möjligheter till förvärvsarbete.¹¹⁰

Omkring två tredjedelar, eller 63 procent, av alla omsorgsgivare rapporterar att de alltid, nästan alltid, ofta eller ibland känner psykisk påfrestning. Den psykiska påfrestningen är högre ju mer omsorg man ger och bland de som ger omsorg en timme eller mer per vecka är det något vanligare att kvinnor känner psykisk påfrestning än att män gör det. Den psykiska påfrestningen är störst bland omsorgsgivare i åldersgruppen 30–44 år där 74 procent i någon utsträckning känner att omsorgsåtagandet är psykiskt påfrestande.¹¹¹

Anhöriga till personer med psykisk ohälsa

NSPH är en samarbetsorganisation för 13 patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. År 2015 gjorde man en enkätundersökning om anhörigas situation. Totalt 1 393 personer besvarade enkäten. Av dessa uppgav 62 procent att de var mammor. Näst vanligast, 13 procent, var att man svarat på enkäten i egenskap av partner, medan syskon stod för 7 procent av svaren. Andelen pappor som svarade var enbart 6 procent. Det vanligaste var att man var anhörig till någon med en neuropsykiatrisk diagnos (70 procent). Därefter kom depression/ångest (29 procent), bipolär (13 procent) och psykosjukdom (11 procent).

¹⁰⁹ Prop. 2008/09:82, *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*, s. 5.

¹¹⁰ Socialstyrelsen, *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*, 2014, s. 7.

¹¹¹ Socialstyrelsen, *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*, 2014, s. 23.

74 procent svarade att de behövde stöd för egen del p.g.a. sin situation som anhörig. De flesta hade dock inte fått information om vad kommun eller region erbjöd för slags anhörigstöd. Endast 6 procent ansåg att de hade fått mycket bra information om detta och 37 procent svarade att de fått en del information. Flera lyfte även att det stöd kommunerna erbjöd främst var riktat till äldre. Det bör ses i ljuset av uppgiften från Socialstyrelsens kartläggning att den psykiska påfrestningen är störst bland omsorgsgivare i åldersgruppen 30–44 år.

I detta sammanhang kan också noteras att vid Socialstyrelsens utvärdering av de nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom framkom att det i stor utsträckning saknades rutiner för att stödja såväl närstående till barn och unga som till vuxna. Inom primärvården uppgav var femte mottagning att de har en rutin för hur de skulle stödja vuxna närstående till personer med depression eller ångestsyndrom. Oftast var rutinerna enbart muntliga. Det var något vanligare att det fanns rutiner för hur mottagningarna skulle stödja minderåriga barn, 30 procent av mottagningarna hade sådana rutiner, men återigen var de flesta muntliga. Många mottagningar var medvetna om bristen på rutiner och framhöll att stöd till närstående var ett område där de skulle kunna bli bättre.¹¹²

Vidare var det tydligt av NSPH:s enkät att arbetet påverkades av att vara anhörig. Av de som förvärvsarbetade svarade samtliga att de gått ner i arbetstid, bytt tjänst eller behövt gå ifrån arbetet för att stödja i kontakt med vård och myndigheter eller vid en krissituation. Nästan hälften, 48 procent, hade varit sjukskrivna.¹¹³

2.9.8 Asylsökande och nyanlända

Asylsökande och andra nyanlända med eller utan uppehållstillstånd som lider av psykisk sjukdom får inte alltid den vård och omsorg som de har rätt till enligt lagstiftningen.¹¹⁴ De kan ha kontakt med primärvården och sociala myndigheter, men utan att deras psykiska vårdbehov uppmärksammas. Därmed ökar risken för att en psykisk

¹¹² Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019, s. 90 ff.

¹¹³ NSPH, *Vem hjälper dem som hjälper?*, 2015.

¹¹⁴ Rätten till hälso- och sjukvård för asylsökande och personer som vistas i Sverige utan tillstånd styrs av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och av lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan tillstånd.

sjukdom inte upptäcks eller kan behandlas i tid, vilket kan skapa onödigt lidande och utveckling av en kronisk störning som blir handikappande.¹¹⁵

Mellan 20 och 30 procent av asylsökande och flyktingar som kommer till Sverige beräknas lida av psykisk ohälsa. Många med psykisk ohälsa har kontakt med primärvården och färre med specialistpsykiatri. I flera kulturer är det vanligt med stigmatisering av personer med psykiska sjukdomar och många nyanlända migranter undviker därför kontakt med specialistvården. Inom primärvården kan finnas en rädsla för att fråga efter eller på annat sätt upptäcka psykisk ohälsa.¹¹⁶

Asylsökande kan ha ett ackumulerat vårdbehov och det gäller särskilt de som har traumatiska erfarenheter bakom sig. De kan uppleva höggradig stress och känna sig isolerade i det nya landet p.g.a. språksvårigheter, kulturskillnader samt asylprocessen. Asyltiden, som ibland kan vara flerårig, kan försämra individens fysiska och psykiska hälsa, samt påverka familjesituationen och barnens hälsa.

Asylsökande befinner sig ofta i högst onormala, otrygga situationer utan ett socialt nätverk och med begränsade språkkunskaper som ger upphov till missförstånd och missnöje. De kan också vara utsatta för kulturkrockar, diskriminering och andra påfrestningar. Detta gör att deras psykiska sjukdomar ofta blir komplexa, med många negativa faktorer. Risken för kroniska och behandlingsresistenta symtom och sjukdomar kan därför vara större jämfört med andra patientgrupper, även vid lätta eller måttliga symtom, något som initialt ofta förbises av behandlare.¹¹⁷ För asylsökande och papperslösa gäller särskild lagstiftning i fråga om vilken hälso- och sjukvård som regioner är skyldiga att tillhandahålla.¹¹⁸ Detta försvårar möjligheten att få stöd för den psykiska ohälsan.

I samband med flyktingsituationen 2015 kom ett stort antal ensamkommande barn till Sverige. Sedan dess har flera fyllt 18 år och därmed juridiskt sett blivit vuxna. I samband med detta upphör flera av de stöd och strukturer man kan ha omkring sig som barn. Det gör att en redan utsatt situation, som är påfrestande för den psykiska hälsan,

¹¹⁵ Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*, 2015, s. 7.

¹¹⁶ Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*, 2015, s. 7.

¹¹⁷ Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*, 2015, s. 8.

¹¹⁸ Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. samt lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlämningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

för många blir än mer utmanande. Röda Korset anger att många ensamkommande ungdomar har uttryckt problem med att få information om psykisk hälsa på ett anpassat sätt. Överlag har man bristande information om hälsan och kroppen och specifikt känner man inte till kopplingen mellan fysisk och psykisk hälsa, t.ex. att magont och huvudvärk kan bero på oro, sömnlöshet etc. Här är möten med vården viktiga och – utan att negligera om det finns somatiska förklaringar – behöver man tydliggöra att somatiska besvär ibland kan bero på psykosociala orsaker.¹¹⁹

¹¹⁹ Röda Korsets svar på utredningens dialogfrågor.

3 Förutsättningar för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

Detta kapitel beskriver sammantaget olika aspekter av primärvårdens förutsättningar för arbetet med psykisk ohälsa, och hur det ser ut i nuläget. Inledningsvis redogörs för den bredd av aktörer på olika nivåer som är involverade i den psykiska ohälsan och för det ansvar, utifrån roll och uppdrag, som respektive aktör har i omhändertagandet. Efter en kort tillbakablick på såväl statens som föreningslivets roll i detta arbete belyser vi sedan för området relevanta kunskapsunderlag. Därefter redovisar vi utredningens kartläggning av hur huvudmännen själva formulerar uppdraget gällande psykisk ohälsa i primärvården. Vi belyser vilka möjligheter det i dag finns att, på ett systematiskt sätt, följa upp primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Detta följs av en beskrivning av olika distanstjänster, inklusive 1177 Vårdguiden, innan vi går vidare till att beskriva olika kompetenser och utbildningsinsatser kopplade till primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Slutligen redogörs kort för påverkan på sjukfrånvaro av psykisk ohälsa.

3.1 Ansvarförhållanden

3.1.1 Staten

Staten har möjlighet att påverka huvudmännens bedrivande av hälso- och sjukvården genom olika former av styrning.¹ Genom *normgivning*, dvs. reglering, skapar staten bindande föreskrifter som ut-

¹ Statens möjligheter till styrning har beskrivits i SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa*. I detta avsnitt återges delar av vad som där har beskrivits.

formningen av hälso- och sjukvården behöver anpassas efter; av riksdagen genom lag, av regeringen genom förordning och av statlig myndighet, efter bemyndigande, genom föreskrift. Allmänna råd, rekommendationer, riktlinjer m.m. som tagits fram av statliga myndigheter utgör också en sorts statlig styrning, även om de inte är bindande till sitt innehåll. Regleringen på området psykisk ohälsa är omfattande och består av ett stort antal författningar, dels på hälso- och sjukvårdens område, dels på t.ex. socialtjänstens och socialförskringens område.

Staten har också möjlighet att styra hälso- och sjukvårdens verksamheter genom olika former av *ekonomiska bidrag*, bl.a. genom generella och riktade statsbidrag. En stor del av de riktade statsbidragen på hälso- och sjukvårdens område lämnas till regioner och kommuner genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

En annan form av styrning består i framtagande av *strategier och handlingsplaner* av olika slag. Dessa har i sig ingen formell status, men kan få det genom att beslutas av riksdagen i t.ex. en proposition. Tidigare och kommande nationella strategier inom området psykisk hälsa och suicidprevention utgör exempel. *Nationella samordnare* är en form, där den senaste nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa utgör ett exempel.

Kunskapsstyrningen är förordningsstyrd genom förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Styrning med kunskap sker genom icke bindande kunskapsstöd och föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. *Rådet för styrning med kunskap* styrs av nämnda förordning och behandlar strategiskt viktiga frågor som bidrar till att rätt kunskap når fram till huvudmän samt profession inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.²

² I rådet ingår nio myndigheter och Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande. Myndigheterna som ingår är E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård- och omsorg, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Instruktioner för myndigheternas uppgifter, inriktning, mål och ekonomiska ramar finns angivna i förordningar för respektive myndighet.³ Dessa instruktioner styr, tillsammans med de årliga regleringsbrev för respektive myndighet, myndigheternas arbete.

Också genom *regeringsuppdrag till myndigheter* har staten möjlighet att påverka arbetet med den psykiska ohälsan. Sådana uppdrag lämnas inom området psykisk ohälsa bl.a. till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Uppdrag av särskild relevans för denna utredning beskrivs i avsnitt 2.4.2.

3.1.2 Regioner och kommuner

Huvudsakligt ansvariga för tillhandahållande av hälso- och sjukvård

Regionerna och kommunerna är som huvudmän de huvudsakligt ansvariga för tillhandahållandet av hälso- och sjukvård. Det följer av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), som anger ramarna för hälso- och sjukvårdens bedrivande. Med hälso- och sjukvård avses bl.a. åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.⁴ Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Att vården som regioner och kommuner ansvarar för ska vara god, innebär att den ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och vara lätt tillgänglig. I hälso- och sjukvård inkluderas vård för både fysisk och psykisk ohälsa. Likaså avses med god hälsa en fysiskt och psykiskt god hälsa.

En del av den hälso- och sjukvård som regionen bedriver med stöd av HSL, samt all hälso- och sjukvård som kommunen bedriver med stöd av samma lag, faller inom ramen för definitionen av primärvård. Med primärvård avses, fr.o.m. den 1 juli 2021 då en ny definition träder i kraft, hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patient-

³ Se t.ex. förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten, förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen och förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

⁴ 2 kap. 1 § HSL.

grupper. Primärvården ska enligt den nya lydelsen svara för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.⁵ Primärvården kännetecknas således av sin generalistkompetens och sitt breda uppdrag. Likt hälso- och sjukvård i övrigt görs ingen åtskillnad på om behovet av vård är av fysiskt eller psykiskt slag.

Det finns en i grundlag reglerad självständig och inom vissa ramar fri bestämmanderätt för regioner och kommuner för hälso- och sjukvårdens bedrivande genom den kommunala självstyrelsen. I regeringsformen uttrycks att kommuner, på den kommunala självstyrelsens grund, sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse.⁶ Här avses kommuner på både lokal och regional nivå, dvs. även regioner. Den kommunala självstyrelsen ställs ofta mot intresset av en nationell enhetlig reglering. En inskränkning i självstyrelsen bör dock inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett inskränkningen.⁷ Vid en bedömning av om en inskränkning är nödvändig ska det göras en proportionalitetsbedömning. Mindre ingripande åtgärder ska alltid övervägas.

Den fria bestämmanderätten för regioner och kommuner begränsas av kommunallagens (2017:725) övergripande bestämmelser om att de endast får ha hand om frågor som faller inom deras befogenhet. Regioner och kommuner får själva ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller regionens område eller deras medlemmar. De får inte ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om.⁸

Ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården

Fån och med den 1 juli 2021 finns det ett i författning angivet grunduppdrag för den primärvård som regioner och kommuner bedriver. Den nya bestämmelsen 13 a kap. 1 § HSL kommer reglera detta

⁵ För den tidigare lydelsen samt motivering till ändringen av definitionen, se prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

⁶ 14 kap. 2 § regeringsformen (RF).

⁷ 14 kap. 3 § RF.

⁸ 2 kap. 1 och 2 §§ kommunallagen.

uppdrag, vilket utgör ett slags miniminivå för vad primärvård ska tillhandahålla i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster. Bakgrunden till grunduppdraget samt dess innehåll hanteras närmare i avsnitt 5.1, där vi också föreslår att det ska göras ett tillägg till grunduppdragets formulering. Grunduppdraget gäller primärvård som region eller kommun är ansvarig att erbjuda med stöd av HSL. Det gäller således inte hälso- och sjukvård som bedrivs med stöd av annan lagstiftning, oberoende av om vården skulle kunna betraktas som primärvård.

Särskilt om samverkan

I detta betänkande lyfter vi liksom tidigare vikten av god samverkan inom hälso- och sjukvården och mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer i samhället. Mot bakgrund av att utredningens bedömningar, redogjorda för i kap. 6, inkluderar frågan om samverkan, finns anledning att särskilt lyfta regleringen i fråga.

Ansvar för huvudmän

I 16 kap. i HSL regleras samverkan mellan huvudmännen. Här anges bl.a. att regionen, eftersom kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård inte omfattar läkare, ska avsätta de läkarresurser som kommunerna behöver för sitt bedrivande av hälso- och sjukvård i särskilda boenden och dagverksamheter. Detsamma gäller, i de fall en kommun ansvarar för vården, i hemsjukvård. Här anges också att regionen tillsammans med kommunen ska upprätta en individuell plan när den enskilde behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Vad gäller samverkan med andra än annan huvudman ska regionen och kommunen planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, respektive befolkningens behov av sådan vård.⁹ Vid planeringen ska regionen och kommunen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Planeringsansvaret omfattar alltså inte bara den egna hälso- och sjukvården utan också den som erbjuds av andra vårdgivare. I förarbetena uttrycks att region och kommun vid planeringen av den egna verksamheten ska

⁹ 7 kap. 2 § och 11 kap. 2 § HSL.

ta hänsyn till det utbud av hälso- och sjukvård som andra vårdgivare svarar för och exemplifierar det med privata vårdinrättningar, privatpraktiserande läkare, skolhälsovård och företagshälsovård.¹⁰ Det framhålls också, när planeringsansvaret diskuteras, att samverkan ska ske med dessa nämnda aktörer.

HSL anger vidare att regioner och kommuner i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.¹¹ Med samhällsorgan avses främst kommuner och statliga myndigheter och organisationer exemplifieras i förarbetena med arbetsmarknadens organisationer samt handikapp-, äldre- och patientföreningar. Genom bestämmelsens utformning är det huvudmännens som formellt sett åläggs samverka. Ordet samverkan avser dock att markera att samarbetet ska vara ett ömsesidigt givande och tagande.¹²

När målen för hälso- och sjukvården diskuterades inför en reglering av desamma i lagstiftning, uttalade regeringen att det, för att en så god hälsa som möjligt hos befolkningen ska kunna åstadkommas, måste förutsättas insatser av många andra samhällsorgan som kan medverka till ett bättre hälsotillstånd hos befolkningen och att hälso- och sjukvården i samverkan med dessa andra samhällsorgan bör främja människors hälsa. Vidare att målen för hälso- och sjukvården bör ligga till grund för den samverkan som erfordras mellan olika vårdgivare, bl.a. statliga och kommunala vårdgivare samt fristående organisationer och enskilda, för att intentionerna i lagstiftningen ska kunna förverkligas.¹³

Inför att hälsovård kom att bli en del av hälso- och sjukvården och vikten av förebyggande insatser diskuterades uttalade regeringen, avseende samverkan med organisationer, följande:

Ansvar för att förebygga ohälsa är dock inte en uppgift enbart för hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Även andra myndigheter och organisationer har ett ansvar härför. [...] I detta sammanhang vill jag peka på de frivilliga organisationernas betydelse när det gäller t.ex. hälsoupplysning. Jag anser de frivilliga organisationernas arbete inom den förebyggande verksamheten vara av utomordentligt stort värde.

¹⁰ Prop. 1981/82:97, om hälso- och sjukvårdslag, m.m., s. 122 f.

¹¹ 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL.

¹² Prop. 1981/82:97, om hälso- och sjukvårdslag, m.m., s. 124.

¹³ Prop. 1981/82:97, om hälso- och sjukvårdslag, m.m., s. 27.

Vidare anförde regeringen, när primärvårdens roll diskuterades, följande:

Det är sålunda viktigt att primärvården samarbetar med olika samhällsorgan samt med frivilliga organisationer och enskilda för att främja befolkningens hälsa i vidsträckt bemärkelse.

När grundläggande frågor såsom hälso- och sjukvårdens roll i välfärdsstaten och de etiska principer som styr prioriteringarna inom hälso- och sjukvården diskuterades och fastslogs på 90-talet, resonerade regeringen, angående avgränsningen av hälso- och sjukvårdens ansvar, på följande sätt:

Det är angeläget att hälso- och sjukvården är lättillgänglig för den enskilda människan som inte känner sig frisk eller befarar sjukdom. Det är dock inte ovanligt att sjukvården blir en yttersta hjälpstation för människor som lider av problem som varken kan eller bör lösas med medicinsk vård eller behandling. Hälso- och sjukvårdens ansvar bör så långt möjligt avgränsas till sådana åtgärder som kräver hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens. Detta innebär inte någon strikt avgränsning av hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. [...] I hälso- och sjukvårdens ansvar bör [...] ingå att se till att den som söker hälso- och sjukvårdens tjänster men som i realiteten bör få annat stöd, blir hänvisad till det eller de organ som har kompetens och resurser för uppgiften. Samarbetet måste därför utvecklas, i synnerhet mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och försäkringskassa, så att de hjälpsökande snabbt kan få den rätta hjälpen.¹⁴

Regeringen berör alltså vikten av att hälso- och sjukvården, i de fall den enskilde varken bör eller kan få hjälp genom hälso- och sjukvårdens tjänster, men ändå har sökt sig till vården med en viss problematik, hänvisar till annan aktör som är bättre lämpad att omhänderta problematiken.

I sammanhanget kan också påminnas om hälso- och sjukvårdens roll för att förebygga ohälsa. När hälso- och sjukvården kom att inkludera just hälsovård och förebyggande insatser resonerade regeringen kring behovet av upplysning och information från hälso- och sjukvården. Sådan upplysning och information torde bl.a. kunna bestå i information om de möjligheter till omhändertagande som andra aktörer, t.ex. föreningslivet, kan erbjuda i de fall en viss problematik inte kan eller ska omhändertas inom hälso- och sjukvården.

¹⁴ Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, s. 10.

Ansvar för huvudmän och vårdgivare

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls.¹⁵ Det anges i HSL:s kap. 5, vilket innehåller bestämmelser för all hälso- och sjukvård, inte bara för sådan som region eller kommun bedriver med stöd av HSL. Kravet på god vård gäller således alla vårdgivare. God vård innebär bl.a. att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Detta behov är utvecklat i patientlagen (2014:821) (PL) som, avseende patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, anger att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.¹⁶ Alla vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård i HSL:s mening har således ett samordningsansvar. Här avses samordning med andra delar av hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag rörande samverkan i huvudbetänkandet

I vårt förra betänkande utgjorde samverkan fokus för en stor del av våra resonemang och analyser. Vi lämnade flera förslag som syftade till stärkt samverkan på olika nivåer och hänvisar till det betänkandet för en utförligare beskrivning av förslagen.¹⁷ Ett av dessa bestod i att bestämmelserna i HSL som anger att regioner och kommuner i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare, ska ändras så att det uttryckligen anges i lagtexten att kommuner respektive regioner utgör en samverkanspart. Ett annat förslag bestod i införande av en ny bestämmelse i HSL om att regioner och kommuner för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå ska upprätta en övergripande gemensam plan. Vidare föreslog vi att det i HSL ska anges att det, där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet, ska finnas de förutsättningar för samverkan som behövs för att god vård ska kunna ges. Vi lämnade även förslag om förstärkt lagstiftning runt den individuella planen (i vardagligt tal ofta kallad SIP). Bland annat föreslog vi att målet med insatserna samt vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs ska framgå av den individuella planen. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

¹⁵ 5 kap. 1 § HSL.

¹⁶ 6 kap. 1 § PL som gäller alla vårdgivare, 1 kap. 2 § PL e contrario.

¹⁷ SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 159 ff.

Regioner

Ramar för verksamhetsform och organisering

Regionerna har det övergripande ansvaret att tillhandahålla en god hälso- och sjukvård åt befolkningen. I fråga om verksamhet och form är regionernas ansvar inte preciserat i HSL, utan hälso- och sjukvårdens verksamhetsbedrivande och organisering är en fråga för respektive region. Undantag från utrymmet till organisering efter regionala önskemål består i det obligatoriska inrättandet av valfrihetssystem för primärvården. Sedan 2010 är det obligatoriskt för regionerna att organisera primärvården så att alla som omfattas av deras ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster, dvs. att inrätta valfrihetssystem. Regionerna ska i förfrågningsunderlag, på ett sätt så att alla potentiella utförare behandlas lika, formulera villkor för och krav på primärvårdsverksamheten och som huvudregel anta alla leverantörer som uppfyller de ställda kraven. Vidare finns det krav på sjukhus för den slutna hälso- och sjukvård som regionerna bedriver med stöd av HSL. Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) anger också att psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska ges på regionala sjukvårdsinrättningar.¹⁸

Eftersom HSL inte anger något om verksamhetsform för den regionala hälso- och sjukvården har regionerna stort utrymme att organisera den utifrån egna regionala önskemål och behov. Den inkluderar i praktiken många gånger vård- eller hälsocentraler, mödra- och barnhälsovård, ungdomsmottagningar m.m. Vad gäller ungdomsmottagningarnas verksamhet riktar den sig till ungdomar i åldern omkring 12–25 år, dvs. i övergången mellan barn och vuxen. Ungdomsmottagningarna avser att förmedla kunskap, ge information, stöd och behandling i frågor som rör ungas fysiska, psykiska och sexuella hälsa. I verksamheten finns t.ex. barnmorska och kurator, ibland också läkare, gynekolog eller psykolog. Ungdomar under 18 år har möjlighet att vända sig till en mottagning utan vårdnadshavares kännedom.

¹⁸ 15 § LPT och 6 § LRV.

Vårdgarantin i primärvården

Utformningen av regionernas hälso- och sjukvård styrs också av den lagstadgade vårdgarantin, där två delar gäller primärvården. Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 § HSL. För primärvården ska den garantin innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får:

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården,
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt.¹⁹

Vårdgarantin gäller oavsett sökorsak, t.ex. oberoende av om kontakten med primärvården tas p.g.a. psykiska eller fysiska behov. Sedan den 1 januari 2019 omfattar vårdgarantin i primärvården samtliga legitimerade yrkesgrupper. Det är patientens behov som ska styra vilken yrkesgrupp hen får träffa. Om patienten vid den första kontakten t.ex. bedöms ha behov av att träffa en psykolog, ska hen få göra det inom tre dagar.

Ansvar att erbjuda koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter

Mot bakgrund av att en mycket stor andel av sjukfrånvaron beror på psykisk ohälsa, kan i sammanhanget uppmärksammas den lagstiftning om s.k. rehabiliteringskoordinatorer som trädde i kraft den 1 januari 2020. Lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter ger regionerna skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter i syfte att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Några i lag reglerade kompetenskrav, såsom krav på viss utbildning, finns inte för rehabiliteringskoordinatorerna. Deras insatser är inte hälso- och sjukvård i HSL:s mening då de inte omfattar medicinsk behandling eller medicinska

¹⁹ 2 kap. 3 § PL, 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § *hälso- och sjukvårdsförordningen* (2017:80).

utredningar eller bedömningar och det inte krävs medicinsk utbildning för att utföra dem. Däremot är insatserna att betrakta som hälso- och sjukvård i patientskadelagens (1996:799) och patientsäkerhetslagens (2010:659) (PSL) mening. Det innebär bl.a. att rehabiliteringskoordinatören är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal enligt PSL.²⁰

Lagen stipulerar ett krav på erbjudande av koordineringsinsatser, inte specifikt på rehabiliteringskoordinatorer. Rehabiliteringskoordinator har dock blivit det etablerade uttrycket för dessa koordineringsinsatser, men också andra titlar används, t.ex. sjukskrivningscoach. Genom att använda begreppet koordineringsinsatser i lagtexten var avsikten att tydliggöra att det inte är fråga om en viss obligatorisk organisationsform utan just om vissa åtgärder.

Koordineringsinsatserna som ska erbjudas är inte aktuella enbart vid psykisk ohälsa, utan kan aktualiseras generellt vid ohälsa, så länge den gör patienten arbetsoförmögen. De ska ges efter behov och ska bara inriktas på de behov som ska tillgodoses av regionen inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och inte avse insatser som andra aktörer ansvarar för. Insatserna består av tre delar: personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer.

Kommuner

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård är till skillnad från den regionala hälso- och sjukvården preciserat i HSL i fråga om verksamheter. Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård omfattar människor som efter beviljat biståndsbeslut bor i de festa former av särskilt boende eller vistas i dagverksamhet. Kommunens ansvar kan också, efter avtal härom med regionen i fråga, omfatta hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som benämns trygghetsboende. Med trygghetsboende avses en särskild boendeform för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering. I alla regioner utom en har kommunerna genom avtal tagit över ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende.

²⁰ Se regeringens resonemang kring detta i lagrådsremissen *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, s. 52 ff.

Kommunens möjlighet att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet med stöd av HSL är begränsad till de ovan angivna verksamheterna. Ramarna för kommunens befogenheter i detta avseende finns i kommunallagen, av vilken följer att regioner och kommuner bara får ta hand om angelägenheter som faller inom deras ansvarsområde. Det måste således finns stöd i lag, eller genom annan ordning ett ansvar för hälso- och sjukvård i en viss verksamhet. Med stöd av HSL bedriver kommunen hälso- och sjukvård inom de tre angivna verksamhetsformerna. I annan lagstiftning finns stöd för annan kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Som exempel kan nämnas elevhälsa i kommunalt bedriven skola, som kommunen kan bedriva med stöd av skollagen (2010:800) där ansvaret att erbjuda elevhälsa regleras.

Kommunerna kom att bli ansvariga för ovan nämnda delar av hälso- och sjukvården i och med den s.k. ädelreformen. I enlighet med förarbetena till nämnda reform är den hälso- och sjukvård som kommunerna sedan dess ansvarar för att erbjuda insatser på primärvårdsnivå.

Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar inte hälso- och sjukvård som ges av läkare.²¹ Det omfattar däremot övriga yrkesgrupper. När huvudmannskapet för delar av hälso- och sjukvården i och med ädelreformen flyttades över till kommunerna, fördes ett resonemang kring varför läkarinsatser fortfarande skulle vara en fråga för regionerna:

Enligt min mening är det angeläget att undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster samt övrig biträdespersonal integreras i den kommunala organisationen. Det är dessa personalgrupper som, vid sidan av de personalkategorier som kommunen har i sin organisation idag, gör de mest omfattande insatserna i de särskilda boendeformerna/bostäderna. Det är samtidigt viktigt att insatserna från läkare görs tillgängliga och dimensioneras så att människor som bor i de särskilda boendeformerna/bostäderna kan få den läkarhjälp som de behöver. Även om läkarmedverkan har stor betydelse i vårdarbetet så är dessa insatser tidsmässigt i allmänhet en liten del av det samlade service- och vårdarbetet. Med utgångspunkt i de motiv som ligger till grund för denna reform ser jag inte skäl att ge kommunerna ett ansvar för sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.²²

²¹ 12 kap. 3 § HSL.

²² Prop. 1990/91:14, om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. s. 58 f.

I resonemanget om vilka yrkeskategorier respektive huvudman skulle ansvara för, omnämns inte psykologer. De omnämns inte som en yrkeskategori som regionen fortsatt borde ha ansvar för, men inte heller som en yrkeskategori som bör inkluderas i kommunens ansvar för hälso- och sjukvård. Med tillämpning av det resonemang som fördes avseende läkare är det möjligt att psykologer, för det fall de funnits med i resonemangen, skulle ansetts vara ett fortsatt ansvar enbart för regionerna. Den i lag angivna begränsningen för den kommunala hälso- och sjukvården i fråga om yrkesgrupper kom dock bara att omfatta läkare. Motsatsvis följer att det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar hälso- och sjukvård som ges av övriga yrkesgrupper, inklusive t.ex. psykologer. Det betyder inte att HSL anger att det är obligatoriskt med psykologer i kommunens hälso- och sjukvård. Däremot att kommunens hälso- och sjukvård får omfatta psykologer. I valet av professionssammansättning har såväl regioner som kommuner att förhålla sig till vad som anges i HSL om att överallt där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.²³

3.1.3 Arbetsgivare

Arbetsgivares ansvar för arbetstagares arbetsmiljö regleras i arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML), vars ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö.²⁴ En arbetsgivare ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att en arbetstagare utsätts för ohälsa eller olycksfall.²⁵ Det inkluderar psykisk ohälsa.²⁶ I Arbetsmiljöverkets föreskrifter uttrycks, i kommentar till nämnda bestämmelse, att ohälsa kan vara både sjukdomar enligt medicinska, objektiva kriterier och kroppsliga och psykiska funktionsstörningar av olika slag som inte är sjukdom i objektiv mening, samt att ett exempel på det senare är olika former av stressreaktioner.²⁷

²³ 5 kap. 2 § HSL.

²⁴ 1 kap. 1 § AML.

²⁵ 3 kap. 2 § AML.

²⁶ Myndigheten för arbetsmiljökunskap har gett ut riktlinjer vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen.

²⁷ Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.

Tillgång till företagshälsovård

Ett i arbetsmiljölagen reglerat ansvar

Arbetsgivarens ansvar att upprätthålla en god arbetsmiljö konkretiseras bl.a. genom skyldigheten att tillse att företagshälsovård finns att tillgå för arbetstagare. I 3 kap. 2 c § AML anges att arbetsgivaren ska svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Enligt bestämmelsens andra stycke avses med företagshälsovård en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Vidare att företagshälsovården särskilt ska arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.

Arbetsgivares skyldighet att anordna företagshälsovård infördes i AML 1986. Innan dess förekom inte företagshälsovård som begrepp i lagstiftningen. Någon definition av vad som utgör företagshälsovård fördes inte in 1986, utan en sådan kom till uttryck i lagen först 2000 genom nuvarande bestämmelse. Avsikten med att införa en definition var att förtydliga arbetsgivarens ansvar i fråga om tillhandahållande av företagshälsovård och att renodla företagshälsovårdens uppgifter.

Av bestämmelsens utformning framgår att det inte finns något absolut krav på tillgång till företagshälsovård. Behovet beror i stället på arbetsförhållandena och endast om dessa kräver företagshälsovård aktualiseras arbetsgivarens ansvar. Det finns inte heller några skyldigheter för arbetsgivaren att, när arbetsförhållandena kräver företagshälsovård, anlita en extern sådan. En arbetsgivare kan i stället ordna företagshälsovård inom den egna organisationen som en självständig verksamhet. Att expertresursen ska vara oberoende utgör inget hinder mot detta. Föreskrifter från Arbetsmiljöverket anger att arbetsgivaren måste anlita företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp utifrån när kompetensen inom den egna verksamheten inte räcker för det systematiska arbetsmiljöarbetet eller för arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering.²⁸

²⁸ Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete, 12 § första stycket.

De flesta av Sveriges arbetsgivare har avtalat med ett externt företag att detta ska bedriva företagshälsovården hos arbetsgivaren. Inom den offentliga sektorn tillhandahålls företagshälsovård enligt kollektivavtal. Inom den privata sektorn har cirka två tredjedelar av alla sysselsatta tillgång till företagshälsovård.²⁹ Omkring 60 procent av alla anställda i Sverige har i dag tillgång till företagshälsovård genom sin arbetsgivare.³⁰ Elva regioner och elva kommuner av branchorganisationen Sveriges Företagshälsors medlemmar har företagshälsovård i egen regi.³¹

Vad omfattar arbetsgivarens ansvar?

Att företagshälsovården ska avse insatser inom arbetsmiljö och rehabilitering, arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser och ha kompetens om sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa, innebär att den ska ha både ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv och ett efterhjälpande arbete med arbetsanpassning och rehabilitering för de som är skadade eller har blivit sjuka.

Av bestämmelsen i AML kan utläsas att arbetsgivarens ansvar att tillhandahålla företagshälsovård är begränsat till förhållanden som relaterar till arbetsmiljön. Någon skyldighet att erbjuda arbetstagare företagshälsovård som inkluderar hälso- och sjukvårdsinsatser i mer generell betydelse, för diverse olika besvär, finns således inte för arbetsgivaren. Något hinder för detta finns inte, men ryms alltså inte inom arbetsgivarens skyldighet. I sammanhanget bör dock nämnas att det förstås många gånger är svårt att avgöra om ett visst besvär enbart är arbetsrelaterat eller om det också har andra orsaker.

Ansvaret avseende rehabilitering omfattar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, som ska skiljas från den medicinska. Den senare, som består i åtgärder för att en person så långt som möjligt ska kunna behålla eller få tillbaka sin fysiska och psykiska funktionsförmåga, är hälso- och sjukvården ansvarig för. Med arbetslivsinriktad rehabilitering avses i stället åtgärder för att hjälpa medarbetaren att behålla eller få tillbaka sin arbetsförmåga.

²⁹ Sveriges Företagshälsor, *Om företagshälsovård*.

³⁰ Folkhälsomyndigheten, *Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa. En kartläggande litteraturoversikt – uppdatering 2018, 2019*.

³¹ Skriftlig kommunikation med Sveriges Företagshälsor.

Någon precisering av företagshälsovårdens innehåll i fråga om kompetenser och professioner har lagstiftaren inte gjort. Företagshälsovård är heller ingen ”skyddad titel” som inkluderar vissa kompetenskrav och kunskapsnivåer, utan benämningen kan användas oberoende av verksamhetens professionssammansättning och kompetens. Arbetsmiljöverket har tagit fram föreskrifter på området, vilka anger att när företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp anlitas ska den vara av tillräcklig omfattning samt ha tillräcklig kompetens och tillräckliga resurser för detta arbete.³² Vad som är tillräcklig kompetens är inte utvecklat.

I sammanhanget kan noteras att Sveriges Företagshälsor för medlemskap i organisationen ställer krav på att medlemmen ska ha tillgång till kompetens inom områdena arbetsorganisation, beteendevetenskap, ergonomi, medicin, rehabilitering och teknik. Organisationen har också ställt upp särskilda utbildnings- och kompetenskrav avseende professioner inom ovan angivna kompetensområden.

Det kan också noteras att för att en arbetsgivare ska kunna få ett s.k. arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd (se nedan), krävs att den anlidade företagshälsovården är godkänd av Försäkringskassan. För ett sådant godkännande ställer Försäkringskassan vissa krav på företagshälsovårdens verksamhet, bl.a. i fråga om kompetens.

Sjukvårdande insatser kan ingå i vad företagshälsovården förväntas erbjuda. Regeringen har uttalat att det inte är möjligt eller lämpligt att helt avskilja sjukvården från företagshälsovården. Företagshälsovårdens fokusering på arbetsrelaterad ohälsa, yrkesrelaterade sjukdomar och arbetslivsinriktad rehabilitering förutsätter att det finns personal med sjukvårdskompetens och att viss sjukvård bedrivs.³³

I avsnitt 3.1.7 beskrivs några av de allmänna övergripande krav som företagshälsovården har att förhålla sig till när den bedriver hälso- och sjukvård, och därmed är att betrakta som vårdgivare.

Det är arbetsgivaren som avgör företagshälsovårdens innehåll...

Den närmare utformningen av företagshälsovårdens innehåll bestäms av arbetsgivaren, då det är dennes uppgift att bedöma vilken företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver, däribland i fråga om

³² Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete, 12 § andra stycket.

³³ Prop. 1998/99:120, Företagshälsovård, s. 22 och 25.

kompetens. Vilka krav och villkor som arbetsgivaren ställer på den företagshälsovård som den anlitar eller upphandlar avgör alltså företagshälsovårdens omfattning och innehåll. Arbetsplatsers olika karaktär innebär att behovet av insatser från företagshälsovården är skiftande. Utgångspunkten för företagshälsovården är att den är en angelägenhet för arbetsmarknadens parter och att dessa genom kollektivavtal reglerar företagshälsovårdens innehåll.³⁴

Den nationella samordnaren för en välfungerande sjukskrivningsprocess, som hade i uppdrag att främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen, lämnade sitt slutbetänkande i april 2020.³⁵ Samordnaren menar att företagshälsovården, som en av aktörerna i sjukskrivningsprocessen, ofta får kritik i fråga om kompetens och omfattning men att företagshälsovårdens förutsättningar som en aktör på en fri marknad, och arbetsgivarens roll som beställare av företagshälsovårdens tjänster, sällan kommer upp i dessa diskussioner.³⁶

...och betalar för den

Företagshälsovården innehåller många gånger inslag av sjukvårdande behandling som inte är relaterad till arbetsmiljön. Flera förklaringar finns till detta, bl.a. arbetsgivarens möjlighet att bestämma företagshälsovårdens utbud. En annan kan vara det tidigare ersättningsystemet. Företagshälsovården kom att finansieras genom generella statsbidrag 1986, då ansvaret att anordna företagshälsovård infördes i författning. Innan dess fick arbetsgivare ersättning via sjukförsäkringssystemet och ersättningens storlek hade tydlig koppling till kostnaderna för den sjukvårdande verksamheten. När det generella statsbidraget infördes 1986 innefattade det i stället en principiell rätt till ersättning under förutsättning att vissa villkor var uppfyllda. Det utgick till företagshälsovården i förhållande till antal arbetstagare och ersättningen var således verksamhetsneutral.

I dag är det arbetsgivaren som beställer och betalar för företagshälsovårdens tjänster. Statsbidraget upphörde den 1 januari 1993, bl.a. mot bakgrund av Riksrevisionsverkets uppfattning att det inte var

³⁴ Prop. 1998/99:120, *Företagshälsovård*, s. 19.

³⁵ SOU 2020:24, *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*.

³⁶ Delrapportering Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess S 2018:06, s. 16.

ett effektivt styrmedel för att nå de uppsatta målen för verksamheten.³⁷

Arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd

Arbetsgivare kan få ekonomiskt bidrag för att anlita företagshälsovård eller annan anordnare med likvärdig kompetens för att utreda, planera, initiera, genomföra och följa upp arbetsplatsinriktade åtgärder, s.k. arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd.³⁸ Med ett arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd avses insatser för en arbetstagare som har eller riskerar att få en nedsatt arbetsförmåga p.g.a. arbetsrelaterade och icke arbetsrelaterade sjukdomar och skador. Med ett sådant stöd avses inte medicinsk eller annan behandling.

Syftet med bidraget är att stödja arbetsgivare att i ett tidigt skede anlita företagshälsovård eller motsvarande kompetens för att härigenom förebygga sjukfall och vid sjukfall öka arbetstagares möjligheter att återgå i arbete. Bidraget lämnas av Försäkringskassan, som först måste ha godkänt den anordnare som arbetsgivaren anlitar. För ett godkännande krävs bl.a. att anordnaren har tillgång till samlad kompetens inom medicin och rehabilitering samt inom minst tre av områdena arbetsorganisation, beteendevetenskap, ergonomi, hälsovetenskap och teknik. Med beteendevetenskap avses legitimerad psykolog, socionom eller person med annan beteendevetenskaplig högskoleexamen på minst likvärdig nivå.³⁹ Absolut krav på sådan kompetens finns alltså inte, eftersom kravet på kompetens inom beteendevetenskap är formulerat som ett alternativt krav. Av förordningsbestämmelsens utformning framgår att kravet på medicinsk kompetens däremot är ovillkorligt. Med detta avses i sammanhanget legitimerad läkare med specialistkompetens och legitimerad sjuksköterska, företrädesvis med kompetens inom arbets- och miljömedicin eller företagshälsovård. I alla specialistläkares och specialist-sjuksköterskors utbildning ingår inslag av utbildning som relaterar till ämnet psykisk ohälsa.

³⁷ Se prop. 1998/99:120, *Företagshälsovård*, s. 26 f.

³⁸ Se 1 § förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

³⁹ Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2014:1) om bidrag till arbetsgivare.

Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa

Folkhälsomyndigheten lämnade 2019 en rapport baserad på resultat från en kartläggande litteraturöversikt om insatser som getts av företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa bland anställda.⁴⁰ Rapporten är bl.a. tänkt att utgöra underlag för företagshälsovårdens arbete med insatser baserade på vetenskapligt grundade metoder. Sammantaget indikerar resultaten att arbetsplatsinriktade insatser med problemlösningbaserade samtal (PLS) och kognitiv beteendeterapi (KBT) som ges via företagshälsovården kan förkorta tiden till arbetsåtergång bland anställda som är sjukskrivna för psykisk ohälsa. Undersökningen visar också att förebyggande insatser inom företagshälsovården behöver utvecklas och utvärderas ytterligare.

3.1.4 Universitet och högskolor

Tillgång till studenthälsovård

Ett i högskoleförordningen reglerat ansvar

Sedan 1992 är högskolor och universitet, i stället för studentkårer som dessförinnan, huvudmän för studenthälsovården. Sedan 1996 har de en i högskoleförordningen (1993:100) reglerad skyldighet att erbjuda studenter studenthälsovård. Skyldigheten regleras i 1 kap. 11 § i nämnda förordning, där det anges att högskolorna ska ansvara för att studenterna har tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa. Med högskola avses också universitet⁴¹ och det är med den innebörden ordet högskola fortsättningsvis används även i denna text.

Av andra stycket i samma bestämmelse framgår att högskolorna också ansvarar för andra uppgifter av studiesocial karaktär som stöder studenterna i deras studiesituation eller underlättar övergången till arbetslivet samt för att studenterna i övrigt har en god studiemiljö. Det ansvaret är dock separat från ansvaret att tillse tillgång till hälsovård. Det räcker således inte att hantera andra uppgifter av

⁴⁰ Folkhälsomyndigheten, *Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa. En kartläggande litteraturöversikt – uppdatering 2018, 2019.*

⁴¹ 1 kap. 2 § högskoleförordningen.

studiesocial karaktär än hälsovård för att kravet på hälsovård ska anses vara uppfyllt.

Skyldigheten att tillse tillgång till hälsovård gäller endast högskolor som staten är huvudman för.⁴² Även andra än staten kan efter tillstånd⁴³ vara huvudmän för en högskoleutbildning, såsom enskilda fysiska eller juridiska personer, men för dessa är högskolelagen (1992:1434) och högskoleförordningen inte tillämpliga. Inget hindrar dock en enskild utbildningsanordnare från att tillhandahålla sådan hälsovård som högskolor under statligt huvudmannaskap är skyldiga att tillhandahålla.

Omfattningen och utformningen av studenthälsovården skiljer sig åt

Den relativt ospecificerade formuleringen i högskoleförordningen avseende högskolornas ansvar för studenthälsovård har inneburit att de olika högskolorna har utformat hälsovården utifrån egna prioriteringar och lokala förutsättningar. Studenthälsovården ser med andra ord olika ut på olika högskolor i fråga om t.ex. kompetenser och organisering. Vissa driver verksamheten i egen regi, medan andra sluter avtal om studenthälsovård med ett annat lärosäte eller med en annan privat eller offentlig vårdgivare.

Att studenthälsovården ser olika ut på olika högskolor har uppmärksammats vid flera tillfällen.⁴⁴ Universitetskanslersämbetet (UKÄ) har också helt nyligen haft i uppdrag att kartlägga högskolors arbete med studenthälsovård utifrån kravet i högskoleförordningen, se avsnitt 2.4.2.

Vad innebär hälsovård?

Någon närmare precisering av vad som avses med hälsovård i högskoleförordningens mening finns inte, utöver ordalydelsen som anger att studenthälsovården särskilt ska vara inriktad mot förebyggande arbete och avse både den fysiska och den psykiska hälsan.

⁴² 1 kap. 1 § högskoleförordningen.

⁴³ Se lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina.

⁴⁴ Se t.ex. dåvarande Högskoleverkets rapporter *Högskolans ansvar för studenthälsovården*, Tillsynsrapport 1999:6 R, 1999, och *Studier – karriär – hälsa – en utvärdering av högskolornas arbete med studievägledning, karriärvägledning och studenthälsovård*, Rapport 2007:24 R, 2007.

Det kan avseende begreppet hälsovård inledningsvis konstateras att det i mer generell mening syftar just på förebyggande insatser och att hälsovård likväl som sjukvård i HSL:s mening utgör en del av vad som är hälso- och sjukvård. När hälsovård infördes i HSL som en uppgift för regioner och kommuner, från att tidigare bara ha innefattat sjukvård, gjordes det med motiveringen att sjukvårdshuvudmannen också skulle ha ansvar för förebyggande vård.⁴⁵

Vad gäller begreppet hälsovård i högskoleförordningens mening kan konstateras att studenthälsovården från början, tillkommen bl.a. p.g.a. en begränsat utbyggd hälso- och sjukvård, hade ett relativt stort inslag av sjukvård. Till en början ersatte studenthälsovården alltså i viss mån allmän hälso- och sjukvård. När samhällets hälso- och sjukvård byggdes ut minskade dock behovet av de sjukvårdande delarna. Vilket innehåll studenthälsovården skulle ha resonerade regeringen kring i prop. 1982/83:129, om vissa studiesociala frågor (hälsovård för högskolestuderande, gymnasieelevers resor och återbetalning av studiemedel). Det uttalades att studenthälsovård i första hand ska inriktas på förebyggande samt sociala och kurativa insatser. Vidare att den således inte bör vara en ersättning för, utan ett komplement till, den offentliga hälso- och sjukvården.⁴⁶ De studerandes behov av somatisk och psykiatrisk sjukvård skulle däremot huvudsakligen tillgodoses inom ramen för den offentliga hälso- och sjukvården. I SOU 1990:105, *Studenten och tvångsanslutningen*, uttalades vidare att studenthälsovården närmast är att jämföra med företagshälsovården. Den är en form av företagshälsovård som utvecklats speciellt för de högskolestuderandes behov. Däri ligger, menade utredningen, att studenthälsovård i första hand ska inriktas på förebyggande samt sociala och kurativa insatser. Som konstaterats tidigare skulle vanlig sjukvård i princip skötas av regionen. Utredningen menade emellertid att det inte är möjligt eller önskvärt att helt utsluta den somatiska sjukvården, då denna utgör underlag för de förebyggande insatserna. Omfattningen av den direkta sjukvården fick dock bestämmas av den lokalt ansvariga organisationen.⁴⁷

Några särskilda krav i fråga om professioner har lagstiftaren inte ställt. Det överensstämmer med den generella statliga styrningen av hälso- och sjukvården, elevhälsan undantagen, där frågan om vilken

⁴⁵ Prop. 1981/82:97, om hälso- och sjukvårdslag, m.m., s. 29 ff.

⁴⁶ Prop. 1982/83:129, om vissa studiesociala frågor (hälsovård för högskolestuderande, gymnasieelevers resor och återbetalning av studiemedel), s. 10.

⁴⁷ SOU 1990:105, *Studenten och tvångsanslutningen*, s. 135 f.

bemanning som krävs lämnas åt huvudmännen att bestämma utifrån lokala behov och förutsättningar, dock med begränsning av det generella kravet i HSL om att det där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.⁴⁸ I sammanhanget kan dock noteras att regeringen uttalat att studenthälsovårdens verksamhet bör bygga på, förutom läkare, i första hand kuratorer och sjuksköterskor. Vidare att det kan vara lämpligt att också knyta andra personalkategorier till verksamheten, t.ex. psykologer och fysioterapeuter. Lokala förutsättningar och skiftande behov bör få bestämma personalsammansättningen på den enskilda högskoleorten.⁴⁹

När definitionen av hälso- och sjukvård infördes i 1982 års HSL och det resonerades kring vilka verksamheter och åtgärder som ingick i begreppet hälso- och sjukvård i HSL:s mening, anfördes att till hälso- och sjukvård bl.a. hör företagshälsovården, skolhälsovården och studerandehälsovården.⁵⁰

Sammantaget går lagstiftarens intensioner med kravet på hälsovård att förstå så att den hälsovård som studenter ska ha tillgång till enligt högskoleförordningen utgör sådan hälso- och sjukvård som avses i HSL. Innebörden av detta beskrivs i avsnitt 3.1.7.

Studenthälsovård och psykisk ohälsa

Vad gäller studenthälsovårdens roll i omhändertagandet av psykisk ohälsa framgår av ordalydelsen av aktuell bestämmelse att ingen åtskillnad görs i fråga om fysisk eller psykisk ohälsa. Historiskt tycks avsikten dock i viss mån ha varit att psykisk ohälsa ska utgöra fokus för verksamheten. I samband med att frågan om en särskild studenthälsovård lyftes på 1960-talet, framfördes att denna huvudsakligen borde vara inriktad på sjukdomar av psykisk och psykosomatisk art.⁵¹ Det uttalades också att det var naturligt att de studerande vände sig till den allmänna hälso- och sjukvården, till privatpraktiserande läkare etc. vid behov av vård för somatiska åkommor, olycksfall

⁴⁸ 5 kap. 2 § HSL.

⁴⁹ Prop. 1982/83:129, *om vissa studiesociala frågor (hälsovård för högskolestuderande, gymnasieelevers resor och återbetalning av studiemedel)*, s. 10.

⁵⁰ Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 111.

⁵¹ SOU 1990:105, *Studenten och tvångsanslutningen*, s. 123.

m.m., liksom i fråga om all annan specialistvård än den psykiatriska,⁵² men för behandlingen av psykiatriska och psykosomatiska sjukdomar skulle de studerande behöva vård i anslutning till utbildningsmiljön.⁵³ I samband med att sjukvårdslagen ersattes med den tidigare hälso- och sjukvårdslagen från 1982 uttrycktes att studenthälsovårdens verksamhet främst ska inriktas mot förebyggande verksamhet samt behandling och vård av psykiska och psykosomatiska sjukdomar.⁵⁴ Att fokus tidigare skulle vara på psykisk problematik kan ha att göra med den tidigare mindre utbyggda övriga psykiatriska hälso- och sjukvården.

3.1.5 Skola

Elevhälsa

Elevhälsa ska finnas för alla elever i förskoleklass, grundskola, grundskolskola, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasieskolan. Den ska bl.a. omfatta medicinska, psykologiska och psykosociala insatser och ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Vilka professioner som ska finnas inom elevhälsan är reglerat, till skillnad från vad som gäller t.ex. studenthälsovården. För de medicinska, psykologiska och psykosociala insatserna i elevhälsan ska det enligt skollagen finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator.⁵⁵ Elevhälsans medicinska delar är således att betrakta som hälso- och sjukvård i den mening som avses i HSL, varvid de generella övergripande kraven för bedrivande av hälso- och sjukvård gäller (se avsnitt 3.1.7).⁵⁶

Utredningen om elevers möjlighet att nå kunskapskraven (U 2017:07) har i uppdrag att analysera hur elevhälsoarbetet kan utvecklas och att föreslå insatser som kan bidra till att skapa ett mer aktivt och välfungerande elevhälsoarbete och därmed stärka elevhälsans kompensatoriska roll. Genom tilläggsdirektiv har utredningen

⁵² Uttalandet ska inte förstås så att studenthälsovården skulle omhänderta specialistpsykiatri utan får närmast läsas som att det vid denna tidpunkt knappt torde ha funnits någon annan psykiatri att vända sig till.

⁵³ Prop. 1967:48, *angående hälso- och sjukvård samt motionsverksamhet för studerande*, s. 35.

⁵⁴ Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 30.

⁵⁵ 2 kap. 25 § skollagen.

⁵⁶ Se även IVO:s utövande av tillsyn över elevhälsans medicinska delar, bl.a. redovisad i rapporten *Elevhälsan. Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*, 2015.

också i uppdrag att analysera regleringen av tillgång till elevhälsa och att föreslå en ändring så att det förtydligas vad som är en acceptabel lägstanivå.⁵⁷

Det är huvudmannen för skolan som är ansvarig för att elevhälsa finns för eleverna.⁵⁸ Kommuner, regioner, staten och, efter godkännande, enskilda, kan alla vara huvudmän.

3.1.6 Det civila samhället som samverkanspart

Det civila samhället i form av bl.a. organisationer och ideella föreningar spelar en stor roll för människors hälsa (för ett utvecklat resomang, se avsnitt 3.2.2.) Dessa aktörer tillhandahåller tillsammans en stor bredd av olika tjänster och i detta sammanhang kan kort noteras att, i den mån verksamheten faller inom ramen för vad som kan betecknas som hälso- och sjukvård, blir HSL och dess övergripande krav på och målsättningar för vården tillämpliga. Det civila samhällets oberoende roll bör dock också uppmärksammas. Organisationer och föreningar är självständiga aktörer och har inget formellt ansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster eller andra insatser för människors hälsa. De eventuella insatser dessa aktörer tillhandahåller får inte innebära ett åsidosättande av regioners och kommuners ansvar för tillhandahållande av hälso- och sjukvård.

Om det civila samhället ska kunna vara en relevant samverkanspartner till det offentliga måste det också ges rimliga förutsättningar för sådan samverkan. Det kan t.ex. handla om långsiktighet i planering, strukturer, regelverk och finansiering.

I detta sammanhang vill vi uppmärksamma förordningen (2020:429) om statsbidrag till ideella organisationer inom området för psykisk hälsa och suicidprevention som trädde i kraft den 1 juli 2020. Med stöd av förordningen lämnar Folkhälsomyndigheten verksamhetsbidrag till ideella organisationer som arbetar med frågor som syftar till att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid. Ett rekvisit för att få verksamhetsbidrag är att organisationen bedriver riksomfattande verksamhet och riktar sig till utövare på lokal och regional nivå eller bedriver verksamhet av riksintresse.

⁵⁷ Dir. 2017:88, *Bättre möjligheter för elever i de obligatoriska skolformerna att nå de kunskapskrav som minst ska nås* och dir. 2020:18, *Tilläggsdirektiv till Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07)*. Uppdraget ska slutredovisas senast den 28 februari 2021.

⁵⁸ 2 kap. 8 § *skollagen*.

Redan före förordningens ikraftträdande hade Folkhälsomyndigheten i uppdrag att fördela verksamhetsbidrag till sådana ideella organisationer, men för att säkra ett långsiktigt stöd till det civila samhällets organisationer inom området, och medverka till bättre planeringsförutsättningar för de organisationer som söker bidrag, fördelas bidraget alltså numer via en statsbidragsförordning. Bidraget ska bl.a. förstärka och komplettera statens, regionernas och kommunernas insatser inom området genom stöd till organisationers arbete med utbildning, information och olika former av socialt stödjande arbete.

En särskild form av struktur för samverkan mellan offentliga och idéburna aktörer är idéburna offentliga partnerskap (IOP). Utredningen *Idéburna aktörer i välfärden* (Fi 2018:04) hade i uppdrag att ta fram ett förslag på en tydlig definition av idéburna aktörer som kan användas för att identifiera och avgränsa dessa från andra aktörer i välfärdsverksamheter och andra närliggande offentligt finansierade och subventionerade verksamheter. Utredningen sammanfattar ett idéburet offentligt partnerskap inom offentligt finansierad välfärdsverksamhet som att partnerskapet är ett samarbete mellan en eller flera offentliga aktörer och en eller flera idéburna aktörer i välfärden, att det syftar till att uppnå ett gemensamt allmännyttigt mål och att såväl den offentliga som den idéburna aktören bidrar med resurser. Utredningen lämnar ett antal förslag som syftar till att öka möjligheterna för idéburna aktörer att delta i utförandet av offentligt finansierade välfärdstjänster.⁵⁹ Betänkandet har remitterats och bereds i Regeringskansliet.

3.1.7 Särskilt om rollen som vårdgivare

HSL gäller regioner och kommuner som huvudmän samt som vårdgivare.⁶⁰ Lagen är indelad i fem avdelningar. Avdelning III gäller enbart regionen som huvudman, avdelning IV enbart kommunen som huvudman och avdelning V enbart regioner och kommuner som huvudmän. Övriga två avdelningar och dess bestämmelser gäller däremot både regioner och kommuner som huvudmän samt vårdgivare.

⁵⁹ SOU 2019:56, *Idéburen välfärd*.

⁶⁰ 1 kap. 1 § HSL.

Med vårdgivare i HSL:s mening avses statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.⁶¹ Hälso- och sjukvård definieras i HSL bl.a. som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Ordet medicinskt har innebörden att det är fråga om verksamhet som bedöms kräva medicinskt utbildad personal eller sådan personal i samarbete med viss annan personal.⁶²

Den som bedriver hälso- och sjukvård enligt definitionen är således vårdgivare och omfattas av bestämmelserna i avdelning I och II i HSL. Av tidigare avsnitt har framgått att företagshälsovård, studenthälsovård och elevhälsans medicinska delar faller in här. Likaså att organisationer och föreningar kan göra det, i den mån de bedriver verksamhet som kan betraktas som hälso- och sjukvård.

Innebörden av att vara vårdgivare är bl.a. att dessa verksamheter i sitt bedrivande har att förhålla sig till det generella målet med hälso- och sjukvården om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.⁶³ Likaså att verksamheten ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bl.a. att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.⁶⁴ Detta behov är utvecklat i patientlagen (2014:821) (PL) som anger, utöver att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses, att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.⁶⁵ Vårdgivare omfattas alltså av detta samordningsansvar, dvs. ansvaret att samordna olika insatser för patienten med andra delar av hälso- och sjukvården på ett ändamålsenligt sätt.

Att vården ska vara god innebär också att den ska vara lätt tillgänglig. Vad som innefattas i begreppet lätt tillgänglig går inte att säga entydigt, men alla vårdgivare har att planera sin verksamhet så att detta krav uppfylls. Det kan t.ex. gälla hur ofta eller hur snart kontakt med eller insatser från vården ges. Vidare har den som bedriver hälso- och sjukvård enligt HSL:s definition att förhålla sig till bestämmelsen om att det ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.⁶⁶ Även om det i speciallagstiftning inte är

⁶¹ 2 kap. 3 § HSL.

⁶² SoU 1981/82:51, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 10.

⁶³ 3 kap. 1 § HSL.

⁶⁴ 5 kap. 1 § 2 HSL.

⁶⁵ 6 kap. 1 § PL som gäller alla vårdgivare, 1 kap. 2 § PL e contrario.

⁶⁶ 5 kap. 2 § HSL.

reglerat vilka professioner som ska finnas i verksamheten för att kravet på tillhandahållande av viss vård ska vara uppfyllt, finns alltså en skyldighet för samtliga vårdgivare att tillse att verksamheten har personal för ändamålet.

Den som bedriver hälso- och sjukvård i HSL:s mening omfattas också av PSL.⁶⁷ Det innebär att utövare av hälso- och sjukvårdsverksamhet står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och ska anmäla verksamheten till myndigheten som för vårdgivarregistret över de anmälda verksamheterna.⁶⁸ Registret får användas för tillsyn och forskning samt för uttag av statistik. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det vidare finnas en verksamhetschef och ett systematiskt kvalitetsarbete.⁶⁹

Som vårdgivare blir även patientdatalagen (2008:355) (PDL) tillämplig⁷⁰ och därmed gäller reglerna om sammanhållen journalföring och s.k. direktåtkomst, vilket under vissa förutsättningar, bl.a. patientens samtycke, kan möjliggöra delning av information mellan olika vårdgivare.⁷¹

I juni 2019 tillsattes en särskild utredare med uppgift att utreda och lämna förslag rörande personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utredningen, som redovisade delar av sitt uppdrag i januari 2021 och slutligt ska redovisa det samma senast den 31 maj 2021, har bl.a. haft i uppgift att se över möjligheterna att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso- och sjukvård.⁷²

3.1.8 Sammanfattande reflektioner

I detta delkapitel har vi på ett övergripande plan redogjort för några av de aktörer som utifrån sin roll och sitt uppdrag har del i ansvaret för omhändertagandet av människors fysiska och psykiska ohälsa.

⁶⁷ 1 kap. 2 § PSL.

⁶⁸ 2 kap. 1 och 4 §§ och 7 kap. 1 § PSL.

⁶⁹ 4 kap. 2 § och 5 kap. 4 § HSL.

⁷⁰ Med vårdgivare i PDL:s mening avses statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

⁷¹ Utredningen behandlade frågan om informationsdelning mellan vårdgivare genom sammanhållen journalföring och direktåtkomst i SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, avsnitt 4.4.7.

⁷² Dir. 2019:37, *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

Rollerna hos dessa aktörer är olika och i vilken grad och på vilket sätt verksamhet, innehåll och organisering m.m. är styrt genom reglering varierar. För dem som bedriver hälso- och sjukvård och är vårdgivare i HSL:s mening, däribland företagshälsovård, studenthälsovård och de medicinska delarna av elevhälsan, ska dock det övergripande målet om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen beaktas. Oavsett aktör ska detta mål genomsyra verksamheten.

Vi tror att bäst förutsättningar att uppnå det målet finns genom ett gemensamt tillvaratagande av alla dessa samhällets aktörers hälso- och sjukvårdsinsatser. Det huvudsakliga ansvaret att erbjuda befolkningen hälso- och sjukvård finns hos regioner och kommuner i deras egenskap av huvudmän enligt HSL. Övriga ovan beskrivna aktörer har dock viktiga kompletterande roller till den hälso- och sjukvård som regioner och kommuner tillhandahåller. Vi tror att dessa verksamheter kan bidra till och komplettera regionernas och kommunernas primärvårdsuppdrag genom att vara just kompletterande. För att det ska finnas förutsättningar för detta behövs kunskaper hos de olika aktörerna om varandras roller och ansvar, utifrån lagstiftarens intentioner. Därigenom kan rätt förväntningar om aktörens bidrag i det gemensamma hälso- och sjukvårdsansvaret skapas. Likaså krävs samverkan dessa aktörer emellan och ett systematiskt arbete kring hur den samverkan ska ske. I kap. 6 resonerar vi mer kring vikten av detta.

3.2 Tillbakablickar på området

3.2.1 Statlig styrning genom satsningar inom området psykisk ohälsa och psykisk hälsa

Mätt på traditionellt sätt är folkhälsan i Sverige generellt mycket god. Den har också ur många aspekter förbättrats under de senaste årtiondena, och de allra flesta svenskar uppger att de har en bra eller mycket bra hälsa. Ett område anses av många dock avvika från denna bild. Den psykiska ohälsan, med symtom som upplevd ångest, oro och sömnproblematik påverkande välbefinnandet, förefaller utifrån olika sätt att mäta inte ha minskat, och i vissa grupper ha ökat, under

de senaste tjugo åren.⁷³ Detta är problematiskt och betraktas av många som ett samhällsproblem. Den psykiska ohälsan medför också stora konsekvenser för den enskilde, ibland ett livslångt lidande med debut i unga år. Det innebär, och om detta finns en bred enighet, också stora konsekvenser för samhället; lidande och oro för närstående och anhöriga, men också en påverkan ur samhällsekonomiskt perspektiv. Under 2015 stod kostnader för det som rubriceras som psykisk ohälsa, direkt och indirekt, för nästan 5 procent av Sveriges bruttonationalprodukt (BNP), motsvarande över 21 miljarder euro. Av dessa utgjordes drygt 13 miljarder av direkta kostnader för hälso- och sjukvård och socialförsäkring och drygt 8 miljarder av indirekta kostnader, t.ex. som följd av ohälsans konsekvenser på arbetsmarknaden.⁷⁴ I befolkningen bedömdes 18,3 procent lida av psykisk ohälsa, inklusive skadligt bruk och beroende.

Utifrån såväl den individuella påverkan som den stora samhällspåverkan har staten sedan en längre tid tillbaka på olika sätt försökt påverka området psykisk ohälsa och hälsa. Ett antal olika satsningar har gjorts inom området psykiatri, psykisk ohälsa och psykisk hälsa. Dessa satsningar har oftast löpt över två till fem år, och haft olika målsättningar och målgrupper. Satsningarna, handlingsplanerna och strategierna har framför allt berört hälso- och sjukvården och socialtjänsten, dvs. riktat sig till huvudmännen (regioner och kommuner) och har på olika sätt syftat till att öka kapacitet och kompetens samt till att stimulera innovation. Påverkan har i mindre utsträckning utövats via normering (lagar och förordningar), och i större utsträckning via s.k. mjuka styrformer; riktade statsbidrag, nationella samordnare och överenskommelser mellan staten och huvudmännen representerade av SKR. Dessa överenskommelser har till stor del fokuserat på den specialiserade psykiatrien och i mindre omfattning på primärvården.

Sammantaget, i ekonomiska mått, har de senaste tio åren satsats över tio miljarder för att förbättra livsvillkoren för personer med psykisk ohälsa. Vilka effekter dessa satsningar fått uppfattas av många svårt att bedöma, eftersom mångfalden av satsningar, korta tidshorisonter och olika målsättningar försvårat en sammanhållen utvärdering. Det är också ett område där grunddata och indikatorer ofta saknas för att kunna utgöra ett adekvat underlag för strukturerad utvär-

⁷³ SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt*, s. 43 ff.

⁷⁴ OECD/EU, *Health at a glance: Europe*, 2018.

dering på aggregerad nivå (se vidare avsnitt 3.5). Det är samtidigt viktigt att framhålla att dessa satsningar förstås i sitt sammanhang många gånger förändrat och påverkat utvecklingen till det bättre, även om de inte alltid utformats på ett sätt som möjliggjort en mer långsiktig uppföljning över tid av statens insatser på området.

En ambitiös beskrivning av de satsningar som gjorts, och de konsekvenser dessa fått, görs i slutbetänkandet SOU 2018:90, För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt, och utredningen ställer sig bakom den redogörelse och också till största del de slutsatser som beskrivs där. Den moderna historieskrivningen inom området får anses börja med Psykiatrireformen 1995, som innebar ett paradigmskifte vad gällde synen på psykisk sjukdom och tillhandahållandet av samhällets insatser. Kort sammanfattat kan de statliga initiativ som gjorts inom området psykisk hälsa från 1995 och fram till i dag beskrivas som sju sekventiella satsningar; Psykiatrireformen (1995–1998), Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (2001–2007), Nationell Psykiatrisamordning (2006), Satsning på psykiatri- och socialtjänst, Statens psykiatrisatsning (2007–2011), Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa (PRIO, 2012–2015) samt Fem fokusområden fem år framåt (2016–2020).⁷⁵ Den statliga styrningen har i olika grad utgått från den plan eller strategi som gällt vid varje given tidpunkt. Det förefaller framför allt vara visionära målsättningar som ligger till grund för de olika satsningarna. Vissa av satsningarna svarar mer mot omvärldsanalys, så som Psykiatrireformen och den Nationella samordningen, medan andra kan betraktas mer som försök att stimulera utvecklingen inom området brett, som den Nationella handlingsplanen och Fem fokusområden fem år framåt.

Rehabiliteringsgarantin

Av betydelse för vårt uppdrag är också arbetet med den s.k. rehabiliteringsgarantin. Denna infördes 2008 genom en överenskommelse mellan regeringen och SKR i syfte att möta de ökade sjukskrivningarna för psykisk ohälsa. Överenskommelsen förnyades årligen fram till 2015. Rehabiliteringsgarantin syftade till att ersätta region-

⁷⁵ I överenskommelsen mellan staten och SKR om Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention, för 2021–22, klargörs att denna strategin ska ligga till grund för arbetet fram till dess att en ny inriktning kommer på plats.

erna med stimulansmedel för att personer i åldern 16–65/67 år med viss långvarig diffus smärtproblematik eller med viss psykisk ohälsa skulle erbjudas specifika behandlingsmetoder som skulle främja återgång i arbete och förebygga sjukskrivning. Avseende personerna med psykisk ohälsa, utgick medel till regionerna för behandling med KBT eller interpersonell psykoterapi (IPT) vid lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress. Regionerna ersattes med en bestämd summa för varje behandlingsomgång.

Kritik mot rehabiliteringsgarantin bestod bl.a. i det styrda utbudet av behandlingsmetoder. Kritikerna menade att denna styrning riskerade att begränsa tillgången till andra efterfrågade och utvärderade metoder och att möjligheterna till individanpassningar var små. Vidare framfördes kritik mot bristen på kompetenskrav hos behandlarna. De utvärderingar som gjordes under årens lopp visade inte heller med säkerhet att arbetsåtergången för personer med sådan psykisk ohälsa som satsningen omfattade hade ökat.⁷⁶

Utifrån erfarenheterna med den s.k. rehabgarantin fattade regeringen 2015 i stället beslut om ett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro där en åtgärd var en permanent koordineringsfunktion inom hälso- och sjukvården. Överenskommelsen avseende rehabgarantin upphörde samma år. Från och med 2016 har regeringen i stället ingått andra överenskommelser med SKR inom sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsområdet. Syftet med överenskommelserna har varit att stimulera tillgången till medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser för patienter med smärtproblematik eller lindrig och medelsvår psykisk ohälsa.

3.2.2 Föreningslivets roll

När det gäller det egenupplevda psykiska måendet, kommer även andra aspekter än de historiska satsningarna på områdena psykiatri, psykisk hälsa och psykisk ohälsa in. Frågor om befolkningens psykiska hälsa kan förstås inte reduceras till en hälso- och sjukvårdsfråga eller en fråga för socialtjänsten, eftersom dessa strukturer bara utgör en del av det system som har inverkan på människors psykiska välbefinnande. I den historiska beskrivningen måste därför inkluderas även andra aktörer som haft betydelse för människors psykiska

⁷⁶ Riksrevisionen, *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner*, RIR 2015:19.

mående. Utredningen vill därför påminna om den starka förenings-tradition som är en del av samhällsbygget historiskt. När vi rör oss i området av inte enbart diagnosticerade tillstånd, utan också individuella upplevelser och tidig misstanke om diagnos, har föreningslivet haft en stor roll i folkhälsans utveckling.

Det gäller såväl generella områden som fysisk aktivitet (idrottsrörelsen och föreningar inriktade på friluftaktiviteter), existentiella frågor (t.ex. trossamfund) men också områden som ligger nära hälso- och sjukvårdens uppdragsområde såsom risk- och missbruk (nykterhetsrörelsen och olika föreningar med stöd till tobaksavvänjning eller spelmissbruk). Här finns också skapande verksamhet och hantverk, internationellt engagemang och socialt lokalt engagemang.

Inte minst när det gäller insatser för barn och unga har föreningslivet traditionellt en stark roll, men i alla åldersgrupper kan civilsamhället skapa mening, utbilda och stärka människor. För de äldre som drabbas av ensamhet erbjuder civilsamhället nya möten och ny mening. För människor mitt i livet erbjuds en plats för reflektion i en kris eller en plats för att hämta energi i en stressig vardag med hårda krav från arbetsliv och stort ansvar i familjen.

Patient- och brukarföreningarnas roll har vidare genom åren blivit allt starkare, och är i dag en självklar och avgörande del av hälso- och sjukvårdens utveckling. Många har under utredningstiden uppmärksammat oss på den dubbla vinsten med ett ideellt engagemang – många gånger blir det ett tillfälle att påverka, men också till social kontakt och meningsfullhet både för den som leder insatser i föreningsform och den som deltar.

En närmare historisk genomlysning av svenskt föreningsliv leder för långt inom ramen för denna utredning, men vi vill påminna om föreningslivets roll historiskt när det gäller positiva effekter på det psykiska välbefinnandet ur många aspekter. Vi kommer därför att återkomma till behovet av strukturerade samverkansformer mellan hälso- och sjukvården och civila samhället och föreningslivet i det följande.

Historisk utveckling av patient- och brukarrörelsen inom psykisk ohälsa

Brukarorganisationer kopplade till psykiatrins område tillkom under 1960-talet som en reaktion på de brister som då fanns inom vården. På dagordningen fanns krav på större inflytande, förbättrad vård och stöd för att kunna fungera i samhället. Med tiden tillkom fler organisationer med liknande inriktning, men orienterade mot specifika grupper och diagnoser. Därmed kom rörelsen att bestå både av personer med psykiatriska sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar. Organiseringen skedde sent i jämförelse med andra grupper. Pionjärer i Sverige var synskadade som slöt sig samman redan i slutet av 1800-talet. Under 1900-talets första hälft bildade grupp efter grupp sina egna organisationer. Gemensamt för alla dessa organisationer är att man kämpar för bättre livsvillkor för sina medlemsgrupper.

Startskottet för ett närmare samarbete mellan organisationerna på området lades när den dåvarande statliga Psykiatrisamordnaren hösten 2004 bjöd in oss till ett samarbete med utredningen. Många av de förslag som lades fram i utredningens slutbetänkande hade vi då utvecklat tillsammans.

Samarbetet hade gett oss en starkare röst och när utredningen var klar kändes det naturligt att fortsätta samverka. De tretton medlemsförbunden⁷⁷ bildade våren 2007 nätverket Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). Tiden var inte mogen att gå samman i en traditionell ideell organisation, det skulle komma att ske, men först tio år senare. I samma veva fattades ett regeringsbeslut om att bidra till nätverkets arbete med att utveckla, utvärdera och implementera metoder för brukarinflytande i psykiatriska vård- och stödverksamheter.

⁷⁷ Frisk & Fri, Attention, Balans, RFHL, RSMH, Schizofreniförbundet, OCD-förbundet, SPES, Sveriges Fontänhus, ÅSS, FMN, SHEDO och Suicide Zero.

Medlen slussades via Socialstyrelsen och ambitionen var att anslaget skulle betalas ut under tre år. Riksförbundet Attention utsågs till medelsförvaltare och förblev det till slutet av 2016 då riksförbundet NSPH bildades.

Regeringens motiv för att stödja NSPH var bl.a.:

Brukarinflytande över vård- och omsorgsverksamheter främjar enskildas och grupper delaktighet och påverkan på den egna livssituationen. Inflytandet är också ett sätt att anpassa och utveckla samhällets insatser efter brukarnas behov och önskemål. Detta kan leda till förbättrad psykisk hälsa och minskad stigmatisering samt bli ett led i kvalitetssäkringen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Det innebar givetvis en stabilisering för samarbetet och skapade större möjligheter till långsiktiga och uthålliga satsningar. Vi som var aktiva då gladdes åt möjlighet att utveckla brukarinflytandet brett inom olika områden. Men för att lyckas med det behövde vi samla oss själva och utveckla ramar för vårt samarbete. Före regeringsbeslutet hade vi jobbat tillsammans utan styrdokument, budget eller tydlig organisation.

Den ändamålsparagraf som gällde för nätverket ingår numera som portalparagraf i NSPH:s stadgar. De uppgifter vi påtagit oss är:

- att genom organiserad samverkan medverka till att psykiatri i vid mening⁷⁸ utvecklas på ett humant, effektivt och säkert sätt, genom att berörda samhällsorgan tar tillvara den erfarenhet och kraft som medverkan från patienter, brukare och anhöriga erbjuder
- att stödja och bidra till att utveckla patienters, brukares och anhörigas inflytande på alla nivåer i samhället
- att stödja och bidra till utvecklingen av egenmakt och återhämtning
- att medverka till att psykiatri kan tillhandahålla vård med god kvalitet, baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet samt vara lättillgänglig, demokratisk och rättssäker

⁷⁸ Med psykiatri i vid mening menas här såväl sjukvårdens psykiatriska verksamheter som relaterade verksamheter som bedrivs inom kommunerna (företrädesvis socialtjänsten), arbetsrehabiliterande verksamheter, skolor, utbildningar, barn- och ungdomsverksamheter, kriminalvården m.fl. samhällsorgan.

- att medverka till att samhället utvecklar tidiga och effektiva förebyggande insatser, så att uppkomsten av psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar eller funktionshinder så långt möjligt minimeras,
- att med sin särskilda kompetens medverka i informations- och kunskapsspridning, opinionsbildning och utbildning inom vård, stöd, behandling, bemötande, anpassning och hjälpmedel.

Vi betonade också att vi skulle få möjlighet att fördjupa kunskapen om varandras medlemsgrupper och verksamheter samt samverka med myndigheter och med aktörer på nationell nivå.

Det är som alla ser inga enkla uppgifter utan kräver ett systematiskt och långsiktigt förändringsarbete på många plan och nivåer. Men detta som grund har vi jobbat på. Vi har deltagit i en mängd möten och samråd, svarat på remisser, ordnat seminarier och konferenser, drivit projekt, producerat filmer, böcker och skrifter. Vi har utvecklat metoder och verktyg såsom Patientforum, Brukarstyrda brukarrevisioner, Kvalitetsteam och studiecirklar. Vi har introducerat peer support i Sverige. Peer support är en ny yrkesgrupp och innebär att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa utbildas till att arbeta som stödpersoner inom verksamheter som erbjuder vård, stöd eller rehabilitering. Detta har prövats under flera år i andra länder som USA, Holland och England med stor framgång. Intresset för detta ökar också nu i vårt eget land.

Utåtriktade aktiviteter har alltid varit viktiga för NSPH. Vi har varje år uppmärksammat World Mental Health Day den 10 oktober. I år (2020) var temat framtidsspaning med en tydlig koppling till Agenda 2030.

Vårt mål har hela tiden varit att patienter, brukare och anhöriga ska vara delaktiga i allt som rör dem och ses som en oumbärlig resurs inom vården och omsorgen.

/Anki Sandberg, ordförande, NSPH

3.3 Kunskapsunderlag

3.3.1 Strukturen för kunskapsstyrning

Som vi tidigare beskrivit föreligger för vårt uppdrag två utgångspunkter; hälso- och sjukvårdens syn på psykisk ohälsa, främst uttryckt i diagnostiserade tillstånd, och invånarnas bredare upplevelse av psykisk ohälsa av såväl mer allmän som specifik karaktär. När det gäller det förstnämnda, av hälso- och sjukvården diagnostiserade tillstånd, kopplar dessa till olika typer av mer eller mindre evidensbaserade insatser och behandlingsmetoder med olika grad av vetenskapligt stöd. Dessa insatser och behandlingsmetoder beskrivs i riktlinjer, kunskapsunderlag och översikter. Utifrån det rådande kunskapsläget föreligger också olika typer av sådana sammanställningar på olika nivåer i systemet. De har delvis olika syfte, målgrupp och omfattning.

Tillsammans med ett antal andra statliga myndigheter är Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten kunskapsmyndigheter, med särskilt uppdrag att ta fram kunskapsunderlag inom sina respektive ansvarsområden, inklusive allmänna råd och riktlinjer.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) är en statlig myndighet med uppdrag att göra oberoende utvärderingar av metoder och insatser inom bl.a. hälso- och sjukvårdens område.

Huvudmännen för hälso- och sjukvården, regioner och kommuner, tar också fram egna underlag och riktlinjer anpassade efter lokala förutsättningar, behov och förhållanden. Sedan 2018 samverkar Sveriges regioner i ett gemensamt system för kunskapsstyrning, ett Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård.⁷⁹ Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. Kunskapsstyrningens tre delar är kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda i den dagliga verksamheten och i varje patientmöte. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvårdens olika delar. Även kommunerna inkluderas i arbetet, om än i nuläget i varierande utsträckning beroende på diagnosområde. Vad gäller psykisk ohälsa finns en bred repre-

⁷⁹ SKR, *Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård*, 2019.

sensation från såväl region som kommun inom det nationella programområdet (NPO) psykisk hälsa.

Utöver det ovan nämnda tar professionsorganisationer, professionsföreningar, fackliga organisationer och patient- och brukarorganisationer fram strategidokument, riktlinjer och vårdprogram inom sina respektive kompetensområden eller utifrån sina medlemsgruppers erfarenheter. En närmare genomgång av dessa förhållanden återfinns i SOU 2020:36, Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter.

Kunskapsunderlag i urval för vårt uppdrag

Utredningens uppdrag utgår från primärvårdsnivån. När det gäller den diagnosticerade psykiska ohälsan i primärvården är några diagnosområden särskilt vanliga, såsom ångest, depression, stressrelaterade besvär samt missbruk och beroende. Dessa utgör majoriteten av all diagnosticerad psykisk ohälsa. Det blir därför intressant att särskilt lyfta några av de kunskapsunderlag som används för dessa diagnosgrupper. I vår roll som statlig utredning lyfter vi i första hand kunskapsunderlag framtagna för den nationella nivån, såsom Socialstyrelsens nationella riktlinjer, men väljer också att lyfta ett urval av andra kunskapsunderlag av särskild betydelse för vårt uppdrag.

Om Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett stöd vid prioriteringar, och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter inom vård och omsorg bör satsa resurser på. I anslutning till dessa tas också målnivåer och utvärderingar fram, för att följa utvecklingen och kvaliteten i vården och omsorgen. Dessa indikatorer för uppföljning tar sin utgångspunkt i de nationella riktlinjerna. De nationella riktlinjerna vänder sig framför allt till beslutsfattare och profession inom respektive område. Socialstyrelsen baserar beslutet att ta fram riktlinjer på ett specifikt område utifrån att det finns ett stort behov av vägledning i vården eller socialtjänsten. I valet av riktlinjeområden inom hälso- och sjukvården är ett kriterium att området ska omfatta en stor grupp med en svår kronisk sjukdom som tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Nationella riktlinjer

är rekommendationer som bygger på kunskapsläget vid den tidpunkt då riktlinjerna togs fram. De utgör vägledning för vårdgivare och är inte bindande uttalanden om lämpliga behandlingsåtgärder eller rådgivning till patienter i enskilda fall.

3.3.2 Nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa

Inom området psykisk hälsa finns ett antal nationella riktlinjer omfattande depression och ångestsyndrom, demens, missbruk och beroende samt schizofreni. En nationell riktlinje avseende ADHD och autism är under framtagande. Socialstyrelsen tar också, utöver nationella riktlinjer, fram kunskapsstöd för olika tillstånd och diagnosgrupper. I det följande väljer vi att särskilt lyfta några av de nationella riktlinjerna, där urvalet baseras på att de återkommer i utredningens bedömningar (se kap. 6).

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Riktlinjerna från 2017, med en mindre översyn publicerad 2020, behandlar vård vid depression och ångestsyndrom.⁸⁰ De omfattar bl.a. diagnostik, utredning och omhändertagande samt behandling. Avgränsningar i riktlinjen är anpassningsstörningar, reaktion på svår stress och bipolär sjukdom. Barn och unga omfattas av riktlinjerna, äldre särredovisas inte. Olika behandlingsformer tas upp, men förmedlingssätt vid psykologisk behandling, t.ex. digitala mötesformer, tas inte upp. I riktlinjen samlas insatser för lätt och medelsvår depression, vilket skiljer sig från länder som särredovisar insatser för dessa båda tillstånd, och då kanske t.ex. rekommenderar fysisk aktivitet som behandlingsmetod för lättare depression i större utsträckning. Vilka insatser som rekommenderas i primärvård redovisas.

I en utvärdering av riktlinjerna 2019 belystes vikten av tidig diagnostik och bristen på uppföljningsmöjligheter. Den ojämna tillgången i landet till psykologisk behandling uppmärksammades.⁸¹

⁸⁰ Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning*, 2017, uppdaterade 2020.

⁸¹ Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019.

Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor

Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor innehåller rekommendationer om åtgärder för att förebygga och behandla sjukdom genom att stödja patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor.⁸² Riktlinjerna omfattar tobaksbruk, riskbruk av alkohol, matvanor och fysisk aktivitet. Riktlinjerna tar sikte på levnadsvanor oberoende av diagnos. Noterbart är att Socialstyrelsen även haft ett regeringsuppdrag under åren 2018–2020 att särskilt stödja utvecklingsarbetet i primärvården för patienter med psykisk ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor.

3.3.3 Huvudmännens vård- och insatsprogram vid psykisk ohälsa

De nationella vård- och insatsprogrammen för psykisk ohälsa i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning ska, tillsammans med insatser för att stödja implementering, öka användningen av evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap i mötet mellan personal och individ. Genom att sammanställa och tillgängliggöra olika kunskapsunderlag på en gemensam plats⁸³ för både specialistpsykiatri, primärvård, socialtjänst och skola är avsikten att öka förutsättningarna för likvärdiga insatser utifrån en helhetssyn. Innehållet i vård- och insatsprogrammen bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer och andra kunskapssammanställningar, men är utformade för att möta behovet av kunskap i eller inför mötet mellan personal och individ.

De nationella vård- och insatsprogrammen arbetas fram av en nationell arbetsgrupp (NAG) med deltagare från regioner och kommuner med spridning över landet. Arbetet sker inom ramen för Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa, en del av Nationellt system för kunskapsstyrning. I nuläget föreligger vård- och insatsprogram för Depression och ångestsyndrom, Missbruk och beroende, Schizofreni och liknande tillstånd samt för Självskade-

⁸² Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning*, 2018.

⁸³ SKR, *Nationella vård- och insatsprogram*, 2020.

beteende. Vård- och insatsprogram för ADHD är under utveckling, remissversioner föreligger och arbetet beräknas vara färdigt mars 2021.

Standardiserade vårdförlopp

Med förebild i cancervården påbörjades under 2019 arbetet för att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom ett tiotal olika sjukdomsområden, bl.a. förstagångsinsjuknande i schizofreni samt utredning av kognitiv svikt och demenssjukdomar. Under 2020/21 ska ytterligare vårdförlopp tas fram, för införande under 2021/22, bl.a. gällande självskadebeteende samt ångest och depression. De vårdförlopp som tas fram ska uppfylla följande kriterier:

- De ska kunna inbegripa flera specialiteter.
- De ska kunna starta i primärvården och vid behov innefatta socialtjänstinsatser.
- De ska kunna innefatta patienter med komplexa och långvariga sjukdomar.
- De ska kunna främja hälsa i hela förloppet.
- De ska utgå från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd.
- De bör utformas på ett sådant sätt att de kan följas i de informationssystem som används i regionerna.

Arbetet med de standardiserade vårdförloppen ska ske inom ramen för regionernas gemensamma nationella system för kunskapsstyrning.

3.3.4 Andra rapporter och underlag av relevans för uppdraget

Utmattningssyndrom – stressutlöst psykisk ohälsa

Stressutlöst psykisk ohälsa och utmattningssyndrom utgör en stor del av sjukfrånvaron kopplad till psykisk ohälsa.⁸⁴ På området finns få eller inga evidensbaserade insatser, och därmed få kunskapsunder-

⁸⁴ Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, 2020.

lag att tillgå i hälso- och sjukvården inklusive för primärvården. En rapport om det dåvarande kunskapsläget finns publicerad av Socialstyrelsen 2003.⁸⁵ Rapporten sammanställer det rådande kunskapsläget, men påtalar framför allt att man inväntar resultat av pågående studier. I rapporten föreslogs diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom. Rapporten ledde fram till ett svenskt införande av diagnosen Utmattningssyndrom i ICD-10 2005.

Socialstyrelsen har för området tagit fram ett försäkringsmedicinskt underlag, publicerat 2017.⁸⁶ Detta riktar sig främst till sjukskrivande läkare och handläggare på Försäkringskassan.

Som ett tecken på avsaknad av stöd för evidensbaserade insatser erbjuder regionerna i varierande utsträckning riktad behandling för denna diagnos. Ett exempel på insatser som erbjuds regionalt är Region Stockholms tillhandahållande av vårdval MMR2 (multimodal rehabilitering) för patienter med svårare utmattningssyndrom eller kronisk smärta.

Området är i nuläget föremål för fortsatt forskning, och många har för oss påtalat vikten av att särskilt inkludera primärvårdsnivån i dessa forskningsinsatser. Det pågår för närvarande ett riktlinjearbete, bl.a. med tydliggörande av diagnoskriterier, avseende utmattningssyndrom.⁸⁷

Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården

SBU publicerade 2012 en systematisk litteraturöversikt om det dåvarande kunskapsläget vad gällde implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården.⁸⁸ En av slutsatserna i rapporten var att en förstärkt primärvårdsorganisation, med en för uppgiften tränad yrkesperson, s.k. care manager, utgjorde en effektiv implementeringsstrategi vid behandlingen av personer med depression. De positiva effekterna sågs i kombination med andra åtgärder, såsom utbildning av vårdteamet och återkoppling av patientdata till behandlade läkare. Läkarnas förskrivning av antidepressiva läkemedel blev mer adekvat, och patienternas symtombörda minskade. Effekterna kvarstod minst

⁸⁵ Socialstyrelsen, *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa*, 2003.

⁸⁶ Socialstyrelsen, *Försäkringsmedicinskt underlag. Utmattningssyndrom*, 2017.

⁸⁷ Svenska psykiatriska föreningen, *SPF:s kliniska riktlinjer*.

⁸⁸ SBU, *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturöversikt*, 2012.

sex månader efter avslutad intervention, längre än så fanns inte underlag att bedöma. Insatsen bedömdes kostnadseffektiv.

Ytterligare en slutsats var att korta utbildningar, till medarbetarna, som enda åtgärd för att stödja följsamhet till riktlinjer och evidens för depression inte påverkade allmänläkarnas diagnostiska eller kommunikativa förmåga, och heller inte patienternas symtombörda. Sådan utbildning som enda åtgärd bedömdes därmed inte heller kostnadseffektiv.

Vidare konstateras i litteraturgenomgången att effekten av implementering är beroende av var den sker (kontext) och hur förändringsprocessen ser ut. Därför bör studier och systematiska översikter kompletteras med metodik som belyser kontextuella faktorer och just implementeringsprocessen.

3.3.5 Sammanfattande reflektioner

Inom det breda området psykisk ohälsa finns olika typer av kunskapsunderlag framtagna på olika nivåer i systemet. Utredningen konstaterar att det arbete gällande kunskapsstyrning som i nuläget genomförs samordnat mellan ett antal kunskapsmyndigheter samt regioner och kommuner är viktigt för att samordna insatserna inom området. Vi kan också konstatera att flera uppföljningar och utvärderingar visar att de kunskapsunderlag som finns, t.ex. Socialstyrelsens nationella riktlinjer, inte implementerats i tillräcklig utsträckning. Trots att olika insatser och satsningar genomförts, bl.a. via överenskommelser mellan staten och SKR, är följsamheten fortfarande otillräcklig, speglat som uppfyllelse av kvalitetsindikatorer kopplade till de nationella riktlinjerna. En reflektion från utredningens sida är att kunskapsunderlagen många gånger förefaller utgå från den specialiserade psykiatrins logik och arbetssätt, trots att huvuddelen av patienterna finns i primärvården. Att inkludera primärvårdens kontext tydligare i framtagandet av kunskapsunderlag för att underlätta implementering är en framgångsfaktor för framtiden. Det bör inom ramen för partnerskapet mellan Socialstyrelsen och huvudmännens modell för kunskapsstyrning finnas goda möjligheter till ett sådant arbetssätt, där också förutsättningarna för att inkludera även kommunernas hälso- och sjukvård bör kunna vara bättre än tidigare. Samtidigt lyfts farhågan att primärvården generellt

inte inkluderas tillräckligt, bl.a. p.g.a. bristande förutsättningar att delta i utvecklingsarbeten.

Något vi särskilt noterar är bristen på kunskapsunderlag vad gäller utmattningssyndrom och stressutlöst psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa och funktionspåverkan till följd av stress är en mycket vanlig besöksorsak i primärvården. Det är ett område där evidensen vad gäller behandling är svaga, men där det personliga lidandet och samhällskostnaderna, bl.a. till följd av omfattande sjukskrivningar, är höga. Det är inte tillfredsställande att behandling erbjuds på så olika sätt och i så olika utsträckning beroende på var i landet man bor, eller vilken vårdgivare, eller t.o.m. vilken behandlare patienten möter. Viktigt att hålla i minnet är att vårdskador till följd av felaktig behandling förstås förekommer vad gäller såväl psykiska som fysiska besvär. Att göra något, oavsett hur kunskapsläget ser ut, är inte alltid bättre än att inte göra något alls när det gäller sjukvård. Vare sig avseende fysiska eller psykiska tillstånd.

Implementering av kunskap är en känd utmaning i hälso- och sjukvården. Även om det gått några år sedan SBU:s rapport gällande implementering i primärvården publicerades betraktar utredningen dess slutsatser som fortsatt intressanta. Rapporten är en del i det bakomliggande underlaget för Socialstyrelsens nationella riktlinjer på området, där också funktionen vårdsamordnare, liksom team-baserat omhändertagande, lyfts.

Att effekten av implementering är beroende av var den sker (kontext) och hur förändringsprocessen ser ut styrker utredningens uppfattning att för att bättre implementera evidensbaserad kunskap gällande psykisk ohälsa i primärvården är de bedömningar som görs i kap. 6 gällande huvudmännens organisering, arbetssätt och metoder väl så viktigt som förändrad lagstiftning på området.

Vi vill i detta sammanhang lyfta behovet av ökade forskningsinsatser för ökad kunskap om psykisk ohälsa och dess behandling i primärvårdskontext.

3.4 Huvudmännens formulering av uppdraget psykisk ohälsa i primärvården

3.4.1 Inledning

Som beskrivs i avsnitt 3.5 har vi överlag bristande tillgång till data om det som sker i primärvården generellt, inklusive vad gäller psykisk ohälsa. De som har ansvar att tillhandahålla den offentligt finansierade primärvården är regioner och kommuner, utifrån sina respektive ansvarsområden, såsom beskrivna i HSL. Därför är det centralt hur huvudmännen operationaliserar detta ansvar i sina verksamheter.

Regionernas primärvård

Sedan 2010 är det enligt 7 kap. 3 § HSL obligatoriskt för regionerna att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. När regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) tillämpas. Detta brukar i dagligt tal kallas inrättande av vårdval.

Vårdvalssystemet innebär att varje region preciserar lokalt anpassade krav som varje vårdgivare måste uppfylla för att bli godkänd som vårdgivare av offentligt finansierad primärvård. De dokument i vilka dessa krav preciseras heter formellt förfrågningsunderlag. Samma krav gäller för privata leverantörer som för utförare av primärvård inom regionens egen regi.

Av förfrågningsunderlaget ska alltså framgå vilka krav och villkor som samtliga sökande måste uppfylla för att bli godkända som leverantörer inom valfrihetssystemet. Den ekonomiska ersättningen till leverantörerna ska också framgå av förfrågningsunderlaget. Om regionen beskriver att något *ska* finnas i verksamheten, dvs. beskriver ett s.k. skall-krav, är det en förutsättning att leverantören lever upp till det för att den ska godkännas som leverantör. Om regionen och leverantören har olika uppfattning om ett skall-krav är uppfyllt kan frågan på leverantörens initiativ prövas i allmän förvaltningsdomstol. De krav som anges i förfrågningsunderlagen är att se som en ”miniminivå”. Det vill säga det är möjligt för leverantörerna att tillhandahålla t.ex. fler kompetenser eller insatser än det som speci-

ficeras i förfrågningsunderlagen, men de kommer enbart att bli ersatta utifrån de villkor som anges förfrågningsunderlagen.

Mot denna bakgrund har vi gjort en kartläggning av samtliga 21 regioners förfrågningsunderlag⁸⁹ för primärvården och hur dessa beskriver utförarnas uppdrag på området psykisk hälsa. I två regioner är primärvårdsverksamheten organiserad så att delar av uppdraget som gäller psykisk ohälsa är förlagda till separata vårdval (för vuxna) för psykisk hälsa/psykoterapi på primärvårdsnivå.⁹⁰ Dessa har också analyserats, och ingår i översikten. Inte oväntat är dessa mer specifika i kraven gällande psykisk ohälsa. Flertalet regioner har organiserat sin mödrahälsovård utanför det breda primärvårdsvårdvalet. Antingen i egen regi, eller som ett separat vårdval. De faller inte inom vår kartläggning.

Samtidigt bör framhållas att det förfrågningsunderlagen beskriver är just det som beställs av huvudmännen. Det säger ingenting om i vilken grad verksamheterna lever upp till kraven.

Kommunernas primärvård

Kommunerna ansvarar enligt HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilda boendeformer, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med regionen, även för hemsjukvård i ordinärt boende, dvs. patientens privata bostad. När det gäller hemsjukvård ligger det lagstiftade ansvaret på regionerna även om kommunerna har fått befogenheter att erbjuda dem som vistas i kommunen hemsjukvård. Regionen har även möjlighet att, genom en överenskommelse med en kommun, överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård. I dag har alla regioner utom Region Stockholm ingått sådana överenskommelser.

För kommunerna föreligger dock inga krav på att organisera hela eller delar av sin hälso- och sjukvård i valfrihetsystem enligt LOV eller på något annat specifikt sätt. Även om det är en möjlighet som vissa kommuner nyttjar för olika delar av sina vård- och omsorgsverksamheter, finns det därmed inget gemensamt format för uppdragsbeskrivningar som är enkelt tillgängligt på samma sätt som förfrågningsunderlagen för regionernas primärvård.

⁸⁹ Såsom de var utformade våren 2020.

⁹⁰ Region Kalmar och Region Skåne.

I brist på motsvarande heltäckande underlag har utredningen valt att göra en kartläggning av ett urval av de förfrågningsunderlag som finns tillgängliga för kommunalt finansierad verksamhet, där hälso- och sjukvård ingår i uppdraget. Reglerna och funktionen för förfrågningsunderlagen är desamma som i regionernas primärvård (se föregående avsnitt). Utredningens kartläggning omfattar i denna del de kommuner som valt att upphandla särskilda boenden för äldre enligt LOV. Hösten 2020 var det 23 kommuner, av totalt 290 st. Vi är medvetna om att det inte går att dra några säkra slutsatser om dessa kommuners representativitet. Man kan utifrån olika logiker t.ex. tänka sig att införande av LOV har bidragit till såväl mer detaljerade uppdragsbeskrivningar som mindre. Samt att det skulle kunna uppstå en likriktning bland de kommuner som upphandlar enligt LOV, som skiljer sig från dem som inte gör det. Det är inte möjligt att avgöra utifrån vår kartläggning. Vi kan dock konstatera att det är relativt stor variation på innehållet och detaljeringsgraden även bland kommunernas förfrågningsunderlag, och att kartläggningen visar på en variation som är intressant i sig, även om den enbart skulle gälla de 23 kommuner⁹¹ vi haft möjlighet att titta närmre på.

I det följande redogörs först för resultatet av kartläggningen av hur uppdragen gällande psykisk ohälsa beskrivs avseende regionernas primärvård och därefter i ett urval av kommunernas särskilda boenden för äldre.

3.4.2 Uppdragsbeskrivning avseende psykisk ohälsa i regionernas primärvård

Övergripande uppdragsbeskrivning

Vid en genomgång av regionernas förfrågningsunderlag kan konstateras att det skiljer sig åt i vilken omfattning uppdraget avseende psykisk ohälsa beskrivs. På ett övergripande plan framgår av förfrågningsunderlagens utformning att omhändertagande av psykisk ohälsa ingår i primärvårdsuppdraget i alla regioner. I några regioner är uppdragsdelen psykisk ohälsa dock inte särskilt beskriven eller ut-

⁹¹ Danderyds kommun, Halmstads kommun, Huddinge Kommun, Kävlinge kommun, Lidingö Stad, Mölndals stad, Nacka kommun, Norrtälje kommun, Ronneby kommun, Simrishamns kommun, Sollentuna kommun, Solna stad, Staffanstorps kommun, Stockholms stad, Sundbyberg stad, Sölvesborgs kommun, Täby kommun, Upplands-Bro kommun, Upplands Väsby kommun, Uppsala kommun, Uppvidinge kommun, Växjö kommun och Österåkers kommun,

vecklad, t.ex. i form av förväntningar eller krav från regionen på hur verksamheten ska utformas och vad den ska innehålla. I andra regioner har denna uppdragsdel beskrivits, men fortfarande på ett övergripande plan. Uppdraget kan t.ex. vara formulerat i generella termer som att vårdgivaren ska bedöma, behandla, rehabilitera och följa upp patienter med psykisk ohälsa. Uppdraget kan också anges vara att vårdgivaren ska tillhandahålla hälso- och sjukvård vid somatiska och psykiatriska tillstånd, innebärande utredning, diagnostik, behandling, omvårdnad, rådgivning och uppföljning. En annan beskrivning kan vara att vårdgivaren ska arbeta aktivt med att identifiera personer med risk för stort vård- och omsorgsbehov avseende bl.a. psykisk ohälsa. Vanligt är också formuleringar som anger att uppdraget avser första linjens hälso- och sjukvård eller första linjens psykiska hälsa. Att psykisk ohälsa ändå är ett område som uppfattas kräva särskild uppmärksamhet reflekteras samtidigt genom att vissa regioner har särskilda satsningar eller tilläggsuppdrag på området, såsom t.ex. att förstärka med vissa professioner, eller högre ersättningar för besök till vissa personalkategorier.

Målgrupper för uppdraget

Regionerna specificerar i sina förfrågningsunderlag på olika sätt vilka målgrupper som omfattas av uppdraget avseende psykisk ohälsa. Ungefär hälften av regionerna avgränsar på ett eller flera sätt uppdraget bl.a. i fråga om diagnoser, grad av diagnos och ålder. Hos resterande hälft är målgruppen för uppdraget psykisk ohälsa inte närmare preciserad.

Avgränsningarna uttrycks ofta som att uppdraget omfattar lindrig till måttlig psykisk ohälsa, utan att specificera vilka diagnoser eller andra tillstånd som kan falla inom ramen för denna lindriga till måttliga psykiska ohälsa. Andra beskriver i stället vilka diagnoser eller tillstånd uppdraget omfattar, utan att närmare precisera allvarlighetsgrad. När diagnoser eller tillstånd omnämns återkommer främst depression, ångestsyndrom, stressrelaterade tillstånd, psykosomatiska tillstånd och krisreaktioner.

De flesta regionerna har inte avgränsat uppdraget avseende psykisk ohälsa till någon särskild åldersgrupp. I ett mindre antal regioner omfattar uppdraget dock inte barn och i ytterligare några få omfattar

uppdraget åldrarna 16 år och uppåt. I en region, där uppdraget omfattar alla åldrar, omnämns särskilt äldre på så sätt att leverantören ska ”säkerställa att äldre patienter med psykisk ohälsa eller sjukdom får denna identifierad och diagnosticerad samt erbjuds stöd och behandling utifrån bästa tillgängliga kunskap”.⁹²

Kompetenser

I kartläggningen av regionernas beskrivning av uppdraget psykisk ohälsa har utredningen granskat vilka professioner, dvs. yrkeskategorier, som regionerna ställer krav på inom den delen av uppdraget. I de flesta förfrågningsunderlagen finns ett särskilt avsnitt som avser uppdragsdelen psykisk ohälsa. I vissa fall anges där vilka kompetenser som efterfrågas för den delen av uppdraget. I andra fall är kraven på kompetenser i stället formulerade för primärvårdsuppdraget som helhet. Utredningen har då tittat på kravställandet avseende de professioner som har särskild relevans för uppdragsdelen psykisk ohälsa. Några regioner har särskilda kompetensbeskrivningar i uppdragsdelen rehabilitering och i den mån de professioner som där beskrivs relaterar till psykisk ohälsa har de inkluderats i denna redogörelse.

Hur specifika kompetenskraven är skiljer sig åt. Hos några regioner förekommer endast en generell skrivning i fråga om kraven på kompetens, utan närmare angivelse vilka professioner som ska finnas i verksamheten. Skrivningen formuleras som ett krav på att vårdgivaren ska ha den kompetens och de resurser som krävs för uppdraget, för att omhänderta psykisk ohälsa, eller liknande. Det kan tänkas att det avseende vissa hälso- och sjukvårdsinsatser är nödvändigt med en viss specifik yrkeskategori, medan det avseende andra insatser kan finnas olika bedömningar kring behov av kompetens och yrke. Generellt utformade krav lämnar större utrymme för bedömning i fråga om vårdgivaren kan anses ha tillräcklig kompetens för uppdraget och därmed ha uppfyllt skall-kravet i fråga.

⁹² Region Östergötland.

En region⁹³ ställer upp bör-krav kring kompetens. Utöver en generell skrivning om att den kompetens som krävs för uppdraget ska finnas, anges att insatser avseende psykisk ohälsa *bör* föregås av bedömning av primärvårdsläkare⁹⁴ eller annan personalkategori med likvärdig kompetens, samt att de beslutade insatserna *bör* ges av legitimerad psykoterapeut eller sjukvårdsprofession med minst psykoterapeutisk grundutbildning. Noteras kan att en sådan formulering lämnar utrymme för vårdgivaren att avgöra den faktiska förekomsten av de yrkeskategorier som regionen enligt formuleringen i förfrågningsunderlaget anser *bör* finnas i verksamheten.

I de flesta regionerna har dock kravet på kompetens i stället formulerats så att förekomsten av en viss eller vissa angivna yrkeskategorier utgör villkor för uppdragets fullföljande. Kraven på dessa professioner är i de allra flesta fall formulerade som alternativa krav, med innebörden att någon eller några av de uppräknade professionerna ska finnas. Det finns då utrymme för vårdgivaren att avgöra vilken eller vilka av de i förfrågningsunderlaget angivna professionerna som ska tillhandahållas. De professioner som omnämns i samband med krav på kompetens, som alternativa krav, eller som professioner som *bör* finnas i verksamheten, är bl.a. legitimerad psykoterapeut, mödra- och barnhälsovårdspsykolog, psykolog, socionom, sjuksköterska, legitimerad hälso- och sjukvårdskurator samt kurator utan specificering i fråga om legitimation, specialistsjuksköterska i psykiatri och försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare. Vanligt är också att kompetens efterfrågas i form av grundläggande psykoterapiutbildning, ibland med hänvisning till motsvarande steg 1-utbildning.

Ovanstående är i någon mån en beskrivning av vilka yrkeskategorier som regioner anser behövliga för uppdragets fullföljande. Att en viss angiven yrkeskategori *ska* finnas för att leverantören ska kunna godkännas, dvs. att yrkeskategorin inte utgör ett alternativt krav, är förhållandevis ovanligt. Här kan också konstateras att formuleringarna många gånger är sådana att det inte med enkelhet går att utläsa om en profession utgör ett alternativt eller ett absolut krav. Det är därför utan exakthet följande kan noteras i fråga om vilka professioner som *ska* finnas i eller tillgänglig för verksamheten. Krav på legitimerad psykolog förekommer i fem regioner.⁹⁵ I betydligt fler

⁹³ Region Blekinge.

⁹⁴ Observera att denna beskrivning inte säger något om vilken specialitet som efterfrågas.

⁹⁵ Här är kraven inom det separata vårdvalet psykisk ohälsa hos Region Kalmar medräknat, däremot inte Region Dalarna som ställer krav på mödra/barnpsykolog.

regioner är legitimerad psykolog i stället ett alternativt krav. En region ställer krav på legitimerad psykoterapeut. Tre på kurator, utan angivelse om att legitimerad hälso- och sjukvårdskurator avses, en på mödra- och barnhälsovårdpsykolog och en på försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare.⁹⁶

Det är vanligt att det i förfrågningsunderlagen uttrycks att det ska finnas kompetens i form av profession med ”minst grundläggande psykoterapiutbildning”, ”grundutbildning i psykoterapi”, ”lägst basutbildning i psykoterapi”, eller ”steg 1-utbildning”. Omkring en tredjedel av regionerna hänvisar till sådana kompetenskrav. I vilken mån sådana kompetenskrav kombineras med legitimerad hälso- och sjukvårdsutbildning varierar. Värt att notera är att en s.k. grundläggande psykoterapiutbildning, som ibland benämns t.ex. steg 1-utbildning, är oreglerad och att några nationellt ställda krav på utbildningens innehåll och omfattning inte finns. En beskrivning av grundutbildningen i psykoterapi görs i avsnitt 3.7.2.

En region ställer krav på psykosocialt team.⁹⁷ Regionen i fråga anger att lämpliga kompetenser i teamet är kurator, psykolog, psykiatrijuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och läkare. I en annan region utgör förekomsten av ett psykosocialt team en del av uppföljningen, utan att krav på sådant team finns.⁹⁸ Andra regioner använder teambegrepp på ett mer övergripande plan och i olika sammanhang, vanligen inom uppdragsdelen rehabilitering. I denna del av uppdraget kan t.ex. anges att det ska finnas möjlighet till teambaserade insatser, att det ska finnas ett rehabteam i form av fysioterapeut, arbetsterapeut, beteendevetare och läkare, att ett multi-professionellt teambaserat arbetssätt ska tillämpas m.m.

Några regioner omnämner vårdsamordnare i sina underlag men i de flesta av dessa fall avser samordningen av vård de mest sjuka äldre eller utskrivning från sjukhus. En region omnämner dock vårdsamordnare i sammanhanget psykisk ohälsa.⁹⁹ Regionens regionala medicinska riktlinje anger att patienter med depression, ångestsyndrom eller stressrelaterad psykisk ohälsa, och som bedöms kunna handläggas i primärvården, bör erbjudas stöd av vårdsamordnare.

⁹⁶ Här inkluderas inte professioner som ingår i tilläggsuppdrag inom uppdraget psykisk ohälsa hos region Blekinge.

⁹⁷ Region Jönköping.

⁹⁸ Region Sörmland.

⁹⁹ Västra Götalandsregionen.

Metoder och riktlinjer

Förfrågningsunderlagen innehåller i olika utsträckning krav på att tillhandahålla olika metoder såsom KBT, FACT, ACT, IPT, PDT och MI. I fem regioner omnämns internetbaserad kognitiv beteendeterapi (IKBT) i underlagen när uppdragsdelen psykisk ohälsa beskrivs. I vissa regioner utgör tillhandahållandet av denna behandlingsmetod ett krav, i andra är IKBT snarare omnämnt som en möjlig behandlingsmetod.

I tre regioner förekommer begreppet stegvis vård inom uppdragsdelen psykisk ohälsa. Det uttrycks t.ex. på så sätt att arbetet med psykisk ohälsa ska bedrivas enligt principerna för stegvis vård eller genom formuleringen att primärvården ska erbjuda hög tillgänglighet och att detta kan uppnås genom fokuserade bedömningar och stegvis vård.

I de flesta regionerna görs avseende primärvårdsuppdraget som helhet en generell hänvisning till nationella och/eller regionala riktlinjer och en förväntad följsamhet till dessa. Formuleringen kan t.ex. vara att vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten i samtliga relevanta delar följer riktlinjer som utfärdats av statliga och kommunala myndigheter och verk eller att verksamhetschefen ska vara väl förtrogen med gällande riktlinjer. I drygt hälften av regionerna görs en specifik hänvisning till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Det görs i sammanhanget när uppdragsdelen hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete beskrivs. Regionerna har olika sätt att uttrycka hur arbetet med sådana åtgärder ska se ut. Samtliga beskriver att arbete med levnadsvanor ska ske eller att levnadsvanor ska identifieras. Två regioner hänvisar till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.

Kopplingen till den kommunala hälso- och sjukvården

Vår genomgång visar att regionernas förfrågningsunderlag inte behandlar frågan om hur kompetens inom psykisk ohälsa på primärvårdsnivå eventuellt ska tillhandahållas personer som har insatser från kommunal hälso- och sjukvård. Det enda som specificeras är

läkarmedverkan,¹⁰⁰ enligt de särskilda avtal som varje region måste sluta med kommunerna.

Fortbildning

Mot bakgrund av fortbildningens betydelse för underhåll av kompetens har utredningen tittat på i vilken utsträckning fortbildning av medarbetarna utgör krav från regionernas sida. Det kan konstateras att i de fall fortbildningskrav över huvud taget förekommer, avser de primärvårdsuppdraget som helhet och ingen åtskillnad görs i fråga om uppdragsdelen psykisk ohälsa och övriga delar av primärvårdsuppdraget.

Krav på fortbildning av medarbetarna finns i drygt hälften av regionerna. Kravet är generellt utformat, ungefär uttryckt så att verksamhetschefen ansvarar för att personalen får den fortbildning eller vidareutbildning som erfordras för att upprätthålla kompetensen. En tredjedel av dessa regioner ställer också krav på deltagande i vissa anvisade utbildningar som regionen ordnar.

Ersättning

Hur uppdragen gällande psykisk ohälsa ersätts i vårdvalen för primärvård ser generellt mycket olika ut mellan olika regioner. Flera regioner anger ingen särskild ersättning kopplat till psykisk ohälsa, utan det omfattas av kapiteringsersättningen.¹⁰¹ Andra har specifik ersättning för vissa särskilda behandlingar och insatser såsom digital behandling, eller särskilda uppdrag.¹⁰²

En region¹⁰³ anger att man särskilt ersätter praktisk tjänstgöring för psykologer (PTP) och att man inom vårdval primärvård avsatt medel för KBT Basutbildning (steg 1), genom avtal med extern leverantör som tillhandahåller utbildningen.

¹⁰⁰ Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §, 16 kap. 1 § HSL.

¹⁰¹ Vi har i SOU 2018:39 redogjort för ersättningssystemen i primärvården, se avsnitt 5.2.15.

¹⁰² T.ex. psykologbedömningar i Region Kronoberg.

¹⁰³ Region Jönköping.

Någon region ger strukturersättning – kopplat till implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder – till hälsocentraler som arbetar aktivt med insatser för bl.a. riskgrupperna depression/ångest samt sömnstörning.¹⁰⁴

En del har särskild ersättning för besök kopplade till psykisk ohälsa, ibland differentierat utifrån vilken profession patienten får träffa. Några regioner har också specifika ersättningar för gruppbehandlingar. Hos ett par regioner utgår ersättning för specifika funktioner med koppling till psykisk ohälsa såsom vårdsamordnare, kontaktsjuksköterska och rehabiliteringskoordinator (rehabkoordinator).

Uppföljning

Det skiljer sig en hel del även kring hur krav på uppföljning beskrivs i förfrågningsunderlagen. Någon enstaka lyfter inget specifikt kopplat till psykisk ohälsa i delarna om uppföljning. Ett par regioner hänvisar till SKR:s Basmodell för uppföljning av primärvård, där bl.a. följande lyfts:

h. Depression och ångest, huvudsakligen enligt SoS riktlinjer 2010 (SoS indikatornummer inom parentes)

Bas: Patient med dessa diagnoser, antal per 1000 listade.

1. Andel som förskrivits och hämtat ut antidepressivt läkemedel minst en gång under året, % (1.4)
2. Andel som följts upp via telefon eller återbesök minst 2 gånger första månaden efter insatt läkemedelsbehandling, % (2.11)
3. Andel som fått internetbaserad KBT, % (2.8)
4. Andel som fått psykologbehandling med KBT, % (2.9)
5. Finns rutin för användning av MADRS, GDS? ja/delvis/nej
6. Kuratorsresurs, heltidstjänst per 1000 listade.¹⁰⁵

Flertalet anger dock egna indikatorer, i olika kombinationer. Exempel på indikatorer som ska rapporteras från utförarna är antal patienter som diagnosticerats med depression och ångest, andel av diagnosti-

¹⁰⁴ Region Norrbotten.

¹⁰⁵ SKR, *Basmodell för uppföljning av primärvård*, 2014.

cerade patienter som fått psykolog- eller kuratorsbehandling, antal individer med depression där suicidriskbedömning gjorts; antal genomförda hälsoundersökningar, antal besök hos olika personalkategorier samt uppfyllelse av vårdgarantin om medicinsk bedömning inom tre dagar.

Samverkan med den specialiserade psykiatrin

De flesta regioner har någon form av fastslagen rutin, riktlinje eller vägledning för ansvarsfördelning och samverkan mellan primärvården och den specialiserade vuxenpsykiatrin, och cirka hälften av regionerna har en tydlig hänvisning till dessa i sina förfrågningsunderlag.¹⁰⁶ Hos vissa regioner förefaller det pågå ett arbete för att revidera dessa.

En region uppmanar utförare att “upprätta skriftliga samverkansöverenskommelser med andra relevanta vård- och omsorgsgivare i kommunen/stadsdelen”, snarare än att det finns övergripande riktlinjer för regionen som helhet. Särskilt ska samverkan med lokal psykiatri och beroendevård prioriteras.¹⁰⁷

Rehabiliteringskoordinatorer

Utredningen har kartlagt i vilken mån regionerna ställer krav på sådana koordineringsinsatser som enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter ska erbjudas av regionerna till sjukskrivna patienter, i syfte att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Dessa insatser benämns vanligen rehabiliteringskoordinatorer men kan också ha andra benämningar, såsom sjukskrivningscoach. I sammanställningen här används termen rehabiliteringskoordinator även när andra benämningar används i förfrågningsunderlaget.

I drygt hälften av regionerna ställs uttryckligt krav på att det ska finnas en rehabiliteringskoordinator i verksamheten. I andra regioner finns mer generella formuleringar som relaterar till en rehabiliteringskoordinators arbete, utan att för den skull innebära ett uttryckligt krav på denna funktion.

¹⁰⁶ De som har generella hänvisningar till gällande lokala riktlinjer räknas inte in här.

¹⁰⁷ Region Stockholm och Norrtälje.

När det finns ett krav på rehabiliteringskoordinator i verksamheten omnämns inte dennes eventuella arbete med just psykisk ohälsa. I stället görs en mer generell hänvisning till rehabiliteringskoordinators arbete i sjukskrivningsprocessen. En region utgör i detta avseende ett undantag, då den i sitt förfrågningsunderlag beskriver att en stor del av rehabiliteringskoordinators uppdrag riktar sig till patienter som är sjukskrivna p.g.a. lättare och medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta.

I sammanhanget kan uppmärksammas att enbart en region¹⁰⁸ i sitt förfrågningsunderlag omnämner företagshälsovården, som en aktör för samverkan.

3.4.3 Uppdragsbeskrivning avseende psykisk ohälsa i kommunernas särskilda boenden

En plats på särskilt boende (säbo) får man efter biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen (2001:453), (SoL), men kommunen ansvarar som tidigare beskrivits också för att tillhandahålla hälso- och sjukvård (ej läkarvård) till boende på säbo. Hälso- och sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå är alltså en del i det uppdrag som ska utföras, så även när man upphandlar privata leverantörer av säbo. Generellt beskriver förfrågningsunderlagen att det finns möjlighet att bedriva två olika typer av säbo för äldre, dels med ”somatisk inriktning” dels ”demensinriktning”, men förfrågningsunderlagen gäller bägge inriktningarna. Även om boenden med somatisk inriktning sedan beskrivs som avsedda för personer vars behov uppstått till följd av ålderdom, fysiska och psykiska funktionsnedsättningar eller allvarlig sjukdom, kan noteras att benämningen sätter fokus på de somatiska behoven snarare än de psykiska.

Såväl insatser med stöd av SoL, t.ex. för att ge äldre möjlighet till en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra, som regelrätta hälso- och sjukvårdsinsatser är av betydelse för arbetet mot psykisk ohälsa. Givet att vårt uppdrag har sin utgångspunkt i primärvårdens uppdrag fokuserar vår kartläggning här på hur hälso- och sjukvårdsuppdraget är beskrivet i förfrågningsunderlagen, men berör även en del andra aspekter utifrån dess relevans för området, och vikten av att det finns ett helhetsperspektiv i verksamheterna.

¹⁰⁸ Region Halland.

Övergripande uppdragsbeskrivning avseende hälso- och sjukvård

Samtliga analyserade kommuner utom en¹⁰⁹ formulerar övergripande hälso- och sjukvårdsuppdraget som ”hälso- och sjukvård upp t.o.m. sjuksköterskenivå”. I cirka hälften av underlagen säger man upp till sjuksköterskenivå, inklusive fysioterapeut och arbetsterapeut (alternativt inklusive rehabilitering). I vissa övergripande uppdragsbeskrivningar nämns enbart sjuksköterska.

Det varierar i vilken grad man utvecklar hälso- och sjukvårdsuppdraget utöver de krav som är lagstadgade, såsom t.ex. krav på verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och dokumentation. Där mer utvecklade beskrivningar finns kan det t.ex. formuleras som att:

För att brukaren ska kunna leva ett aktivt liv, känna trygghet och uppleva hälsa och välbefinnande, ska utföraren arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet samt med ett hälsoinriktat och rehabiliterande arbetssätt. Utföraren ska ha skriftliga rutiner för hur fastställda metoder för vård och behandling tillämpas, följs upp och omprövas. Utföraren ska ha skriftliga rutiner för hur nya metoder för diagnostik, vård och behandling introduceras så att patientsäkerheten säkerställs samt för hur inaktuella metoder identifieras och avvecklas.¹¹⁰

Den medicinska vården och omvårdnaden ska bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och ska omfatta såväl psykiska som fysiska behov.¹¹¹

Kompetenser och bemanning

Genomgående beskrivs att de legitimerade hälso- och sjukvårdskompetenser som ska finnas är sjuksköterska samt arbetsterapeut och fysioterapeut. I vissa kommuner tillhandahåller dock kommunen kompetenserna fysioterapeut och arbetsterapeut även till privata utförare. Det skiljer sig också i vilken utsträckning dessa bägge kompetenser ska (kunna) tillhandahållas eller finnas tillgänglig på daglig/veckobasis. Flera lyfter särskilt fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

¹⁰⁹ I Norrtälje, där man organiserat regionens och kommunens vård gemensamt i kommunalförbundet Tiohundra, inkluderar uppdraget även läkare.

¹¹⁰ Täby kommun.

¹¹¹ Sollentuna Kommun.

peuters ansvar att handleda och stödja omvårdnadspersonal i hälsofrämjande/rehabiliterande och habiliterande arbetssätt.

Det kan också noteras att ett fåtal förfrågningsunderlag anger att man ska ha tillgång till dietist. Inget av de förfrågningsunderlagen vi tittat på ställer krav på specialistsjuksköterska, eller nämner den kompetensen.

Majoriteten av de analyserade förfrågningsunderlagen ställer krav på att utföraren ska tillhandahålla löpande fortbildning och kompetensutveckling för personalen. Några har också krav på individuella kompetensutvecklingsplaner.

Meningsfull vardag

Det stora flertalet har en skrivning eller ett avsnitt om aktiv och meningsfull tillvaro eller motsvarande för de boende. Det vill säga inte regelrätta hälso- och sjukvårdsinsatser, men insatser som är väl så viktiga för att förebygga psykisk ohälsa (och eventuellt behov av behandlande hälso- och sjukvårdsinsatser kopplade till psykisk ohälsa). I dessa sektioner beskrivs på lite olika sätt och olika detaljerat, att utföraren, utifrån den enskildes förmåga och önskemål, ska erbjudas vardagsnära aktiviteter och stimulans. Det kan handla om aktiviteter både inom och utanför boendet och om såväl fysiska aktiviteter som social samvaro.

Ett par kommuner är också tydliga med att det är önskvärt med samarbete med frivilligorganisationer, i syfte att tillgodose de enskildas sociala, kulturella, andliga och mentala behov.

Kunskapsstöd och kvalitetsregister

De nationella riktlinjer som direkt hänvisas till, i några av underlagen, är de för demens samt för palliativ vård. Ett antal har dock mer övergripande skrivningar om att verksamheten ska bedrivas i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd, föreskrifter och riktlinjer. Flertalet anger att utförarna ska registrera i de kvalitetsregister som är utpekade, vanligen Senior Alert, Palliativregistret och BPSD. Det kan också noteras att 4 av de 23 kommunerna ställer krav på anslutning till Nationell patientöversikt (NPÖ).

3.4.4 Sammanfattande reflektioner

Vår kartläggning av hur regionerna samt ett urval av kommunerna formulerar sina primärvårdsverksamhetens uppdrag avseende psykisk ohälsa visar på en variation i såväl detaljeringsgrad som specifika krav. En viss variation är att vänta, då en avsikt med att huvudmännen utformar organiseringen är just behovet av anpassning till lokal kontext och olika förutsättningar. Vår genomgång visar dock på skillnader som är svåra att förstå som enbart beroende på sådana anpassningar.

Vad gäller regionernas primärvård är det anmärkningsvärt att dessa uppdragsbeskrivningar många gånger är på en påfallande övergripande nivå. Detta lämnar ett stort utrymme för tolkningar av olika leverantörer, något som kan resultera i en ojämlig vård t.o.m. för invånare inom samma region. Det torde också försvåra uppföljningen från huvudmannens sida, och göra det svårt för invånarna att veta vad man kan förvänta sig från utförarna av primärvård.

Motsvarande gäller den nationella nivån. Uppföljningen på aggregerad nivå skulle underlättas om regionerna i sina förfrågningsunderlag gav uttryck för intentionen att följa och följa upp nationella riktlinjer och andra kunskapsunderlag på ett mer likartat sätt. Avsikten med de nationella kunskapsstöden, att säkerställa en jämlik vård i hela landet, skulle därmed kunna främjas. Ett sådant arbete vad gäller mer standardiserade insatser hos huvudmännen är också avsikten med huvudmännens gemensamma modell för kunskapsstyrning. En större tydlighet vad gäller primärvårdens uppdrag för den psykiska ohälsan skulle kunna vara ett stöd för huvudmännen i det arbetet.

I våra dialoger med företrädare för regionerna har det också lyfts att man ser behov av ett ”omtag” vad gäller primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Detta utifrån att det rör sig om en stor andel av de patienter man i dag handlägger i primärvården, och utifrån avsaknaden av fastslagna strukturer för omhändertagande och uppföljning. Man vet helt enkelt för lite om vad som görs i verksamheterna, och vilka resultat det ger. Detta gör det i sin tur svårare att vara en tydlig beställare, och att adekvat resurssätta, arbetet med psykisk ohälsa. Det blir något av en ond cirkel.

Mot denna bakgrund har flera regioner också inlett, eller planerar att inleda, arbeten för att skapa en bättre överblick av och struktur för arbetet inom området (t.ex. Dalarna, Skåne, Stockholm, Uppsala och Östergötland). I denna kontext har våra dialoger med företrädare för huvudmännen också pekat på att en större tydlighet kring primärvårdens uppdrag gällande psykisk ohälsa skulle kunna vara hjälpsamt i de lokala diskussionerna.

Även vad gäller kommunernas primärvård, här illustrerad av den hälso- och sjukvård som ska tillhandahållas för äldre på säbo, finns det en relativt stor variation, och vi kan konstatera hälso- och sjukvårdsuppdraget ofta är beskrivet på en övergripande nivå. Det mesta som krävs och beskrivs anknyter till sådant som regleras i HSL. Till exempel verksamhetschef, MAS och dokumentationskrav. I de flesta underlag sägs mycket lite, om något, kring t.ex. kunskapsstöd och rutiner av relevans för uppdraget. Inget nämner några specifika kunskapsstöd eller riktlinjer kopplade till psykisk ohälsa.

Det har i utredningens dialoger lyfts att det kan finnas mycket olika nivåer av kunskap om hälso- och sjukvård, och de olika yrkesgruppernas kompetenser, såväl bland styr- och ledningsfunktioner i kommuner som bland chefer i de verksamheter där det bedrivs hälso- och sjukvård. Detta påverkar möjligheten att göra ändamålsenliga beställningar och att organisera verksamheten på adekvat sätt.

Gällande arbetet mot psykisk ohälsa, ser vi en potential i att säbo är skyldiga att tillhandahålla såväl socialtjänstinsatser som vissa hälso- och sjukvårdsinsatser. Mycket av det som ligger inom socialtjänstens ansvar kan vara centrala delar i ett förebyggande arbete. Om det också mer strukturerat kan samspela med de medicinska kompetenser som ska finnas inom kommunens hälso- och sjukvård finns bättre förutsättningar att såväl förebygga som identifiera och behandla psykisk ohälsa inom kommunens primärvård.

Utöver sjuksköterskor, spelar fysioterapeuter och arbetsterapeuter en viktig roll i att etablera hälsofrämjande och rehabiliterande arbetsätt, och handleda omvårdnadspersonal i detta. Det är insatser som kan vara av stor vikt för att främja de boendes psykiska hälsa. Här gäller det att tillräcklig kompetens finns att tillgå, men även att tid och resurser avsätts för fortbildning och handledning av olika personalkategorier.

Sammanfattningsvis ser vi att kartläggningen av såväl regionernas som kommunernas uppdragsbeskrivningar gällande psykisk ohälsa visar på ett behov av att huvudmännen utvecklar och fastställer tydligare övergripande strukturer och stöd för primärvårdsverksamheternas omhändertagande av psykisk ohälsa.

3.5 Möjligheter till uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

En utmaning för oss, och andra, som har i uppdrag att utveckla och förbättra vården för personer med psykisk ohälsa är att det i dagsläget i stora delar saknas tillräckliga underlag för hur vi i Sverige i dag hanterar den psykiska ohälsan i hälso- och sjukvården; vilka behov som finns, vilka insatser som görs och vilka resultat som nås.

Att beskriva vad som görs, av vem, och vilka resultat som nås, när det gäller psykisk ohälsa generellt, men framför allt i primärvården, låter sig i dag inte göras på ett enkelt, systematiskt sätt, på nationell nivå. Området lider av att man i stora delar fortsatt saknar gemensamt fastslagna definitioner av begrepp och termer, vilket gör att dessa återkommande måste definieras i olika enskilda sammanhang. Såväl på mer strategisk nivå som i mötet kring en enskild patient. Liksom för somatiken blir möjligheterna till uppföljning också lidande av att primärvården, där majoriteten av patienterna med psykisk ohälsa finns, inte omfattas av Patientregistret. Samt av det faktum att Patientregistret för den öppna specialiserade psykiatrin enbart omfattar läkare, inte övriga legitimerade professioner, trots att de ofta står för den behandlande insatsen när det gäller psykisk ohälsa.

Den som vill försöka få en bild av såväl nuläge som utveckling över tid måste därför i stället vända sig till andra källor än de som vanligtvis används när patientens väg genom vården ska beskrivas.

I det följande gör vi en tillbakablick på våra tidigare bedömningar gällande behovet av en systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, för att sedan titta närmre på några möjliga alternativa källor till information om arbetet med psykisk hälsa i primärvården. Därefter tittar vi närmre på några indikatorer från dessa källor, utifrån vilka vi gör ett antal sammanfattande reflektioner kring uppföljningen av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa.

3.5.1 Utredningens tidigare iakttagelser och bedömningar avseende uppföljning av primärvården

God och nära vård. En primärvårdsreform

Som vi beskrivit i tidigare betänkande¹¹² saknar Sverige i dagsläget en systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, utifrån gemensamma standarder. Ett problem som också lyfts av bl.a. Socialstyrelsen, Vård- och omsorgsanalys, SCB och OECD. Vi saknar därmed i stor utsträckning solida underlag för statistik och forskning samt för att systematiskt följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra majoriteten av den hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige. Det gäller såväl den somatiska som den psykiska hälsan som tas om hand i primärvården.

I vårt betänkande SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, gjorde vi därför bedömningen att det var avgörande att en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå brådskande börjar byggas upp för att omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård, som vår utredning haft i uppdrag att samordna och stödja, ska komma till stånd. I det betänkandet resonerade vi kring två olika möjliga ansatser, som inte är sinsemellan exkluderande. Dels en utökning av Patientregistret till att även omfatta primärvården, dels en utökad rapportering till väntetidsdatabasen vid SKR, enligt en redan framtagna utökad modell. Den senare kan dock inte i samma utsträckning som Patientregistret ge underlag till ändamål som kvalitetsuppföljning, utvärdering, analys, epidemiologiska studier och forskning. Indikatorerna kan heller inte kopplas till data i andra register och datakällor.

Sedan 2010 pågår en dialog mellan Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Socialstyrelsen kring förutsättningarna att utöka Patientregistret till att även omfatta primärvården. I avvaktan på resultatet från dessa dialoger valde utredningen att föreslå att regionerna i ett första steg skulle börja rapportera vissa uppgifter (kontakttyp, yrkeskategori, och i förekommande fall diagnos och åtgärdskod) från utförare inom primärvården till en nationell databas.

¹¹² Se bl.a. avsnitt 8.2 i SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

Utveckling efter att utredningen överlämnade SOU 2018:39

Mot bakgrund av den påbörjade omställningen mot en god och nära vård, och behovet att kunna följa upp såväl styrning som reformer i primärvården, gav regeringen i juli 2019 Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården. Uppdraget gavs i tre delar där den första delen avser möjligheter för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Den andra handlar om förutsättningarna för att på aggregerad nivå inhämta resultat för ett antal utvalda indikatorer i syfte att följa omställningen till en mer nära vård. Det tredje deluppdraget handlar om att följa upp, analysera och rapportera hur omställningsarbetet i regionerna och kommunerna utvecklas, och kommer inte behandlas närmare här.

Gällande deluppdrag I anges att Socialstyrelsen ska ge förslag på vilka variabler och personalkategorier som bedöms vara nödvändiga att omfattas av regionernas uppgiftslämnande. Detta ska göras utifrån vad som bedöms stå i proportionalitet mellan integritetsintrånget och det allmännas intresse av uppföljning av primärvården avseende vårdens kvalitet, jämlikhet och som möjliggör djupare analyser på nationell nivå. Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2021.¹¹³

Socialstyrelsen har lämnat två delrapporter kring uppdrag II, en i november 2019 och en i juni 2020, där ett första förslag på möjliga indikatorer presenteras. I syfte att följa utvecklingen av vårdkonsumtionen mellan olika vårdnivåer har Socialstyrelsen i förslaget på möjliga indikatorer, som ska vidareutvecklas, valt ut nio patientgrupper med primärvårdsrelevanta kroniska sjukdomar och följt deras konsumtion av öppen och sluten specialistvård samt läkemedelsuttag i öppen specialistvård respektive primärvård. Bland de nio patientgrupperna återfinns diagnoser avseende depression och ångest. Utöver dessa diagnosgrupper värdkonsumtion ägnar rapporten också viss uppmärksamhet åt besök och tillgänglighet i primärvården respektive specialiserad vård relaterat till psykisk ohälsa. Detta i syfte att spegla primärvårdens arbete med att förebygga och behandla psykisk ohälsa.¹¹⁴ Socialstyrelsen konstaterar också att oavsett källa till information om primärvården finns ett behov av att utveckla datakvali-

¹¹³ Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård*, 2019.

¹¹⁴ Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Ett förslag på indikatorer*, 2020, s. 12 f.

teten genom att bl.a. säkerställa enhetlighet i registrering av diagnoser och åtgärder.

I maj 2020 beslutade regeringen om prop. 2019/20:164, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform som bygger på utredningens betänkande SOU 2018:39, God och nära vård. En primärvårdsreform. I den konstateras att:

För att omställningen av svensk hälso- och sjukvård ska komma till stånd bedömer regeringen i likhet med utredningen det som avgörande att det börjar byggas upp en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, utifrån gemensamma standarder och indikatorer m.m. Det finns ett behov av underlag med uppgifter som beskriver olika förhållanden inom primärvården. Det saknas i dag solida underlag för statistik och forskning samt för att systematiskt följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra primärvården. Utan sådana underlag saknas möjligheter att på ett ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen till en god och nära vård. Regeringen delar utredningens bedömning att detta arbete bör påbörjas skyndsamt.¹¹⁵

Det konstateras vidare att regeringen i stället för att gå vidare med den av utredningen föreslagna lagändringen gett Socialstyrelsen ett brett uppdrag om uppföljning av primärvården (se ovan beskrivna uppdrag i tre delar).

3.5.2 Möjliga källor till information om psykisk ohälsa i primärvården

Socialstyrelsen har olika statistiska källor där psykiatriska diagnoser ingår: Diagnoser i slutenvård, Diagnoser i specialiserad öppen vård, DRG i slutenvård, Dödsorsaker, Läkemedel, Missbruk och beroende, Psykiatrisk vård (tvång). Ingen av dessa omfattar det som sker i primärvården, bortsett från läkemedel.

Av läkemedelsregistret går det att utläsa egenskaper på arbetsplatsen där förskrivningen skedde (t.ex. verksamhetsinriktning) och vilket yrke och vilken specialistutbildning förskrivaren har. Det vill säga här kan man få fram information om läkemedel är förskrivna på t.ex. en vårdcentral och/eller av en läkare specialiserad inom allmänmedicin.¹¹⁶ Dock framgår inte förskrivningsorsak.

¹¹⁵ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 48.

¹¹⁶ Socialstyrelsen, *Läkemedelsregistret*, 2020.

Det innebär att om man t.ex. vill studera omfattningen av personer med depression i primärvården och använder förskrivna mängd antidepressiva läkemedel som indirekt mått, går det inte med säkerhet att säga om det är förskrivet på indikationen egentlig depression eller annan indikation. Vi har heller inte nationella källor som kan visa på andra typer av behandling än farmakologisk. Utredningen väljer mot denna bakgrund att inte använda läkemedelsförskrivning som en generell approximation för behandling av psykisk ohälsa i primärvården.

Eftersom vårt uppdrag handlar om just hanteringen av psykisk ohälsa i primärvården behöver vi därmed vända oss till andra källor för att försöka få fram information om såväl omfattningen som andra aspekter av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. I det följande undersöker vi några sådana potentiella källor.

Regionernas egen uppföljning av primärvården

Även om vi saknar en systematisk uppföljning av primärvården på nationell nivå så har regionerna utvecklat egna system för att följa den hälso- och sjukvård man är huvudman för, inklusive primärvården. Hur detta görs skiljer sig dock åt mellan regionerna. Detta framgår såväl av hur uppföljningen beskrivs i förfrågningsunderlagen för primärvården (se avsnitt 3.5.5) som av Socialstyrelsens uppföljning av den särskilda satsning på primärvården som fanns med i 2018 års överenskommelse om psykisk hälsa, mellan SKR och regeringen.

Enligt överenskommelsen skulle regionerna som en del av analys och handlingsplan 2018 redovisa:

- uppskattade behov av insatser för psykisk hälsa i primärvården
- uppskattade volymer av insatser för psykisk ohälsa som produceras i primärvården
- eventuellt gap mellan behovet av insatser för psykisk ohälsa i primärvården och de volymer som produceras
- vilka insatser för psykisk hälsa som planeras i primärvården de kommande åren.

Socialstyrelsens uppföljning visade att 13 av 21 regioner rapporterade att de gjort en gap-analys, men analysen visade att enbart fyra hade redovisat någon form av uppskattning gällande volymer av insatser för psykisk ohälsa som producerats i primärvården i respektive region. Även dessa fyra regioner hade redovisat på olika sätt, utifrån t.ex. diagnos, antal besök eller läkemedel. Socialstyrelsens analys visade sammantaget att:

...ingen region på ett heltäckande och systematiskt sätt i sina handlingsplaner redovisat vilka volymer av insatser gällande psykisk ohälsa som produceras i primärvården. Det finns inget sammanhållet och enhetligt sätt för regioner att mäta och redovisa primärvårdens produktion av insatser inom psykisk hälsa.¹¹⁷

PrimärvårdsKvalitet

PrimärvårdsKvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården och omfattar kvalitetsindikatorer som speglar primärvårdens uppdrag ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Indikatorerna tas fram av representanter från professionsföreningarna och beskriver såväl akuta infektioner som kroniska tillstånd, psykisk ohälsa, rehabilitering samt kärnområden såsom kontinuitet, samsjuklighet, levnadsvanor och prioritering. Varje ämnes-/sjukdomsområde bygger på evidens för åtgärderna och belyses ur flera perspektiv, t.ex. läkemedelsanvändning, återbesök, rehabilitering, psykoterapi samt omvårdnad. Data hämtas automatiskt ur journalerna, vilket regionerna har valt olika tekniska lösningar för. På vårdcentralerna visas egna data ner på individnivå så att vården av enskilda patienter kan följas upp. Nationellt samlas aggregerade data från varje region till Vården i siffror¹¹⁸ och återkopplas som referens tillbaka till regionerna.¹¹⁹

I juni 2020 kunde 950 vårdcentraler följa sina resultat i PrimärvårdsKvalitet (motsvarande cirka 80 procent av landets vårdcentraler). 291 enheter med rehab hade möjlighet att se sin data i PrimärvårdsKvalitet.¹²⁰ Under 2020–2021 ansluter regionerna sig successivt för

¹¹⁷ Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018. Slutrapport*, 2019.

¹¹⁸ Vården i siffror är regionernas gemensamma samlingsplats för löpande publicering av data kring hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Den är ett verktyg för kvalitets- och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården och ger ett faktaunderlag för dialog och analys.

¹¹⁹ Vården i siffror, *PrimärvårdsKvalitet – rapport på vården i siffror*, 2020.

¹²⁰ I statistiken inräknas såväl rehab som tillhör en vårdcentral som fristående enheter.

visning av data från PrimärvårdsKvalitet på Vården i siffror. Först ut är Region Gotland, Region Sörmland, Region Västmanland och Region Örebro län. I den första fasen är dock inga indikatorer relaterade till psykisk ohälsa inkluderade.

Psykisk ohälsa – indikatorer

Indikatorsetet för psykisk ohälsa rymmer indikatorer inom följande områden:

- demens
- depression
- kontinuitet
- levnadsvanor (för levnadsvaneindikatorerna finns det underkategorier för demens, depression och stress)
- läkemedel
- prioritering
- samsjuklighet
- samverkan
- ångest
- äldre.

I nuläget är indikatorsetet enbart i bruk på regional nivå. Ett urval av dessa indikatorer förväntas kunna rapporteras på Vården i siffror någon gång under 2021.

Vårdgarantin och väntetidsdatabasen

Ett sätt att skapa sig en bild av i vilken mån primärvården kan möta behoven när det gäller psykisk ohälsa är sedan 2019 – när den förstärkta vårdgarantin trädde i kraft – att titta på i vilken mån regionernas primärvård klarar av att leva upp till vårdgarantin i primärvården (se avsnitt 3.1.2). Enligt den ska patienten få kontakt med primärvården samma dag som den söker kontakt. Tillgängligheten följs upp genom mätningar av telefontillgängligheten i regionernas

primärvård. Primärvården ska också tillhandahålla medicinsk bedömning¹²¹ av relevanta legitimerade professioner såsom t.ex. psykologer, kuratorer, sjuksköterskor och läkare, inom vårdgarantins tre dagar.

Detta rapporteras av regionerna till väntetidsdatabasen, och redovisas på www.vantetider.se. Även om det finns ett fortsatt behov av utvecklingsarbete för att få bättre kvalitet och mer standardiserad rapportering från de olika regionerna, är möjligheten att följa utvecklingen gällande flera olika professioner, inte bara läkare, ett steg i rätt riktning.

Sjukskrivningar för F-diagnoser

Det finns via Försäkringskassans statistik möjlighet att följa statistik över diagnoser som ligger till grund för sjukskrivningar, och därmed se hur stor del som hänger ihop med psykiatriska diagnoser (F-diagnoser).

Kommunernas hälso- och sjukvård

I enlighet med förarbeten till ädelreformen 1992 är den hälso- och sjukvård som kommunerna sedan dess ansvarar för att erbjuda insatser på primärvårdsnivå. Primärvård är alltså en vårdnivå med både region och kommun som huvudman. Att beskriva arbetet med psykisk ohälsa inom kommunernas hälso- och sjukvård är dock en minst lika stor, om inte större utmaning, än att beskriva regionernas arbete.

Den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården följs upp genom Socialstyrelsens register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Registret innehåller uppgifter om personer som fått sådan hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt HSL. Men det omfattar inte åtgärder som utförts av annan vårdgivare än kommunen. Det vill säga åtgärder som utförs av legitimerad personal hos privata aktörer som utifrån LOV eller lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) t.ex. driver ett säbo för äldre ingår

¹²¹ En medicinsk bedömning är inte något som enbart kan göras av läkare. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Det medicinska yrkesansvaret innebär att var och en som arbetar inom vården har ett ansvar för sina egna bedömningar, beslut och åtgärder inom yrkesutövningen (se prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, s. 31).

inte, även om kommunen är huvudman även för den hälso- och sjukvården. Registret omfattar omkring 400 000 personer per år.

Fram t.o.m. 2018 innehåller registret enbart uppgifter om personer som fått någon insats inom den kommunala hälso- och sjukvården, uppdelat per kalendermånad. Från och med 2019 ska kommunerna dock även rapportera uppgifter om vilka patientrelaterade åtgärder som utförts av legitimerad personal med kommunen som vårdgivare. Åtgärderna ska vara klassificerade på den mest detaljerade nivån i Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Dessutom ska uppgifter lämnas om vilket datum åtgärden utfördes samt vilken legitimerad yrkesgrupp som utfört åtgärden. På grund av tekniska problem i flertalet kommuner var dock bortfallet så pass stort att det inte var möjligt att publicera de nya uppgifterna för 2019.¹²² På sikt bör dock detta register kunna ge en bild av åtgärder kopplade till psykisk ohälsa som genomförts i kommunens primärvård, och av vilka legitimerade professioner.

3.5.3 Omfattning – vad går att säga?

Studier pekar på att cirka en tredjedel av patienterna i väntrummet på en vårdcentral behöver hjälp med psykisk ohälsa.¹²³ Data från Socialstyrelsen pekar på att majoriteten av alla vuxna som drabbas av depression eller ångestsymtom söker vård i primärvården, och mer än 70 procent av alla patienter med depression eller ångestsyndrom får vård där. Det är också i primärvården som cirka 65 procent av alla antidepressiva läkemedel skrivs ut. Endast cirka 20 procent av patienterna remitteras vidare till specialiserad psykiatri.¹²⁴ Men vad kan vi i dagsläget mer säga om dessa personer och den vård de får i den svenska primärvården?

¹²² Socialstyrelsen, *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019, 2020*.

¹²³ Kallioinen M, Bernhardsson J, Grohp M et al. *Enkät besvarad av över 2000 patienter. Psykisk ohälsa stort problem hos primärvårdens patienter*. *Läkartidningen*. 2010;107(23):1545-7, 2010, Anseau et al., *High prevalence of mental disorders in primary care*, 2004, Roca et al., *Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care*, 2009.

¹²⁴ Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*, 2017, uppdaterade 2020, s. 17.

Diagnoser

Som redogjorts för ovan finns ingen systematisk aggregerad uppföljning för primärvården på nationell nivå. Vi kan därför inte med säkerhet säga något om t.ex. antalet diagnoser kopplade till psykiatriska tillstånd som ställs i primärvården, eller hur många personer som söker primärvården för besvär relaterade till psykisk ohälsa. Däremot samlar regioner själva, på olika sätt, in data relaterade till detta. För att visa på hur omfattningen kan se ut i två olika delar av landet tar vi hjälp från Region Blekinge och Västra Götalandsregionen (VGR), samt en specifik vårdcentral i VGR.

Västra Götaland och Närhälsan Frölunda vårdcentral

I VGR ligger Närhälsan Frölunda vårdcentral som har cirka 45 anställda och omsätter cirka 60 miljoner kronor per år. Vårdcentralen har 11 660 listade patienter, och det finns en socioekonomisk utsatthet i populationen (CNI 3,8–3,89, de senaste åren). För att möta befolkningens behov har man här förstärkt vårdcentralens arbete mot psykisk ohälsa med ett psykosocialt team. I teamet arbetar en psykiatri-sjuksköterska, tre psykologer, en kurator, en rehabkoordinator och en PTP-psykolog i nära dialog med varandra.

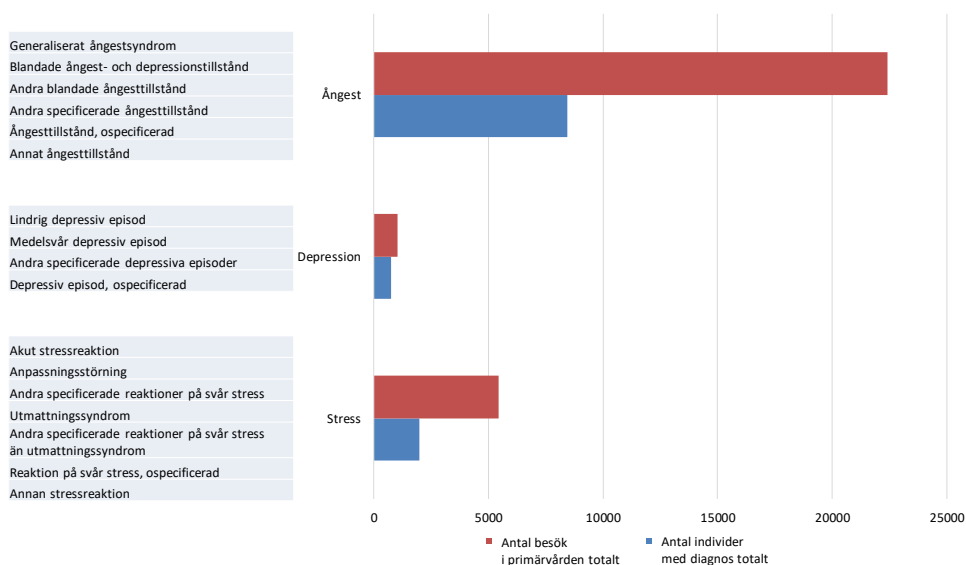
Av vårdcentralens 11 660 listade personer är det cirka 18 procent som har en diagnos kopplad till psykisk ohälsa (F-diagnos). Detta kan jämföras med snittet för VGR som ligger runt 16 procent. Under 2019 hade patienter med F-diagnos i genomsnitt 7 besök per år kopplade till vårdcentralen. Detta kan jämföras med patienter utan F-diagnoser som i genomsnitt hade 3,3 besök. Detta innebär att patienter med psykisk ohälsa har mer än dubbelt så många fysiska eller digifysiska besök på vårdcentralen. De vanligaste F-diagnoserna var ångesttillstånd ospecificerat, blandade ångest- och depressionstillstånd, icke-organisk sömnstörning ospecificerad samt depressiv episod ospecificerad.¹²⁵

¹²⁵ Skriftlig kommunikation med Närhälsan Frölunda vårdcentral. Siffror avseende perioden 190306–200905.

Region Blekinge

Region Blekinge har en befolkning om cirka 160 000 personer. Nedan bild visar en sammanställning av antal besök i primärvården som drivs i egen regi i Blekinge¹²⁶ p.g.a. ångest, depression och stress, mellan januari och september 2019. Som framgår är det nästan 29 000 besök p.g.a. dessa tre diagnosområden och drygt 11 000 individer med dessa diagnoser.

Figur 3.1 Antal besök i primärvård p.g.a. ångest, depression och stress
Januari–september 2019



Källa: Blekinge kompetenscentrum, Region Blekinge.

¹²⁶ Hösten 2020 var det 12 av 18 vårdcentraler.

Kontakt med primärvården och besök till olika professioner

Som beskrivits ovan (avsnitt 3.5.2) kan vi med hjälp av väntetidsdatabasen få fram data om andelen patienter som fått kontakt med primärvården samma dag kontakt togs, respektive fått medicinsk bedömning inom tre dagar, uppdelat på de olika legitimerade yrkesgrupperna. Våren 2020 var det i genomsnitt 93 procent som fick kontakt med primärvården samma dag (med variationer mellan 80–95 procent hos de olika regionerna).

Vad gäller tillgången till medicinsk bedömning har vi utifrån vårt nuvarande uppdrag valt att titta närmre på de data som rör professionerna kurator, läkare, psykolog och sjuksköterska. Data kan brytas ned på region och vårdcentral, och könsuppdelat. Från mätningen i oktober 2020 kan man notera följande av särskilt intresse. På nationell nivå var det i genomsnitt 42 procent av de som bedömdes behöva träffa en psykolog som fick göra det inom vårdgarantins gräns på tre dagar. Motsvarande siffra för kuratorer var 44 procent. Bakom dessa siffror döljer sig dock stora regionala variationer. För psykologbesök mellan 13 och 87 procent, och för kuratorsbesök mellan 2 och 100 procent.

Det är också stor skillnad på hur många besök som rapporteras in. Tar vi psykologer som exempel har den region som rapporterar minst antal besök bara rapporterat in fyra st., medan den som rapporterat in flest antal besök rapporterat in cirka 4 000. Att omfattningen till viss del skiljer sig är att vänta utifrån olika befolkningsunderlag i olika regioner. Skillnader kan också bero på att det är ett relativt nytt krav på rapportering, där man kommit olika långt med att breddinföra rapporteringen av samtliga legitimerade professioner. Den extremt stora skillnaden mellan olika regioner pekar dock både på behov av vidare arbete med kvalitetssäkring av data, och av en mer jämlik tillgång till (i det här fallet) psykologkompetens.

När det gäller besöken till kuratorer och psykologer är det också stora skillnader mellan män och kvinnor. Av totalt 7 656 besök till psykologer stod kvinnor för 5 913 besök och män för enbart 2 455. Det vill säga ungefär hälften så många. Motsvarande mönster går igen för kuratorerna där män står för 1 350 besök och kvinnor för 2 997 besök.

Tittar man på siffror för besök till läkare och sjuksköterskor, som fortsatt står för en stor andel av nybesöken (vid behov får man efter det träffa t.ex. en psykolog eller kurator) är andelen som får ett besök inom vårdgarantins tre dagar större. 87 procent för sjuksköterskebesök och 83 procent för läkarbesök. Fördelningen är också betydligt mindre spridd mellan regionerna, och ligger mellan cirka 65 och 94 procent. Även om kvinnor står för en större andel av besöken även till sjuksköterska och läkare så är det inte lika stor skillnad. Männens besök utgör cirka 42–43 procent av besöken.

Sjukfrånvaro

I september 2020 presenterade Försäkringskassan en rapport om sjukskrivning och psykiatriska diagnoser. I den konstateras att det i Sverige är 1,7 procent av befolkningen i arbetsför ålder som under ett år är sjukskriven för en psykiatrisk diagnos, och ytterligare 1,7 procent som har aktivitetsersättning eller sjukersättning. Psykiatriska diagnoser har i Sverige, liksom i många andra länder, blivit den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro.

Det som främst ökat både i Sverige och övriga OECD-länder är dock inte de psykiska sjukdomarna av allvarligare och mer svårbehandlad karaktär, utan de vanligare psykiatriska diagnoserna.

Förstämningssyndrom eller depressioner står för en stor del av sjukfallen och ökade mellan 2005 och 2010 men har därefter minskat. Depressionernas andel har minskat mellan 2010 och 2019 från 42 till 24 procent bland kvinnor och 44 till 31 procent bland män. Övriga ångestsyndrom har ökat något över tid men det som främst har ökat sedan 2010 är den stressrelaterade psykiska ohälsan.

När det gäller den förskjutning som har skett mellan de vanligare psykiatriska diagnoserna, med en minskande andel depressioner och en ökad andel stressreaktioner, så kan det inte uteslutas att en del av förklaringen är s.k. diagnosglidning inom hälso- och sjukvården. Samma symtombild kan således innebära annan diagnossättning. Samsjuklighet är vanligt vid psykisk ohälsa, men också tillsammans med exempelvis smärttillstånd. Vidare var det först några år in på 2000-talet som utmattningssyndrom godkändes som en diagnos och hos vissa av dessa patienter förekom också tydliga depressionssymtom. Sedan 2010 ska diagnoserna för psykiatriska diagnoser, som anges i

läkarintygen som grund för sjukpenning, specificeras på detaljerad 4-ställig nivå. Tidigare studier har visat att för just kategorin F43 (anpassningsstörningar och reaktion på svår stress) har såväl diagnos-sättning som användandet av detaljerad kodning varierat avsevärt mellan olika delar av landet. Över tid har detta förbättrats. Diagnosstatistiken under senare år ger därför en allt tydligare bild av hur den stressrelaterade ohälsan ser ut. Posttraumatiskt stressyndrom och anpassningsstörningar står för en marginell del av den stressrelaterade psykiska ohälsan. Utmattningssyndrom står däremot för 18 procent av de psykiatriska diagnoserna bland kvinnor och för 13 procent bland män. En stor del utgörs också av akut stressreaktion som står för 15 procent av de psykiatriska diagnoserna bland kvinnor och 12 procent bland män år 2019.¹²⁷

Kommunal hälso- och sjukvård

Eftersom den utökade rapporteringen till Socialstyrelsens register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård inte kom igång under 2019, så finns ännu inte några data kring vilka patientrelaterade åtgärder kopplade till olika dimensioner av psykisk ohälsa som utförts och av vilken legitimerad yrkeskategori. Från 2021 och framåt kommer en sådan kunskap dock förhoppningsvis att kunna börja byggas upp.

3.5.4 Sammanfattande reflektioner

Genomgången i detta delkapitel befäster och understryker behovet av att skyndsamt utveckla en mer systematisk och standardiserad dokumentering och uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Såväl på verksamhetsnivå som på regional och nationell nivå. En systematisk nationell uppföljning förutsätter också ett arbete med att utveckla datakvaliteten genom att bl.a. säkerställa enhetlighet i registrering av diagnoser och åtgärder runtom i landet.

¹²⁷ Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, 2019, s. 19–21.

Genom en mer systematisk dokumentation och uppföljning ges förbättrade möjligheter såväl till verksamhetsutveckling som forskning och utveckling av ny kunskap. Detta är avgörande för en effektiv vård med hög kvalitet.

I detta sammanhang ser utredningen det som centralt att ett primärvårdsregister i någon form följer av Socialstyrelsen uppdrag kring möjligheten för nationell insamling av registeruppgifter.

För att sätta mer ljus på, och lära mer om, primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bedömer vi det också som centralt att detta område finns med bland de indikatorer som slutligt väljs för att följa omställningen till god och nära vård. Om primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården måste den ges förutsättningar att vara det för hela människan, såväl dess fysiska som psykiska hälsa.

3.6 Tjänster på distans

3.6.1 En möjlighet till personcentrerad nära vård

I detta avsnitt vill utredningen lyfta och belysa det stora och växande utbudet av distanstjänster relaterade till det psykiska måendet. Som vi beskrivit tidigare i vår målbild och färdplan ser vi digitalisering som en förutsättning för den pågående omställningen av hälso- och sjukvården (se även avsnitt 2.4.1). Här lyfter vi digitaliseringens möjligheter utifrån den enskilde individens perspektiv, men digitaliseringen är förstås också ett verktyg vad gäller att utveckla arbetssätt och metoder i hälso- och sjukvården ur medarbetarperspektiv.

Att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa kan benämnas e-hälsa. E-hälsa har stor potential för behandling av psykisk ohälsa. Digitala kontaktvägar skapar förutsättningar för personcentrerad och nära vård genom att vara ett alternativ till fysisk vårdkontakt och genom möjligheten till kontakt vid andra tidpunkter än vad som kanske varit möjligt tidigare. Samtidigt måste det finnas alternativ till kommunikation för de som inte har möjlighet att använda digitala tjänster. Som alltid i den personcentrerade vården ska insatserna utgå från individens egna behov och preferenser. Liksom vid all vård är det också viktigt att insatserna följs upp, t.ex. vad gäller bortfall under behandlingstid.

3.6.2 Digitala tjänster på området psykisk ohälsa

Former för digital kontakt

Med digitala tjänster avses att tjänsten ges genom digital distanskontakt, dvs. någon form av digital kommunikation. Kommunikationen kan ske genom exempelvis telefoni, videolänk, chatt, e-post, textmeddelanden eller mobilapplikationer. I fråga om innehåll kan det handla både om traditionell behandling vilken, som ett alternativ till fysiskt möte, erbjuds över internet och om råd och stöd i mindre formaliserat format.

Utredningen har tagit del av flera exempel på hur digitala kontaktvägar har använts som ett alternativ till fysisk kontakt inom vården och hur digitala tjänster kan erbjuda människor stöd i sitt psykiska mående. Ett är Piteå hälsocentral som utarbetat en rutin och arbetsmodell för att kunna hantera och behandla en del av sina patienter över telefon. En första slussning görs genom att inringaren genom ett knappval väljer kontaktorsak relaterat till psykisk ohälsa. Därefter gör en sjuksköterska över telefon en bedömning av fortsatta behov utifrån en viss modell för triagering som bl.a. finns för att även annan personal vid behov ska kunna ta samtalen. Ett annat är Östersunds kommun där arbetsterapeuter i kommunen har ersatt många av sina fysiska hembesök med digital distanskontakt över nätet, vilket har förenklat kontakten med vården för patienter som upplever den fysiska kontakten som svår och lett till tidsbesparingar och minskat resande för arbetsterapeuterna. Ett annat exempel är hur framtagande av en mobilapplikation som ger tillgång till sociala internetbaserade aktiviteter, kan minska upplevd ensamhet. Internetbaserad peer support kan också utgöra ett komplement till sedvanlig peer support.

Liksom avseende den somatiska hälsan kan noteras att det finns flera olika privata aktörer som tillhandahåller hälso- och sjukvårdstjänster digitalt. Vissa av dem tillhandahåller hälso- och sjukvårdstjänster mer generellt medan andra är inriktade på psykisk ohälsa.

Internetbaserad KBT

Digitala tjänster inkluderar också behandling som erbjuds via internet. Här kan särskilt nämnas internetbaserad kognitiv beteendeterapi, IKBT, som är en utbredd form av internetbaserad behandling och för vilken det finns evidens om goda resultat.

IKBT kan enligt vetenskaplig evidens ge samma effekt som sedvanlig KBT samtidigt som fyra gånger fler patienter kan få hjälp med internetförmedlad KBT jämfört med KBT i annat format, räknat i effektiv behandlartid. Det är en form av elektroniskt förmedlat självhjälsprogram där patienten på egen hand arbetar med KBT. Patienten tar del av skrivna instruktioner och genomför därefter själv behandlingen kombinerat med regelbundna självskattningar och stöd av psykolog via ett webbaserat meddelandesystem.¹²⁸ Innan en behandling påbörjas görs en bedömning av om behandlingen passar för patienten, vilket sker genom ett vårdbesök eller ett videosamtal. Vid påbörjad behandling får patienten efter inloggning ta del av innehållet i och arbete med behandlingen via en webbplats. Behandlingen kan bestå av texter, filmer, ljudfiler och övningar och brukar vara uppdelade i olika moduler. Vanligen ingår att varje vecka ange sitt mående i syfte att behandlaren i fråga ska kunna följa patienten.¹²⁹ Behandlingsprogram genom IKBT finns bl.a. för ångest, nedstämdhet, oro, stress och sömnproblem. IKBT erbjuds av flera regioner.

KBT förekommer i de nationella riktlinjerna för depression och ångest som rekommenderad åtgärd vid vissa tillstånd, ibland i kombinationen med andra insatser. Det gäller bl.a. vid lindrig till medelsvår egentlig depression eller generaliserat ångestsyndrom hos vuxna.

3.6.3 1177 Vårdguiden

1177 Vårdguiden är en nationell samlingsplats för information och tjänster inom hälsa och vård. Man kan besöka 1177.se, logga in för personliga e-tjänster och ringa 1177 för sjukvårdsrådgivning. Bakom 1177 Vårdguiden står den svenska hälso- och sjukvården genom alla regioner i samverkan.

¹²⁸ Läkartidningen, *Internet-KBT ger effektiv behandling*, 2017.

¹²⁹ 1177 Vårdguiden, *KBT på nätet*, 2019.

Avseende sjukvårdsrådgivningen på telefon driver varje region sin egen verksamhet, i egen regi eller genom upphandlad underleverantör, och de ansvarar själva för att bemanna sin regionala sjukvårdsrådgivning.¹³⁰ 20 av regionerna använder Ineras s.k. rådgivningsstöd som beslutsstöd för de sjuksköterskor som bemannar 1177 och som ska bedöma vårdbehovet. Region Stockholm har en egen lösning genom Medhelp, men använder också telefonnumret 1177 samt har tillgång till de medicinska beslutsunderlagen. Alla regioner använder därmed samma medicinska underlag i sjukvårdsrådgivningen i Sverige. Rådgivningsstödet är uppbyggt efter symtom, oavsett orsak till symtomet och består av drygt 180 beslutsunderlag. Beslutsunderlagen är uppbyggda med s.k. symtomrader där varje symtomrad är kopplad till en brådskegrad som indikerar hur bråttom det är för inringaren att söka vård, alternativt om vård inte behöver sökas. Beslutsunderlagen nås via en särskild sökfunktion i systemet efter en sökning på ett visst symtom. De är inte kategoriserade efter fysiska eller psykiska symtom. Ett antal av de 180 beslutsunderlagen kan särskilt anses relatera till psykisk ohälsa, såsom förvirring, minnesstörning, nedstämdhet, oro och ångest, stödsamtal, vanföreställningar och ätstörning. Statistik över dessa sju beslutsunderlag anger att det totala antalet samtal till 1177 är drygt 40 000 och att dessa utgör ungefär 1,5 procent av alla samtal till 1177.¹³¹ Till beslutsunderlagen finns länkar till egenvårdsråd, faktablad för fördjupning och relaterade webbsidor, främst 1177.se. I några relevanta beslutsunderlag finns direktlänk till den ideella föreningen Minds självmordslinje.¹³²

1177.se och 1177 på telefon är tjänster som aktiebolaget Inera, ägt av SKR Företag och landets regioner och kommuner, tillhandahåller regionerna. Ineras tjänster avser att stödja digitalisering i offentligt finansierad verksamhet och som exempel på tjänster kan nämnas bl.a.:

- Kvalitetssäkrat innehåll om psykisk ohälsa på 1177.se, UMO.se och Youmo.se.
- Förebyggande och hälsofrämjande råd kring psykisk hälsa, kost, sömn och stress.
- Egenvårdsråd och vårdhänvisningar.

¹³⁰ Inera, *1177 Vårdguiden på telefon*, 2020.

¹³¹ I denna statistik ingår inte Region Stockholm i och med deras användning av ett annat system- och verksamhetsstöd.

¹³² Skriftlig kommunikation med Inera.

- Samlad information med hänvisningar till stöd och hjälp i vården och i ideell sektor samt till civilsamhällesaktörer.
- Stöd till rådgivande sjuksköterskor gällande brådskegrad och hänvisning via 1177 Vårdguiden på telefon.
- Stöd och behandlingsplattformen där regioner och kommuner kan erbjuda stödprogram i inloggat läge för olika psykiska tillstånd och diagnoser.¹³³

3.6.4 Stöd- och hjälplinjer

Ett stort antal föreningar och organisationer erbjuder råd och stöd kring måendet på nätet via chattar och över telefon genom stöd- eller hjälplinjer. I dag finns ett stort och brett utbud av sådana stöd- och hjälplinjer, med olika inriktningar beroende på ålder, behov, problematik m.m. Flera av dem är inriktade på och vänder sig till personer med psykisk ohälsa. Kontakten är kostnadsfri och linjerna drivs till stor del av volontärer, många gånger med egna erfarenheter på området.

Utbudet beskrivet på 1177 Vårdguiden

1177 Vårdguiden har på sin webbplats sammanställt stödlinjer och telefonjourer sorterade i olika kategorier; vissa är riktade till barn och unga, andra avser beroendefrågor och ytterligare några relaterar till frågeställningar och mående kopplat till utbrottet av covid-19.

Som exempel kan nämnas Självmordslinjen, Äldrelinjen och Föräldralinjen som den ideella föreningen Mind driver. Självmordslinjen riktar sig till människor med tankar på självmord samt deras närstående och har öppet dygnet runt.¹³⁴ Äldrelinjen vänder sig till just äldre personer i behov av att prata och är öppen vardagar 8–19 och helger 10–16.¹³⁵ Föräldralinjen, öppen vardagar 10–15 samt torsdagskvällar 19–21, riktar sig till vuxna som är oroliga för sitt eget barn eller för ett barn i sin närhet.¹³⁶

¹³³ Skriftlig kommunikation med Inera.

¹³⁴ Mind, *Självmordslinjen*, 2020.

¹³⁵ Mind, *Äldrelinjen*, 2020.

¹³⁶ Mind, *Föräldralinjen*, 2020.

Ett annat exempel är Tiliachatten som drivs av den ideella organisationen Tilia, en organisation som vänder sig till unga med bl.a. ångest, oro eller stress och därmed i behov av stöd för ökad psykisk hälsa. Tiliachatten bemannas av volontärer och är öppen varje kväll mellan 21.00–22.30, alla dagar på året, inklusive helgdagar. Verksamheten stötts bl.a. av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen.

Vad gäller stödlinjer kan också nämnas det initiativ som togs inom NSPH, mot bakgrund av pågående pandemi och dess påverkan på peer supportrars arbete, till en stödlinje bemannad av just peer supporters. Linjen var inledningsvis aktiv under maj till augusti 2020 och bemannades av utbildade peer supporters med egen erfarenhet av psykisk ohälsa.

Den tidigare Nationella Hjälpplinen

Med stöd av statsbidrag från regeringen startade patient-, brukar- och anhängigorganisationer under 2001 en verksamhet i form av en nationell jourtelefon med syfte att ge stöd och rådgivning till människor i akut psykisk kris samt till dessa personers anhöriga och närstående. Linjen bemannades av socionomer, psykologer och psykiatri-sjuksköterskor. Jourtelefonen, som kallades Nationella Hjälpplinen, införlivades under 2012 i Inera, som gemensamt ägs av SKR och kommuner och regioner. Under 2019 fattade Inera, med stöd av rekommendationer från regionerna, beslutet att lägga ned den Nationella Hjälpplinen. Avsikten var, enligt regionerna, att integrera stödinsatserna i den reguljära vården. Sedan den 1 januari 2020 är telefonlinjen stängd.

Folkhälsomyndigheten har fått i uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje och ska i det sammanhanget beakta de redan etablerade stödlinjer som i dag drivs främst med ideella krafter samt deras roll (se avsnitt 2.4.2).

3.6.5 Sammanfattande reflektioner

I dag finns olika sätt att tillhandahålla vård på distans. Former för detta kan vara e-hälsotjänster, tjänster via telefon eller traditionella behandlingsmetoder som erbjuds via internet. E-hälsolösningar har en särskild potential att tillhandahålla information anpassad till olika

målgrupper och vid det tillfälle som passar individen. Detta kan gälla såväl egenvårdsråd som hur man får kontakt med rätt del av hälso- och sjukvården vid olika behov. I detta avseende har 1177 Vårdguiden en särskild roll, såsom varande regionernas gemensamma plattform för tillhandahållande av sådana tjänster. Även telefontjänster kan fylla denna funktion.

Noterbart är den stora roll som olika stödlinjer drivna av andra aktörer än regionerna själva, ofta frivilligorganisationer, har. Hänvisning sker i dag till sådana stödlinjer trots frånvaro av strukturerade samarbetsformer.

IKBT är ett framgångsrikt exempel på tillgängliggörande av en tjänst via internet. Utredningen ser potential i sådan utveckling även vad gäller andra metoder och tjänster. Det gäller såväl i det direkta patientmötet som mellan olika delar av hälso- och sjukvården och dess medarbetare.

Vid utvecklande av alla typer av distanstjänster är det särskilt viktigt att både bejaka möjligheten att inkludera fler, och på nya sätt, än tidigare, men också risken att exkludera de som av olika skäl inte har möjlighet att använda sådana tjänster.

3.7 Kompetenser och utbildningsinsatser

En väl fungerande och ändamålsenlig kompetensförsörjning är som beskrivits i vår målbild och färdplan en förutsättning för att klara omställningen till en god och nära vård. I enlighet med utredningens direktiv ska vi kartlägga nuvarande kompetenser inom primärvården, analysera vilka utbildningsinsatser som finns i dag och bedöma det eventuella behovet av nya utbildningsinsatser. För att hälso- och sjukvården ska fungera är såväl kliniskt verksamma professioner som mer administrativa roller och stödfunktioner av betydelse. Ett väl fungerande administrativt stöd är avgörande för att alla typer av patientnära arbete ska fungera. Detta har vi bl.a. beskrivit i vårt huvudbetänkande.¹³⁷ Vårt nuvarande uppdrag rör dock specifikt insatser för att hantera psykisk ohälsa i primärvården. Vår kartläggning fokuserar därmed på de kliniska professioner som främst är involverade i

¹³⁷ Se SOU 2020:19, *God och när vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, framför allt kap. 3 och kap. 6.

triagering, rådgivning, bedömning och behandling av patienter med psykisk ohälsa.

Även för denna kartläggning finns utmaningar gällande vilka källor som finns att tillgå. Vad gäller kompetenser och grundutbildningar har vi framför allt utgått från det nationella planeringsstödet som Socialstyrelsen publicerar varje år, som belyser situationen för legitimerade professioner inom hälso- och sjukvården. Det säger dock ingenting om var i hälso- och sjukvården, primärvården eller den specialiserade vården som personalen verkar. Inte heller professionsförbunden har sådana färdigställda sammanställningar över var medlemmarna verkar.

Att säga något om volymer av olika personalkategorier inom primärvården är därmed svårt. Givet det kommunala självstyret är det också upp till huvudmännen att avgöra vilka kompetenser som primärvården behöver bemannas med för att möta behoven vad gäller psykisk ohälsa, och som vi sett i avsnitt 3.4 har man i sina förfrågningsunderlag uttryckt detta på olika sätt.

Att ge ett enkelt svar på frågan om vilka kompetenser för psykisk hälsa som i dag finns inom primärvården låter sig alltså inte göras. Utifrån våra dialoger med såväl våra referensgrupper som experter och sakkunniga, samt med olika verksamheter och aktörer runtom i landet, har vi dock fått en bild av hur olika verksamheter arbetar och vilka kompetenser som vanligen efterfrågas för det psykosociala uppdraget i primärvården. Liksom av olika typer av utbildningsinsatser.

I det följande redogörs först övergripande för bedömningar kring tillgång och efterfrågan av olika kompetenser som kan ha roller i vården av psykisk ohälsa i primärvården. Därefter fördjupar vi belysningen av de professioner som utredningen bedömer har, eller borde ha, en tydlig plats i de psykosociala team som i allt större utsträckning inrättas inom primärvården. Därefter tittar vi närmre på några specifika funktioner med betydelse för arbetet med psykisk ohälsa, som på senare år utvecklats inom primärvården. Slutligen görs också en redogörelse för några olika typer av utbildningsinsatser från olika aktörer.

3.7.1 Övergripande om olika kompetenser för psykisk hälsa inom primärvården

Primärvårdens uppdrag är inte avgränsat vad gäller ålder, diagnos- eller patientgrupper, och de olika yrkesgrupper som verkar där behöver en bred generalistkompetens inom sina respektive områden, för att kunna bemöta patienter med såväl fysiska som psykiska vårdbehov. Det gäller t.ex. läkare, distriktssköterskor, sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, barnmorskor, dietister och farmaceuter. Men det finns också professioner vars utbildning redan från start är inriktad mot de psykiska vårdbehoven, såsom psykolog, kurator och hälso- och sjukvårdskurator samt psyko-terapeut. För samtliga legitimerade yrkesutövare inom hälso- och sjukvården tar Socialstyrelsen årligen fram bedömningar av tillgång och efterfrågan, där flertalet av dessa professioner ingår (utom kurator och undersköterska). Traditionellt har dessa enbart tittat på regionernas hälso- och sjukvård, men i 2020 års redovisning finns också en ansats att säga något om läget i den kommunala hälso- och sjukvården.

Regionernas hälso- och sjukvård

Samtliga regioner rapporterade 2019 brist på specialistsjuksköterskor, och 20 av 21 bedömde att de även har brist på grundutbildade sjuksköterskor. I 19 regioner bedömdes det råda brist på psykologer och specialistläkare. Regionerna eller andra arbetsgivare bedömde att det var brist på åtminstone 18 av de 21 legitimationsyrkena. Antalet yrken som det bedömdes råda brist inom varierade dock mellan regionerna. Bristen uppgavs även variera inom regionerna och vara som störst utanför städerna. Det var främst erfaren personal som saknades.

För vissa yrkesgrupper var skillnaderna stora mellan de län som hade högst respektive lägst tillgång. Exempelvis fanns det 2017 i Uppsala län nästan 120 psykologer per 100 000 invånare medan Norrbotten hade färre än 40 per 100 000 invånare.¹³⁸ Och 2016 hade Stockholms sjukvårdsregion nästan dubbelt så många psykiatriker

¹³⁸ Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020, s. 18.

per invånare som de övriga sjukvårdsregionerna. Samma sak gäller för psykologer och psykoterapeuter.¹³⁹

Inom några yrkesgrupper var en relativt stor andel av de sysselsatta 65 år eller äldre, exempelvis 30 procent av psykoterapeuterna. Bland sysselsatta psykologer, läkare och tandläkare var 13, 12 respektive 10 procent 65 år eller äldre. Det har rapporterats att andelen regionanställd vårdpersonal som arbetade efter 65 års ålder ökade från 1 till 5 procent mellan 2005 och 2017, och de flesta arbetade deltid eller på timbasis.¹⁴⁰

Psykologer och dietister hörde till de yrkesgrupper där antalet legitimerade och sysselsatta ökade med mer än 5 procent per 100 000 invånare 2013–2017 (det bör dock noteras att ökningen skett från en mycket låg nivå för dietisterna). Tillgången per invånare ökade med mellan 1 och 5 procent för arbetsterapeuter, fysioterapeuter, och läkare, och minskade med mellan 0,6 och 5 procent för t.ex. psykoterapeuter och sjuksköterskor.¹⁴¹ Dessa siffror stämmer överens med att söktrycket till psykologutbildningen var 9,6 förstahands-sökande per antagen. Höga söktryck har även utbildningarna till läkare (5,3), dietist (4,8) och fysioterapeut (4,3). Utbildningen till psykoterapeut hör dock till dem med lägst söktryck (1,3).¹⁴²

Kommunernas hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla uppföljningen av omställningen mot en nära vård. Inom ramen för det uppdraget har en enkät skickats till kommunerna, inklusive frågor om tillgång och efterfrågan på legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård. Svar har inkommit från 226 av 290 kommuner (78 procent) fördelade på samtliga regioner. Följande legitimationsyrken har inkluderats i enkäten: sjuksköterska, specialistsjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist och farmaceut.

¹³⁹ Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019, s. 28.

¹⁴⁰ Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020, s. 17.

¹⁴¹ Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020, s. 19.

¹⁴² Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020, s. 25.

Kommunernas bedömningar skiljer sig från de som regionerna har gjort. Medan 95 procent av regionerna bedömer att de har brist på sjuksköterskor görs motsvarande uppskattning av 58 procent av kommunerna. Enligt bedömningarna är även specialistsjuksköterskebristen mer utbredd i regionerna än i kommunerna. Samtliga regioner bedömer att de har brist på specialistsjuksköterskor jämfört med 74 procent av kommunerna. Av 226 kommuner uppger 14 st. (6 procent) att yrkesgruppen inte finns i deras verksamhet. Kommunerna har generellt inte uppgett specifika specialiteter som det råder brist inom men en kommun anger att det är brist på specialistsjuksköterskor inom vård av äldre.

Medan 67 procent av regionerna uppskattar att de har brist på arbetsterapeuter görs motsvarande bedömning av 47 procent av kommunerna. Fysioterapeuter tycks i stället saknas i större utsträckning i kommunerna än i regionerna. Drygt hälften av de kommuner som har svarat, 53 procent, bedömer att det är brist på fysioterapeuter, jämfört med 48 procent av regionerna.¹⁴³

3.7.2 Fördjupning i några professioner

I det följande gör utredningen en något fördjupad kartläggning av de professioner som utredningen bedömer har, eller borde ha, en tydlig plats i de psykosociala team som i allt större utsträckning inrättas inom primärvården, i olika kombinationer. Vi tittar dels på de övergripande examensbeskrivningar för respektive yrke som återfinns i examensordningen¹⁴⁴ och dels på vad som går att säga om tillgång och efterfrågan på de olika professionerna.

I examensordningen anges målen med utbildningen och vilka kunskaper och färdigheter m.m. som ska erhållas för examen, den s.k. examensbeskrivningen. Generella kunskaper och förståelser, färdigheter och förmågor samt förhållningssätt som krävs för alla inom en viss utbildning. Dessa mål är på en relativt övergripande nivå, och kompletteras sedan med de preciserade krav som varje högskola själv bestämmer inom ramen för kraven i denna examensbeskrivning.

¹⁴³ Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020, s. 29 f; Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård*, 2020, s. 49.

¹⁴⁴ Bil. 2 till högskoleförordningen innehåller examensordningen. Här anges vilka examina som får avläggas och vilka krav studenterna ska uppfylla för respektive examen.

Då examensbeskrivningen är den ”minsta gemensamma nämnaren” för alla utbildade med en viss examen väljer utredningen att visa på hur dessa övergripande krav delvis skiljer sig åt mellan de professioner som förekommer i psykosociala team i primärvården. Mot denna bakgrund har vi valt att i vår kartläggning lyfta fram de olika målbeskrivningar kopplade till respektive profession som vi finner särskilt relevanta i förhållande till vår utrednings uppdrag. När möjligt och relevant har vi också tittat på kraven för specialiseringar relaterade till psykisk ohälsa. Det är dock inte en komplett redogörelse för respektive professions målbeskrivningar.

Det bör också framhållas att flera målbeskrivningar, som också är av betydelse, är gemensamma för flertalet professioner som verkar inom hälso- och sjukvården. Det gäller t.ex. krav på att studenten ska; visa självkännet och empatisk förmåga; visa förmåga att med helhetssyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhällliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna; visa förmåga till ett professionellt förhållningssätt gentemot patienter och deras närstående; visa förmåga till lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper.

Slutligen bör även noteras att det i primärvårdens arbete med psykisk ohälsa även förekommer andra, icke-legitimerade yrkesgrupper, med beteckningar såsom samtalsterapeuter, samtalsbehandlare, KBT-behandlare, steg 1-utbildade eller liknande. Då dessa inte är reglerade titlar finns det dock ingen fastslagen standard för vilka kompetenskrav som ska gälla för dessa, och inte heller någon systematisk uppföljning av dessa på nationell nivå.

Psykolog

Examen

Psykologexamen är en examen på avancerad nivå. Av examensbeskrivningen framgår bl.a. att studenten ska:

- visa fördjupad kunskap om psykologiska metoder för utredning och åtgärd avseende individer, grupper och organisationer,
- visa fördjupad kunskap och förståelse för samhälls- och familjeförhållanden som påverkar olika grupper och individer, såväl barn som kvinnor och män,

- visa fördjupad förmåga att bedriva psykologisk behandling,
- visa förmåga att under handledning bedriva psykoterapi.

Enligt Socialstyrelsens statistik för 2017 var antalet legitimerade och sysselsatta psykologer under 65 år 8 920 st. Antalet legitimerade psykologer som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården var 8 519 och av dem som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården hade knappt 1 800 även en psykoterapeutlegitimation. Enligt SKR arbetade 4 300 i regioner och 1 100 i kommuner 2017. År 2019 bedömde 19 av 21 regioner att det var brist på psykologer, och antal helårsarbetare som uppskattades saknas utifrån regionernas totala personalbehov var 201 st.

Utbildningen ges vid elva lärosäten och läsåret 2018/2019 tog knappt 630 personer psykologexamen. År 2018 utfärdades 603 legitimationer. Söktrycket till utbildningen är högt, 9,6 behöriga första-handssökande per antagen höstterminen 2019.

Specialistordning

Psykologförbundet driver sedan 1992 en reglerad specialistutbildning för psykologer. I dagsläget finns det tio specialiteter. Flera av specialiteterna är i huvudsak kliniska, men andra inriktningar finns, som pedagogisk psykologi och arbets- och organisationspsykologi. Inom ramen för en specialisttjänst kan psykologen åläggas att svara för svåra ärenden, handledning och konsultation till såväl psykologer som andra yrkeskategorier, utveckling av metoder och arbetsätt.

För primärvården är följande specialistinriktningar relevanta. Hälsopsykologi, som är ett brett specialistområde, definieras av sambandet mellan mänskligt beteende, psykiska och kulturella faktorer och mellan kroppslig och psykisk hälsa och ohälsa genom hela livscykeln. Klinisk vuxenpsykologi samt klinisk barn- och ungdomspsykologi är också två breda specialiteter som fördjupar kompetensen att bedöma, utreda, diagnosticera, behandla, följa upp samt förebygga psykisk ohälsa och psykiatriska problem. Neuropsykologi kan vara relevant specialistinriktning och fylla funktion vid fördjupad bedömning av kognitiva förmågor vid misstänkt neuropsykiatrisk problematik

eller vid kognitiv svikt vid exempelvis stresstillstånd. En sådan specialtjänst kan med fördel nyttjas av flera vårdcentraler.

Kurator med socionomexamen

Examen

Socionomexamen är en examen på grundnivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

- Visa kunskap om och förståelse för samspelet mellan individers och grupper sociala situation, levnadsvillkor, fysiska och psykiska hälsa samt funktionsförmåga i förhållande till samhälleliga och andra bakomliggande faktorer.
- Visa förmåga att förstå, utreda och analysera sociala processer och problem.
- Visa förmåga att identifiera, strukturera, utreda och utvärdera insatser på individ-, grupp- och samhällsnivå.
- Visa kunskap om och förståelse för barns behov och sådana samhälls- och familjeförhållanden som påverkar kvinnors och mäns livsbetingelser.

Eftersom kurator med socionomexamen inte är ett legitimationsyrke ingår de inte i Socialstyrelsens statistik över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Söktrycket till utbildningen var höstterminen 2020 3,6 sökande per antagen.¹⁴⁵ Läsåret 2019/20 examinerades 2 174 socionomer i Sverige.¹⁴⁶

¹⁴⁵ UKÄ, *Antal sökande per antagen (söktryck) till yrkesexamensprogram – socionomexamen HT 2020, 2020.*

¹⁴⁶ UKÄ, *Antal examina. Socionomexamina 2019/2020.*

Hälso- och sjukvårdskuratorsexamen

Examen

Hälso- och sjukvårdskuratorsexamen är en examen på avancerad nivå.¹⁴⁷ Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

- Visa fördjupad kunskap om och förståelse för hur sociala och psykosociala faktorer samspelar med hälsa och ohälsa på individ-, grupp- och samhällsnivå.
- Visa kunskap om och förståelse för hur hälsa och ohälsa kan påverka individer och närstående.
- Visa kunskap om och förståelse för sorg, kriser, förluster och trauman.
- Visa förmåga att självständigt utreda och bedöma individers sociala situation i relation till relevanta vård- och omvårdnadssituationer och med utgångspunkt i detta föreslå sociala och psykosociala insatser.
- Visa förmåga att självständigt och i samverkan med patienter och deras närstående planera, genomföra och utvärdera sociala och psykosociala insatser på individ- och gruppnivå.

Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer infördes den 1 juli 2019. Eftersom Socialstyrelsens senaste statistik om tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesgrupper bygger på data från 2017 går det i nuläget inte att på samma sätt som för övriga grupper beskriva storleken på, och behov av, yrkesgruppen. Det kan dock konstateras att sedan den 1 juli 2019 fram till februari 2020 hade Socialstyrelsen utfärdat omkring 990 legitimationer till hälso- och sjukvårdskuratorer.

På sikt blir grunden för legitimation en hälso- och sjukvårdskuratorsexamen, vilket kräver en ny yrkesutbildning om 60 högskolepoäng efter socionomutbildning eller motsvarande. Fram till den 1 juli 2024 kan de som saknar en hälso- och sjukvårdskuratorsexamen ansöka om legitimation enligt övergångsbestämmelser, om de har varit verksamma som kuratorer inom hälso- och sjukvården i

¹⁴⁷ Hälso- och sjukvårdskuratorsexamen uppnås efter att studenten fullgjort kursfordringar om 60 högskolepoäng. Det ställs också krav på avlagd socionomexamen eller annan motsvarande examen.

minst fem år motsvarande heltid eller i minst två år om de har en vidareutbildning.¹⁴⁸

Legitimerad psykoterapeut

Examen

Psykoterapeutexamen är en examen på avancerad nivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

- Visa fördjupad kunskap om och förståelse för olika psykoterapiformer, olika psykiska sjukdomstillstånd samt psykiatrisk diagnostik.
- Visa kunskap och förståelse för relevanta samhälls- och familjeförhållanden som påverkar individer och grupper.
- Visa sådana fördjupade färdigheter som krävs för att självständigt genomföra diagnostiska bedömningar samt upprätta, genomföra och kritiskt utvärdera psykoterapeutiska behandlingsprogram inom ett av områdena individual-, grupp- eller familjeterapi.

Psykoterapeut skiljer sig från de flesta övriga legitimerade yrken inom hälso- och sjukvården på så sätt att examen och legitimation grundar sig på en påbyggnadsutbildning om 90 högskolepoäng. För behörighet krävs examen som psykolog, specialistläkare inom psykiatri, socionom eller annan motsvarande examen. Med ”annan motsvarande examen” följer alltså att flera olika hälso- och sjukvårdsyrken kan ligga till grund för examen i psykoterapi. Vid examen som socionom eller ”annan motsvarande examen” krävs enligt högskoleförordningen också grundläggande psykoterapiutbildning. För psykologer och specialistläkare inom psykiatri ingår redan grundläggande psykoterapiutbildning i deras utbildningar.

Att flera olika hälso- och sjukvårdsyrken kan ligga till grund för examen i psykoterapi speglas i sammansättningen av de knappt 5 000 legitimerade och sysselsatta psykoterapeuter som 2017 var verksamma. Av dem hade drygt 2 000 en psykologlegitimation, knappt 340 en läkarlegitimation, drygt 330 en sjuksköterskelegitimation, cirka 70

¹⁴⁸ Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020, s. 24.

en fysioterapeutlegitimation, cirka 40 en arbetsterapeutlegitimation och knappt 40 en annan legitimation.

Enligt Socialstyrelsens statistik fanns det år 2017 3 457 st. legitimerade och sysselsatta psykoterapeuter under 65 år. Antalet sysselsatta legitimerade psykoterapeuter i hälso- och sjukvården var samma år 4 125. Mer än 50 procent av psykoterapeuterna inom hälso- och sjukvården 2017 var 60 år eller äldre.¹⁴⁹ Det kan också noteras att majoriteten av psykoterapeuterna var sysselsatta i privat sektor.

Från regionernas sida var det 8 av 20 regioner som bedömde brist på psykoterapeuter medan 12 regioner bedömde att det är balans.¹⁵⁰ Antalet helårsarbetare som uppskattades saknas utifrån regionernas totala personalbehov var 21 st. Här kan noteras att många legitimerade psykoterapeuter arbetar under andra titlar, då de ofta är anställda i sin grundprofession och inte i sitt specialstyrke, vilket kan påverka bilden av efterfrågan och brist.

Ser man till utbildningen av psykoterapeuter så tog knappt 160 personer examen läsåret 2018/19 och 210 st. legitimationer utfärdades 2018. Utbildningen finns på tio lärosäten, men antagning sker inte varje år på alla orter. Söktrycket var 1,3 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.

Historik

Då psykoterapeututbildningen skiljer sig från andra utbildningar genom att vara en påbyggnadsutbildning och den i olika grad varit reglerad under åren, finns skäl att kort redogöra för utbildningens historik och utveckling.

Fram till 1977 gavs utbildning i psykoterapi främst av föreningar och institut som internutbildning vid vårdinstitutioner och i viss utsträckning inom psykologutbildningen. År 1978 infördes en statlig psykoterapiutbildning, vilken delades upp i två steg. Steg 1 bestod i en allmän orientering med avsikt att ge tillräcklig kompetens för att ingå i ett team eller bedriva psykoterapi under handledning. Steg 2 bestod i att ge färdigheter att behandla samt behörighet att självständigt bedriva psykoterapi. Ett uttalat syfte med steg 1 var att det

¹⁴⁹ Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020, s. 85.

¹⁵⁰ Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020.

skulle utgöra *både* en vidareutbildning för olika yrkesgrupper som skulle ingå i psykoterapeutiska och psykiatriska vårdteam *och* en grund för de som sen skulle läsa steg 2. Steg 1 hade således ett dubbelt syfte. Utvärderingar pekade dock på att steg 1 inte lyckats motsvara förväntningarna om att vara en allmän utbildning för olika vårdyrken. Det ledde till en förändrad utbildning. När dåvarande Universitets- och högskoleämbetet föreslog en förändrad utbildning gjordes psykoterapiutbildningen i stället till en odelad påbyggnadsutbildning om 90 högskolepoäng. Den fick behörighetskrav så att bara de med psykoterapi i sin grund- eller fortbildning var behöriga, således psykologer, läkare med specialisering inom psykiatri, socionomer med den fortbildningskurs med inriktning i psykoterapi som då planerades samt andra, såsom t.ex. sjuksköterskor och arbetsterapeuter, under förutsättning att de hade fortbildning med inriktning psykoterapi. Därigenom fyllde steg 1-utbildningen inte längre något syfte och staten skulle därmed inte längre ansvara för den. I stället såg man att behovet av psykoterapeutisk allmänbildning borde uppfyllas genom kontaktmannautbildningar, utbildningar i psykoterapeutiskt förhållningssätt osv. Uppdelningen av utbildningen i två steg upphörde alltså formellt 1985.

I och med 1993 års högskolereform infördes en psykoterapeutexamen. Att denna examen infördes torde hänga samman med att yrkesexamina normalt infördes för legitimerade grupper. Det innebär att mål för utbildningen ställdes upp, medan den statliga regleringen av utbildningens innehåll upphörde. I beskrivningen av psykoterapeutexamen fanns en uppräknning av behöriga grupper, varav ”socionomer med föreskriven komplettering” var en. När examensbeskrivningen gjordes om 2007 infördes ”grundläggande psykoterapiutbildning” som behörighetskrav på det sätt som fortfarande gäller.¹⁵¹

Grundläggande psykoterapiutbildning i dag

Som framgår av ovan hänvisar examensordningen för psykoterapeutexamen till vad som benämns grundläggande psykoterapiutbildning. Sådana kan ges av ett stort antal utbildningsanordnare och kan benämnas på flera sätt, förutom som just grundläggande psykoterapiutbildning t.ex. som basutbildning i psykoterapi, steg 1-utbildning

¹⁵¹ Högskoleverket, *En ny psykoterapeutexamen*, Rapport 2011:20 R, 2011, s. 11–13.

eller liknande. Majoriteten av anordnarna av psykoterapeutprogrammet förhåller sig dock till behörighetskravet på grundläggande psykoterapiutbildning som motsvarande den tidigare statligt reglerade steg 1-utbildningen. Innehållet i den grundläggande psykoterapiutbildningen granskas särskilt vid antagning. Trots att flera utbildningar kallas grundläggande psykoterapiutbildning, ger alla således inte behörighet till psykoterapeutprogrammen.¹⁵²

En del grundläggande psykoterapiutbildningar ges av statliga högskolor eller av enskilda utbildningsanordnare med tillstånd att utfärda psykoterapeutexamen, medan andra ligger helt utanför högskolan. Eftersom den sistnämnda gruppen inte står under statlig tillsyn eller ingår i något rapporteringssystem finns inte något enkelt sätt att kartlägga den. De olika anordnarna har varierande behörighetskrav. De flesta anger att de vänder sig till yrkesgrupper inom vården och att sökanden ska ha högskolebehörighet. Kravet på faktisk högskolebehörighet är dock inte lika uttalat, i några fall ställs inga krav på utbildning för behörighet, eller bara krav på gymnasiekompetens. Även innehållet i utbildningarna varierar. Många har inriktning mot KBT, familjeterapi eller psykodynamisk terapi, men även t.ex. motiverande samtal förekommer. Längden varierar mellan tre och sex terminer. Yrkeserfarenhet krävs hos vissa. Ungefär hälften kräver att studenten har anställning med inslag av psykoterapi.

Sjuksköterska och specialistsjuksköterska

Såväl grundutbildade sjuksköterskor som specialistsjuksköterskor med olika inriktning fyller viktiga roller i primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Sjuksköterskor är ofta den första ingången till hälso-/vårdcentralens verksamheter, och har därmed en avgörande funktion vad gäller triagering. I distriktssköterskans kompetens ingår ofta särskild förmåga att möta människor med komplexa behov och arbeta med förebyggande insatser. Även specialistsjuksköterskor med inriktning mot psykiatrisk vård respektive vård av äldre är särskilt relevanta i sammanhanget.

¹⁵² Skriftlig kommunikation med SSR:s psykoterapeutförening.

Sjuksköterska – examensbeskrivning

Sjuksköterskeexamen är en examen på grundnivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

- Visa förmåga att självständigt och i samverkan med patienten och närstående identifiera vårdbehov, upprätta omvårdnadsplan samt ge vård och behandling.
- Visa förmåga att identifiera behov av och genomföra hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Specialistsjuksköterska – examensbeskrivning

Specialistsjuksköterskeexamen är en examen på avancerad nivå, med olika inriktningar. Av examensbeskrivningen framgår att studenten för specialistsjuksköterskeexamen med *inriktning mot psykiatrisk vård* ska:

- Visa förmåga att observera, bedöma, åtgärda och utvärdera komplexa vårdbehov.
- Visa förmåga att möta människor i kris.
- Visa sådan kunskap och färdighet som krävs för att medverka i behandling, habilitering och rehabilitering inom psykiatrisk vård och omsorg.

Det framgår vidare att för specialistsjuksköterskeexamen med *inriktning mot vård av äldre* ska studenten:

- Visa förmåga att självständigt bedöma, planera, genomföra och utvärdera de åtgärder som behövs för att främja den fysiska, psykiska och sociala hälsan och förebygga uppkomsten av sjukdom och sjukdomskomplikationer.
- Visa förmåga att hos äldre patienter observera och bedöma komplexa behov av vård och rehabilitering.

För specialistsjuksköterskeexamen med *inriktning mot distriktssköterska* ska studenten:

- Visa förmåga att självständigt bedöma, planera, genomföra och utvärdera de åtgärder som behövs för att främja fysisk, psykisk och social hälsa hos patienter och förebygga uppkomsten av sjukdom och sjukdomskomplikationer.
- Visa förmåga att observera och bedöma komplexa behov av vård, habilitering och rehabilitering hos patienter.
- Visa sådan kunskap som krävs för att ansvara för hälsoundersökning och vaccinationsverksamhet.

År 2017 fanns det enligt Socialstyrelsens statistik 116 100 legitimerade och sysselsatta sjuksköterskor under 65 år. 109 515 legitimerade sjuksköterskor var sysselsatta inom hälso- och sjukvården och enligt SKR var 70 000 verksamma i regioner och 18 000 i kommuner. År 2019 var det 20 av 21 regioner som redovisade brist på grundutbildade sjuksköterskor och 132 av 226 rapporterade kommuner rapporterade brist. Antalet helårsarbetare som uppskattas saknas utifrån regionernas totala personalbehov var 790 grundutbildade sjuksköterskor. Det kan särskilt noteras att omkring 90 procent av arbetsgivarna redovisade brist på nyexaminerade och yrkeserfarna specialist-sjuksköterskor inom psykiatrisk vård, och stora pensionsavgångar väntas. 168 av 226 rapporterade kommuner rapporterade brist på specialistsjuksköterskor. Grundutbildningen ges vid 24 lärosäten och läsåret 2018/2019 avlade drygt 4 400 personer examen. År 2018 utfärdades 4 839 legitimationer. Söktrycket till utbildningen var 2,1 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.¹⁵³

¹⁵³ Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet*, 2020; Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård*, 2020 s. 49.

Läkare och specialist i allmänmedicin

Examensbeskrivning läkare¹⁵⁴

Läkarexamen är en examen på avancerad nivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

- Visa kunskap om, och förståelse för förhållanden i samhället som påverkar hälsan för individer och olika grupper ur ett nationellt och globalt perspektiv.
- Visa fördjupad förmåga till professionellt bemötande av patienter och deras närstående med respekt för patienternas och deras närståendes integritet, behov, kunskaper och erfarenheter.
- Visa fördjupad förmåga att självständigt diagnostisera de vanligaste sjukdomstillstånden ur patofysiologiskt och psykosocialt samt andra relevanta perspektiv och i samverkan med patienten handlägga dessa.
- Visa förmåga att initiera och medverka i hälsoinriktat och sjukdomsförebyggande arbete för enskilda och grupper samt att redogöra för hur sådant arbete bedrivs på samhällsnivå.

Specialist i allmänmedicin – målbeskrivning

I Socialstyrelsens målbeskrivningar för läkares specialiseringstjänstgöring¹⁵⁵ (ST) finns kompetensbeskrivningar för de olika specialiteterna.¹⁵⁶ För allmänmedicin anges det att specialiteten karaktäriseras av:

- Mötet med patienten.
- Kompetens i bedömning och behandling av patienter i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem, inklusive upplevelser och besvär som inte är orsakade av någon definierbar sjukdom.
- Arbete som vanligen utförs på en vårdenhets med mottagningsverksamhet inom primärvården.

¹⁵⁴ Utbildning i enlighet med den nya examensbeskrivningen kommer att ges hösten 2021.

¹⁵⁵ Socialstyrelsen, *Läkarnas specialiseringstjänstgöring Målbeskrivningar 2015*, 2015.

¹⁵⁶ Obs. att ny version är under utarbetande.

I kompetensen ingår att kunna följa en individs olika hälsoproblem över tid och i bedömningen av hälsoproblemen väga in personens hela livssituation.

Det kan vidare noteras att delmål 13.c specifikt fastslår att den specialistkompetenta läkaren ska behärska handläggning av vanliga och viktiga psykiska sjukdomar med betoning på de stora folksjukdomarna.

Enligt Socialstyrelsens statistik fanns det 2017 43 200 legitimerade och sysselsatta läkare, varav nästan 40 000 inom hälso- och sjukvården. Samma år fanns det 31 800 sysselsatta specialisläkare, varav drygt 29 000 inom hälso- och sjukvården. År 2018 utfärdades 2 064 specialistbevis. Flest inom allmänmedicin (471), internmedicin (179) och psykiatri (130). År 2019 bedömde 19 av 21 regioner att det var brist på specialisläkare. Det totala uppskattade behovet uppgår till 1 252 helårsarbetare, varav 686 inom allmänmedicin och 144 inom psykiatri. Det uppskattade behovet av allmänläkare och psykiatriker skiljer sig mellan regionerna och uppgår till 12–80 per region för allmänmedicinare och 2–41 per region för psykiatriker.

2018 utfärdades 2 306 legitimationer. 51 procent till utbildade i Sverige, 37 procent inom EU eller EES (främst Polen, Danmark och Rumänien), och 12 procent utanför EU eller EES. Läsåret 2018/2019 tog drygt 1 300 personer läkarexamen. Söktrycket var 5,3 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.

Fysioterapeut

Examen

Fysioterapeutexamen är en examen på grundnivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

- visa förmåga att självständigt och i samverkan med individen genomföra fysioterapeutiska åtgärder samt förmåga att initiera och medverka i hälsofrämjande, behandlande, habiliterande och rehabiliterande arbete på individ-, grupp- eller samhällsnivå.

År 2017 fanns det enligt Socialstyrelsens statistik 15 842 legitimerade och sysselsatta fysioterapeuter under 65 år. 13 611 legitimerade fysioterapeuter var sysselsatta inom hälso- och sjukvården och enligt SKR

arbetade omkring 6 000 i regioner och drygt 2 000 i kommuner 2017. År 2019 var det 10 av 21 regioner som redovisade brist på grundutbildade fysioterapeuter och 11 balans. 119 (av 226 rapporterade) kommuner rapporterade brist. Antalet helårsarbetare som uppskattas saknas utifrån regionernas totala personalbehov var 61 fysioterapeuter.

Grundutbildningen ges vid åtta lärosäten och läsåret 2018/2019 avlade drygt 490 personer examen. År 2018 utfärdades 927 legitimationer. Söktrycket till utbildningen var 4,3 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.

Specialistordning – mental hälsa

Specialistutbildning inom mental hälsa enligt Fysioterapeuternas specialistordning är en utbildning på avancerad nivå som förutom klinisk tjänstgöring under handledning innehåller en magisterexamen.¹⁵⁷ Målet för fysioterapi inom psykiatri och psykosomatik är att minska graden av funktionshinder samt höja graden av hälsa och välbefinnande hos barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa och sjukdom. Detta kan yttra sig i störningar i relationen till den egna kroppen, kroppsupplevelse och/eller rörelsebeteende.

Insatserna utgår från ett bio-psyko-socialt perspektiv på ohälsa och sjukdom med tonvikt på den psykosomatiska förståelsen av sambandet mellan kropp och psyke. Individens självkänsla, kopplad till kroppsupplevelse och rörelsefunktion är i fokus, därtill att aktivera individens egna resurser till hälsa, återhämtning och livskvalitet.

Behandlingsinsatserna omfattar, förutom fysisk aktivitet och träning, strategier för att öka medvetenheten om den egna hälsan och kroppen samt för att öka förmåga att identifiera, hantera och reglera kroppsliga förnimmelser, såväl sensoriska som emotionella samt förbättra den sensomotoriska funktionen. Mötet/interaktionsprocessen används medvetet som en del av behandlingen.

Specialiteten bedrivs i såväl öppna som slutna vårdformer, offentligt och privat, samt i övrig verksamhet i den mån arbetssättet är psykiatriskt eller psykosomatiskt inriktat. I dag finns ett 70-tal specialister inom mental hälsa i landet med störst antal i Stockholmsområdet.¹⁵⁸ Arbetet utförs ofta i samverkan med multidisciplinära

¹⁵⁷ Fysioterapeuterna, *Specialistordning för fysioterapeuter*, Inrättad 1993, 2014.

¹⁵⁸ Skriftlig kommunikation med Fysioterapeuterna.

team eller andra enskilda vårdgivare. Samverkan sker inom och utom hälso- och sjukvårdssystemet i olika former av team och andra interprofessionella sammanhang. Dessutom sker samverkan med berörd personal inom primärvård, kommunal vård inklusive hemtjänst, socialtjänst, Försäkringskassan, arbetsvårdande myndigheter, skola, med arbetsledare och företagshälsovård samt med närstående.

Arbetsterapeut¹⁵⁹

Examen

Arbetsterapeutexamen är en examen på grundnivå. Av examensbeskrivningen framgår att studenten bl.a. ska:

- Visa förmåga att självständigt och i samverkan med individen genomföra arbetsterapeutiska åtgärder som förebygger, förbättrar och kompenserar nedsatt aktivitetsförmåga.
- Visa förmåga att identifiera och genomföra miljöinriktade åtgärder både på individ-, grupp- och samhällsnivå.

År 2017 fanns det enligt Socialstyrelsens statistik 11 464 legitimerade och sysselsatta arbetsterapeuter under 65 år. 9 436 legitimerade arbetsterapeuter var sysselsatta inom hälso- och sjukvården och enligt SKR arbetade omkring knappt 3 700 i regioner och drygt 3 400 i kommuner 2017. År 2019 var det 14 regioner som bedömde att det var brist och 7 som redovisade balans i efterfrågan på arbetsterapeuter. 105 av 226 rapporterade kommuner rapporterade brist. Antalet helårsarbetare som uppskattas saknas utifrån regionernas totala personalbehov var 65 arbetsterapeuter.

Utbildningen ges vid åtta¹⁶⁰ lärosäten och läsåret 2018/2019 tog drygt 415 personer examen. År 2018 utfärdades 451 legitimationer. Söktrycket till utbildningen var 1,5 behöriga förstahandssökande per antagen höstterminen 2019.

¹⁵⁹ Även arbetsterapeuterna har en specialitetsordning, med en annan struktur, där det inte finns någon enskild inriktning mot psykisk ohälsa. Fem områden är definierade: Arbetsliv och utbildning, Folkhälsa, Rehabilitering och funktionshinder, Hälso- och sjukvård samt Äldrevård och äldreomsorg. För varje område gäller att verksamheten bedrivs oberoende av huvudman.

¹⁶⁰ I nuläget åtta st. men under 2020 beslutade Uppsala universitet att arbeta för att kunna erbjuda utbildning till arbetsterapeutexamen. Arbetet med att bygga upp programmet är igång och det kommer förhoppningsvis kunna starta hösten 2022.

Barnmorskor, dietister och apotekare

Utredningen vill också uppmärksamma följande yrkesgrupper som även de har viktiga roller relaterade till primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa, även om de vanligen inte är del av de psykosociala teamen.

Barnmorskor

Under graviditet och efter förlossning är risken förhöjd att drabbas av psykisk ohälsa. Mödrahälsovården är en del av primärvården¹⁶¹ och barnmorskor inom mödrahälsovården har kontinuerlig kontakt med föräldrarna och spelar här en stor roll för att identifiera psykisk ohälsa, stödja och hjälpa till rätt vårdinstans. Barnmorskan är ofta spindeln i nätet och den som samordnar vårdkontakter och eventuella socialtjänstkontakter.

Att uppmärksamma och motivera gravida med psykisk ohälsa och sjukdom att ta emot stöd och behandling både för sin egen, familjens och det väntade barnets skull är ett centralt uppdrag för barnmorskorna inom mödrahälsovården.

Dietister

Även om dietisten inte är den profession som i första hand behandlar den psykiska ohälsan, så är det vanligt att dietister i primärvården träffar patienter p.g.a. konsekvenserna av den psykiska ohälsan. För dietister finns också möjlighet till specialisering inom psykiatri i allmänhet och med särskild inriktning mot ätstörningar samt inom psykoterapi.¹⁶²

Vanliga tillstånd där psykisk ohälsa kan vara ett grundproblem eller där tillståndet i sig ger psykisk ohälsa och där dietister ofta är inkopplade är t.ex. övervikt, Irritable Bowel Syndrome (ibs), ätstörningar, metabolt syndrom/diabetes typ 2, eller ohälsosamma matvanor generellt. Utifrån detta kan dietister tillföra central kompetens till teamen runt patienter med psykisk ohälsa, såväl i regionernas som kommunernas primärvård.¹⁶³

¹⁶¹ Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare mm.*, s. 46 f.

¹⁶² Dietisternas Riksförbund, *Specialistordning för dietister, inrättad 2011*, 2020.

¹⁶³ Skriftlig kommunikation med Dietisterna riksförbund.

Apotekare

Kunskap om läkemedel och läkemedelsanvändning är många gånger central i omhändertagandet av patienter som lider av psykisk ohälsa. Många läkemedel som används vid psykiatriska indikationer har interaktioner med andra läkemedel, som behöver hanteras och förklaras. Patientgruppen kan också behöva extra stöd i sin läkemedelsanvändning, p.g.a. att medicinerna inledningsvis kan leda till fluktuationer i det psykiska måendet och att en del läkemedel har beroendepotential.

Farmaceutisk kompetens kan därmed också vara en viktig komponent i en starkt primärvård, rustad för att hantera psykisk ohälsa. Här har apotekare i primärvården en viktig roll, bl.a. vid läkemedelsgenomgångar, inklusive vid läkemedelsgenomgångar på särskilda boenden och med patienter inskrivna i hemsjukvården.

Av särskild vikt i kommunens primärvård

Särskilt om undersköterskor

Undersköterskor, eller motsvarande, är den största personalgruppen inom den kommunala hälso- och sjukvården. De har därmed en central roll i förhållande till den psykiska hälsan hos dem som får insatser av den kommunala hälso- och sjukvården, inte minst vad gäller att identifiera och uppmärksamma psykisk ohälsa hos dessa personer.

Att bedöma det exakta antalet yrkesverksamma undersköterskor är komplicerat och beror delvis på vilken beräkningsgrund som väljs: utbildning, yrkestitel eller arbetsuppgifter. Enligt yrkesregistret med yrkesstatistik från Statistiska centralbyrån (SCB) finns det i dag cirka 187 000 yrkesverksamma undersköterskor. Antalet ökar betydligt om personal i närliggande yrkeskategorier såsom behandlingsassistenter och socialpedagoger, skötare, vårdare och boendestödjare räknas in. Sådan personal kan ha en utbildning med inriktning mot vård och omsorg. Med utgångspunkt i yrkesregistret med yrkesstatistik från SCB uppskattas personal i de närliggande yrkeskategorierna uppgå till 100 000.¹⁶⁴

¹⁶⁴ Ds 2020:15, *Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser*, s. 11.

En majoritet av undersköterskorna är anställda i kommun eller hos privata utförare av kommunalt finansierad verksamhet. Kommunerna uppger ett spann på 5–40 procent av arbetstiden när det gäller uppgifter av hälso- och sjukvårdskaraktär varav 20–25 procent är den mest återkommande uppskattningen.¹⁶⁵

När det gäller LSS-verksamhet finns det olika uppfattningar om huruvida det förekommer hälso- och sjukvårdsuppgifter alls till att dessa bedöms utgöra i princip all arbetstid. I dessa fall handlar det om enskilda ärenden som kräver enbart hälso- och sjukvårdsinsatser. Omvårdnad/omsorg uppskattas till mellan 20–80 procent.¹⁶⁶

På väg mot skyddad yrkestitel

Noteras bör att undersköterska i dag är en anställningsform och det alltså inte är utbildningen i sig (gymnasieutbildning eller någon form av vuxenutbildning) som leder till titeln undersköterska. Eftersom det i nuvarande system inte finns några nationella kompetenskrav eller en reglerad examen varierar innehållet mellan utbildningsanordnare och framför allt inom vuxenutbildningen. Detta innebär att kompetensen hos undersköterskor som utbildats inom vuxenutbildningen kan variera över landet och hos olika arbetsgivare.¹⁶⁷ Något som uppmärksammats och kritiserats.

Mot denna bakgrund tillsatte regeringen utredningen *Reglering av yrket undersköterska*. Utredningen, som lämnade sitt slutbetänkande i april 2019, bedömde att det fanns relativt utbredda brister i kompetensen hos undersköterskorna och menade att det har en direkt effekt på utförandet av arbetsuppgifterna. Utredningen menade att bristerna kan ses som en konsekvens av att undersköterskeyrket hittills varit oreglerat och föreslog därför att yrket ska regleras med en skyddad yrkestitel.¹⁶⁸

Regeringen beslutade i december 2019 om ändringar i gymnasieförordningen (2010:2039) och i förordningen (SKOLFS 2010:14) om examensmål för gymnasieskolans nationella program. Ändringarna innebär bl.a. att fler ämnen kommer att bli obligatoriska för alla elever inom vård- och omsorgsprogrammet. Vidare har kursinne-

¹⁶⁵ SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg*, s. 112 f.

¹⁶⁶ SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg*, s. 113.

¹⁶⁷ SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg*, s. 108.

¹⁶⁸ SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg*.

hållet anpassats för att stämma överens med de nationella kompetenskraven för undersköterskor som Socialstyrelsen föreslagit. Det reformerade innehållet inom vård- och omsorgsprogrammet kommer att gälla för utbildning som påbörjas efter den 30 juni 2021. För utbildning som påbörjats före den 1 juli 2021 gäller däremot äldre bestämmelser.¹⁶⁹

Till följd av vård- och omsorgsprogrammens nya utformning lämnade regeringen i juni 2020 ett delvis annorlunda förslag gällande införande av skyddad yrkestitel för undersköterskeyrket, än det som lämnats av utredningen. Reglerna föreslås träda i kraft 2025, med en övergångsperiod om tio år.¹⁷⁰

3.7.3 Specifika funktioner av betydelse för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

Case manager/vårdsamordnare

På senare år har man på olika ställen utvecklat olika arbetssätt och funktioner av s.k. ”case manager”/vårdsamordnar-typ, för att säkerställa tillgänglighet, kontinuitet och samordning, inte minst för personer med psykisk ohälsa. Detta ligger väl i linje med Socialstyrelsens nationella riktlinjer *Vård vid depression och ångestsyndrom*.¹⁷¹ Där anges att det vid vård av personer med depression eller ångestsyndrom är särskilt viktigt med kontinuitet och tillgänglighet, vilket är grundförutsättningar för en individuellt anpassad och god vård genom hela sjukdomsförloppet. Ett sätt att tillgodose detta inom primärvården kan enligt riktlinjerna vara att det finns en vårdsamordnare som ansvarar för stöd och kontinuerlig kontakt med personer med depression eller ångestsyndrom.

Denna typ av samordnarfunktioner exemplifieras här genom VGR:s arbete med vårdsamordnare psykisk ohälsa, vilket är det tydligast dokumenterade och beforskade exemplet på detta som utredningen kunnat identifiera i svensk kontext.

¹⁶⁹ Ds 2020:15, *Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser* s. 12.

¹⁷⁰ Ds 2020:15, *Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser*.

¹⁷¹ Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*, 2017, uppdaterade 2020.

Vårdsamordnare psykisk ohälsa

Sedan 2015 har det i VGR pågått forskning och utveckling av funktionen Vårdsamordnare psykisk ohälsa i primärvården. Detta har skett i nära samarbete mellan VGR och Göteborgs universitet (GU).

En vårdsamordnare arbetar med att ge ett samordnat, strukturerat omhändertagande, en aktiv uppföljning av förlopp och behandling av patienter med psykisk ohälsa. Detta innefattar patienter med lindrig till medelsvår depression, ångestsyndrom samt stressrelaterad psykisk ohälsa. Vårdsamordnare psykisk ohälsa ersätter ingen annan insats. Alla vårdsamordnare följer en metod gemensam för hela VGR.

Vårdsamordnaren är en förstärkning av omhändertagandet vid psykisk ohälsa och omfattar en nära patientkontakt, för att ge patienten tillgänglighet och kontinuitet. För patienter innebär den individuella patientkontakten två besök samt regelbunden telefonkontakt under ett antal veckor. Särskild självskattningsskala beroende på diagnos används som underlag vid samtal med patienterna.

Den som utses till vårdsamordnare ska vara anställd på vårdcentralen, ha erfarenhet av arbete i primärvård, ha legitimeringsgrundande högskoleutbildning inom hälso- och sjukvården, samt en kvalitetssäkrad utbildning för funktionen på 7,5 högskolepoäng, genom GU. VGR har hittills, tillsammans med GU, utbildat cirka 300 st. Vårdsamordnare psykisk ohälsa. Som stöd i utvecklingen av funktionen medverkar vårdsamordnaren i återkommande metoddagar. Fokus är processarbete och föreläsningar med för funktionen relevanta teman. En gång per termin arrangeras en utvecklingsdag för vårdsamordnare.

Utvecklingen av funktionen sker stegvis, och det finns ingen övre gräns för hur stor del av en tjänst som vårdcentralen väljer att lägga på funktionen vårdsamordnare. Det är vårdcentralens behov och förutsättningar som avgör andelen.¹⁷²

¹⁷² Västra Götalandsregionen, *Vårdsamordnare psykisk ohälsa, Funktionen*.

Forskning om vårdsamordnare psykisk ohälsa

Enligt en vetenskaplig utvärdering från GU har införandet av funktionen gett resultat i form av:

- Snabbare tillfrisknande
- Mer adekvat medicinering
- Bättre tillgång psykologkontakt
- Tidigare återgång till arbete
- Kortare sjukskrivningstid

Utvärdering visar vidare att ur ett samhällsperspektiv kostar vårdsamordnare mindre än sedvanlig behandling och är effektivare. Ser man strikt till kostnader för hälso- och sjukvård är det något dyrare, men effektivare än sedvanlig behandling (medelkostnad per patient på 3 670 kronor vs 2 460 kronor för sedvanlig behandling). Det man på samhällsnivå sparade kostnader på var (bl.a.) sjukskrivningar. Vid sedvanlig behandling var medelkostnaden för sjukskrivning per patient 71 240 kronor, medan medelkostnaden med vårdsamordnare var 58 500 kronor per patient.¹⁷³

Rehabiliteringskoordinator

Som beskrivits i avsnitt 3.1.2 har rehabiliteringskoordinator överlag kommit att bli det etablerade uttrycket för den funktion som inrättas för att uppfylla kravet på erbjudande av koordineringsinsatser som finns i lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter. Lagen ger regionerna skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter i syfte att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Det gäller alltså inte enbart sjukskrivningar p.g.a. psykiska sjukdomar och syndrom. Eftersom de senare står för en stor andel av sjukskrivningarna blir dessa patienter likväl en väsentlig del av rehabkoordinators jobb.

¹⁷³ Holst A et al, *Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study*, BMJ open 8.11, 2018.

De flesta koordinators finns inom primärvården. Några arbetar enbart inom koordineringsfunktionen, andra kombinerar med andra arbetsuppgifter inom vården. Vissa arbetar vid en särskild vårdcentral, andra utför koordineringsuppdraget åt flera vårdcentraler. I vissa regioner lägger rehabkoordinatorer mycket tid på det personliga mötet med patienterna och stöttar dem att hitta lösningar för att återgå i arbete. I andra regioner har koordinators en överordnad roll och inriktar arbetet på att urskilja vilka patienter som ska erbjudas särskilt stöd och verka för att all vårdpersonal arbetar på samma sätt för att främja arbetsåtergång för enskilda patienter. I de flesta regioner har rehabkoordinators kontakt med arbetsgivaren och andra aktörer, i andra regioner förutsätts att patienten själv tar nödvändiga kontakter. I vissa regioner har funktionen en ombudsliknande roll och tar kontakterna åt patienten, när hen inte klarar det själv. I rehabkoordinators uppgifter ingår ofta i praktiken arbete med sjukskrivningsstatistik och utveckling av interna rutiner kring sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet. De bidrar med kunskaper i försäkringsmedicin på vårdenheten och utgör stöd till läkare i sjukskrivningsfrågor.¹⁷⁴

Formell kompetens hos koordinators

Det infördes i och med den nya lagen inte något kompetenskrav för att få utföra koordineringsinsatser. I remisshanteringen av aktuell departementspromemoria framfördes att legitimationsyrke borde vara ett krav. Regeringen hänvisade dock till yrkeskvalifikationsdirektivet och där angivna möjligheter att reglera kompetens för ett visst yrke, bl.a. att särskilda krav för att utöva yrkesverksamhet endast får ställas när det finns angelägna skäl för det. Några sådana skäl för kompetenskrav ansåg regeringen inte att det fanns. I stället är det en fråga för respektive arbetsgivare att avgöra vilken kompetens som krävs för uppgiften.¹⁷⁵

De flesta har vårdutbildning. Många är arbetsterapeuter, fysioterapeuter eller sjuksköterskor, men även undersköterskor och kuratorer. Det finns också de med helt annan utbildning och erfarenhet, såsom t.ex. tidigare handläggare på Försäkringskassan. Många regioner

¹⁷⁴ Lagrådsremiss *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, 2018, s. 15 ff. Se även prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*.

¹⁷⁵ Lagrådsremiss *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, s. 49 ff.

ger rehabkoordinatören en intern grundläggande försäkringsmedicinsk utbildning eller erbjuder uppdragsutbildning via universitet eller högskola.¹⁷⁶

Psykosociala team

Vi har i tidigare betänkanden lyft vikten av interprofessionellt lärande och interprofessionella arbetssätt.¹⁷⁷ Även när det gäller primärvårdens arbete med psykisk ohälsa är ett interprofessionellt teamarbete, där man nyttjar alla relevanta kompetenser tillsammans runt patienten, av vikt. Ett effektivt teamarbete förutsätter dock också interprofessionell kompetens. Det räcker inte att bara ”samla olika kompetenser under samma tak”. Man behöver ha förmåga att samverka med andra professioner, ha kunskap om, förståelse och respekt för andra professioners funktioner, roller och etiska värderingar. Den kompetensen anses bidra till att förbättra vårdens kvalitet.¹⁷⁸

Teamsamverkan runt patienter med psykisk ohälsa benämns ofta som psykosociala team. Allt fler hälso-/vårdcentraler organiserar sitt arbete på detta sätt. Kompetensen i teamen kan se olika ut. Vanliga yrkeskategorier som kan ingå är kurator, psykolog, sjuksköterska, psykiatrisjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Strukturerad och kontinuerlig avstämning mellan det psykosociala teamet och läkargruppen inom vårdcentralen stärker ytterligare det interprofessionella arbetet.

Till stöd för arbetet med såväl triagering som bedömning av det psykosociala teamet utvecklas protokoll och rutiner, vilka även ska säkerställa att man identifierar patienter som har behov av läkarkontakt, eller kontakt med annan profession utanför det psykosociala teamet.

Psykolog med psykologiskt ledningsansvar

Psykolog med psykologiskt ledningsansvar (PLA) utgör en del av verksamhetens ledningsstruktur och ansvarar för utveckling, kvalitets-säkring och implementering av psykologens kunskapsområde inom

¹⁷⁶ Lagrådsremiss *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, s. 16.

¹⁷⁷ Se t.ex. bil. 3 i SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

¹⁷⁸ World Health Organization, *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*, 2010.

hela verksamheten. En PLA kan verka på olika nivåer: verksamhetsnivå, divisionsnivå, förvaltningsnivå, regionnivå, eller dylikt. Exempel på ansvarsområden kan vara:

- kvalitetssäkring av psykologiska insatser och metoder
- rutiner vid uppföljningar och utvärderingar
- rutiner vid metodutveckling
- bevaka ny forskning och nya riktlinjer såväl nationellt som internationellt
- planering av implementeringen av beslutade insatser enligt punkten ovan
- utveckla patientsäkerhetsarbetet vid psykologiska insatser
- rådgivning kring professionella och etiska frågeställningar
- verka för att psykologins kunskapsområde harmoniserar med övriga kunskapsområden i verksamheten.¹⁷⁹

3.7.4 Olika typer av utbildningsinsatser

Av utredningens direktiv framgår att vi även ska titta på de olika utbildningsinsatser relaterat till psykisk ohälsa som finns i dag och bedöma det eventuella behovet av nya utbildningsinsatser. Vi har ovan beskrivit hur olika kliniska professioners examensbeskrivningar lyfter aspekter relaterade till arbetet med psykisk ohälsa. I det följande kommer vi att redogöra för olika typer av utbildningsinsatser som ges, utöver de utbildningsmoment som finns i de kliniska professionernas grund- och avancerade utbildningar samt fristående fördjupningskurser på högskolenivå.

I detta sammanhang vill vi inledningsvis framhålla behovet av ett gott bemötande som utgår från olika människors behov och förutsättningar, exempelvis funktionsnedsättning, könsidentitet och könsuttryck eller ålder. För många kan fortfarande begrepp som psykisk ohälsa och terapi i sig vara stigmatiserande och omöjliga att ens reflektera över i förhållande till sin egen situation. Vad gäller bemötande är det av vikt att inkludera både insatser för professioner som är särskilt inriktade på psykisk ohälsa och för övriga personalkate-

¹⁷⁹ Psykologförbundet, *Specialisttjänst och PLA*.

gorier i primärvården. Ett exempel som lyfts till oss är att bemötandet från den som tar emot patienten i reception kan ha avgörande betydelse för om man vänder i dörren eller klarar att stanna kvar, för den som mår psykiskt dåligt.

Socialstyrelsen har under 2020 publicerat ett nytt utbildningsmaterial kopplat till just bemötande som utredningen vill framhålla, benämnt ”Det vi inte ser”.¹⁸⁰ Det är ett flexibelt utbildningsmaterial, där man har möjlighet att plocka ihop ett situationsanpassat underlag eller genomföra ett färdigt utbildningspaket.

Utbildningar i huvudmännens och SKR:s regi

Huvudmännen ordnar också olika utbildningar och utbildningstillfällen i egen regi, och i samverkan med SKR, bl.a. inom ramen för Uppdrag psykisk hälsa. Uppdrag psykisk hälsa tar t.ex. fram olika utbildningar och webinarier, kopplade till primärvårdens arbete med psykisk ohälsa.¹⁸¹

Region Stockholm är ett exempel på en region där man nyligen tagit ett regionövergripande grepp och satsat 50 miljoner kronor i ett utbildningspaket för att förbättra vården för psykisk ohälsa på vårdcentralerna (finansierat av statsbidrag). Satsningen grundar sig i en studie som visar att behovet av att kunna ge vård för psykisk ohälsa är stort, men personalen upplever osäkerhet. Med start i december 2020 kommer all vårdpersonal på samtliga vårdcentraler i Region Stockholm att erbjudas deltagande i fortbildnings- och informationsinsatser för evidensbaserad handläggning av psykisk ohälsa i primärvården. Målet är att tillgängliggöra utbildning och kunskapsstöd för primärvårdens personal vad gäller bedömning, diagnostisering och behandling för måttlig och lindrig psykisk ohälsa för alla åldrar.¹⁸²

¹⁸⁰ Socialstyrelsen, *Det vi inte ser. Ett flexibelt utbildningsmaterial*, 2020.

¹⁸¹ Uppdrag psykisk hälsa, *Primärvårdens arbete med psykisk ohälsa*.

¹⁸² MyNewsDesk, *50 miljoner till bättre vård för psykisk hälsa*.

Professionsanknutna utbildningar

De olika professionsförbunden och föreningarna har, i olika utsträckning, också egna utbildningar som relaterar till psykisk ohälsa. Exempel på det är t.ex. att sektionen för Mental Hälsa inom Fysioterapeuterna arrangerar fortbildningsdagar och kortare fortbildningskurser 1–2 gånger/år för sina medlemmar, i vissa fall även öppna för andra sektioners medlemmar.¹⁸³

Sveriges arbetsterapeuter har bl.a. kurser för arbetsterapeuter som syftar till att kunna använda instrument eller interventionsmetoder såsom ReDO®-metoden,¹⁸⁴ Vardag i balans (ViB)¹⁸⁵ och ADL-Taxonomi®.¹⁸⁶

Personer i kontaktyrken inom vård och omsorg är överrepresenterade vad gäller sjukfrånvaro relaterat till psykisk ohälsa (se avsnitt 3.8.1). Det är därför också viktigt att medarbetare i vården får stöd och verktyg för att förebygga psykisk ohälsa. Vårdförbundet har t.ex. tagit fram ett informationsmaterial om reflekterande avstämningar och samtal.¹⁸⁷ Regelbundna reflektionsavstämningar kan vara ett sätt att förebygga stress och utmattning. Det är korta tillfällen då arbetslaget samlas för att stämma av och reflektera. Det kan ske under arbetspasset och/eller vid arbetspassets slut. Reflektionsavstämningar kan också leda till ett gemensamt lärande i arbetsgruppen. Ett kort möte, bara några minuter kan räcka.

¹⁸³ Skriftlig kommunikation med Fysioterapeuterna.

¹⁸⁴ En gruppintervention som riktar sig till människor som har behov av att varaktigt förändra sin vardag, oavsett diagnos eller vårdform. ReDO®-metoden syftar till att de personer som erhåller behandlingen ska återfå vardagshälsa och i de fall det är tillämpligt, återgå i arbete. Genom programmet påbörjas en process för omstrukturering av aktiviteter och rutiner i vardagen mot en mer hälsosam balans. Metoden är från början utvecklad för kvinnor med stressrelaterad ohälsa men har med framgång använts för flera andra grupper i såväl primärvård som slutenvård och i preventivt arbete.

¹⁸⁵ Livsstilsinterventionen ViB riktar sig till personer med olika former av psykisk ohälsa och är baserad på att analysera och åtgärda tidsstruktur och aktivitetsbalans med ett generellt återhämtningsfokus. ViB är en gruppbaserad arbetsterapeutisk intervention som ges i kursform och som i en forskningsstudie visat sig effektiv i form av ökad grad av aktivitet, upplevd aktivitetsbalans och bättre psykosocialt fungerande.

¹⁸⁶ Ett bedömningsinstrument och en systematik för beskrivning av en persons förmåga till vardagliga aktiviteter. Instrumentet används för att bedöma aktivitetsförmåga hos personer med psykisk funktionsnedsättning.

¹⁸⁷ Vårdförbundet, *Reflektionssamtal*.

3.7.5 Sammanfattande reflektioner

Många professioner är, i olika grad, involverade i primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Det är en poäng i sig. Primärvården med sitt breda uppdrag är den vårdnivå som har bäst förutsättningar att med ett holistiskt synsätt vara första vårdnivå för såväl människors fysiska som psykiska vårdbehov. För att kunna göra detta på ett ändamålsenligt sätt krävs dock en viss grundläggande kunskap om psykisk ohälsa och bemötande hos alla som jobbar inom primärvården. Det krävs också en kunskap om vad olika professioner kan bidra med i arbetet med psykisk ohälsa. Såväl hos dem som har ansvar för styrning och ledning av primärvården som hos dem som är kliniskt verksamma inom primärvård. Det ger förutsättningar att organisera arbetet på effektiva sätt och i enlighet med bästa tillgängliga kunskap, t.ex. genom användande av vårdsamordnare eller organisering av psykosociala team.

Utredningens dialoger har dock visat på utmaningar vad gäller den kunskapen, såväl hos ledningsfunktioner som i kliniska verksamheter. I kommunernas verksamheter har också studier om situationen under coronapandemin pekat på brist på hälso- och sjukvårdskompetens hos chefer på olika nivåer inom äldreården vilket har påverkat verksamheten.¹⁸⁸ Från verksamheter får vi beskrivningar av hur de psykosociala resurser som finns på t.ex. en vårdcentral ofta organiseras som egna små ”verksamheter i verksamheten” (enligt en slags klinik-logik från den specialiserade vården) dit man kommer först efter internremiss. När man gjort interna arbeten för att bättre integrera dessa delar med övrig vård, utarbetat tydligare rutiner för hur och när patienter kan bokas till de psykosociala resurserna, och strävat efter ett omhändertagande mer utgående från patientens situation än organisationens, har både effektiviteten i omhändertagandet och det interprofessionella lärandet ökat.

Vi ser utifrån detta att det finns behov av kompetenshöjning och tillkommande utbildningsinsatser. Hur dessa ser ut varierar dock runtom i landet utifrån lokal kontext, och det finns därmed ett behov av regionala och lokala inventeringar, för att utifrån resultaten

¹⁸⁸ Boström A-M, Marmstål Hammar L, Swall A, *Vårdkvaliteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, 2020.

kunna tillhandahålla relevanta kompetenshöjande insatser. Såväl till styrnings- och ledningsfunktioner som i de kliniska verksamheterna.

Som redogjort för i avsnittet kan vi med hjälp av informationen i dagens nationella planeringsstöd inte säga något om var i hälso- och sjukvårdssystemet olika resurser finns. Vi kan alltså inte med säkerhet säga vilka, och hur många, professioner som är verksamma i primärvården i olika delar av landet. Vi har även sett i avsnitt 3.5 att det inte finns något sammanhållet och enhetligt sätt för regioner att mäta och redovisa primärvårdens produktion av insatser inom psykisk hälsa. Det blir därmed mycket svårt att beskriva gapen. Sammantaget utgör båda dessa faktorer stora utmaningar i förhållande till såväl planering av olika utbildningsinsatser framöver som omställningen till en stark primärvård med förmåga att hantera såväl fysisk som psykisk ohälsa.

Det kan slutligen noteras att bristen på reglering av s.k. grundläggande psykoterapiutbildning skapar en betydande otydlighet kring vilka kompetenser personer med sådan utbildning besitter, vilket är problematiskt för dem som ska bemanna primärvården med kompetenser för psykisk ohälsa, för de patienter de möter och för personer med dessa typer av utbildningar. Avsaknaden av reglerad utbildning gör att det inte heller finns aggregerad information om hur stor gruppen är eller var i systemet de finns. Detta utgör ytterligare en utmaning i att planera för en adekvat kompetenssättning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa.

3.8 Psykisk ohälsa och sjukfrånvaro

3.8.1 Sjukfrånvaro relaterad till psykiatriska tillstånd

Enligt Försäkringskassans uppgifter är nästan hälften av dagens sjukskrivningar relaterade till psykisk ohälsa, och det tar lång tid att komma tillbaka i arbete för personer sjukskrivna för psykiatriska diagnoser.¹⁸⁹ I december 2016 var drygt 130 600 kvinnor sjukskrivna, varav 49 procent för psykiatriska diagnoser. Vid samma tidpunkt var drygt 66 000 män sjukskrivna, varav 37 procent i psykiatriska diagnoser. Den aktuella situationen med en pågående pandemi till följd av det

¹⁸⁹ Försäkringskassan, *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2019, 2019*.

nya coronaviruset har redan, och förväntas på sikt ytterligare, påverka dessa numerärer.

I en nyligt publicerad rapport från Försäkringskassan redovisas att psykiatriska diagnoser fortsatt generellt leder till längre sjukskrivningar än de flesta andra sjukdomar och sjukfallslängden relaterad till psykisk ohälsa har ökat över tid. Den stressrelaterade psykiska ohälsan står för en allt större del av sjukskrivningarna i psykiatrisk diagnos, t.ex. utmattningssyndrom, vilket ofta innebär halvårslånga sjukskrivningar. Dessutom drabbas yngre kvinnor oftare än andra, och vissa yrkesgrupper, både bland hög- och lågutbildade, löper högre risk att drabbas av psykisk ohälsa.

En särskilt drabbad grupp är medarbetare med s.k. kontaktyrken inom vård och omsorg.¹⁹⁰ När vi i utredningen diskuterar insatser för att möta och minska den psykiska ohälsan är det därför önskvärt inte bara att dess effekt på sjukskrivningstalen generellt, där så är möjligt, beaktas. Vi vill också ha ett särskilt fokus på insatser som kan tänkas möta och minska den psykiska ohälsan ur ett arbetsmiljöperspektiv för vårdens och omsorgens medarbetare. Insatser som förbättrar arbetsmiljön för vårdens medarbetare, inte minst inom de områden som av medarbetaren uppfattas som mest belastande och stressande, såsom t.ex. hur patienter med psykisk ohälsa kan få bättre stöd till hälsa, skulle på sikt också kunna få positiva effekter på sjukskrivningstalen i gruppen.

3.8.2 "Lättare psykisk ohälsa" och sjukfrånvaro

Enligt utredningens direktiv är ett av de föreslagna syftena med att utreda förutsättningarna för en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa att förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar. Som vi tidigare konstaterat (se avsnitt 2.8) finns inte i dag någon enhetlig definition av begreppen psykisk hälsa eller psykisk ohälsa. Begreppen speglar ett brett kontinuum från psykiska besvär (individens subjektiva upplevelse) till en eller flera psykiatriska tillstånd (ställda på mer objektiva kriterier, där den subjektiva upplevelsen endast är en del av underlaget för diagnos).

¹⁹⁰ Försäkringskassan. *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år, 2020.*

Försäkringskassans statistik och uppföljning bygger på diagnosticerade tillstånd, och således förekommer inte någon registrering av ”lättare psykisk ohälsa”, förstått som subjektiva psykiska besvär vare sig i lättare eller svårare form.

Ytterligare av intresse, gällande den begreppsförvirring som råder på området, noterar utredningen att även det bredare begreppet psykisk ohälsa i en av Försäkringskassan nyligt lämnad rapport beskrivs med följande text:

Det finns ingen allmänt vedertagen definition på detta begrepp, men i allmänhet brukar man inom medicinsk vetenskap avse lindriga eller medelsvåra depressioner, ångesttillstånd och stressreaktioner. Ur ett samhällsvetenskapligt perspektiv kan psykisk ohälsa i samhället innefatta också svårare psykiska sjukdomar såväl som olika typer av avvikande beteenden som missbruk och kriminalitet. I denna rapport används psykisk ohälsa i den snävare medicinska betydelsen.¹⁹¹

Som utredningen redogjort för (se avsnitt 2.8) är det snarare så enligt vår uppfattning och erfarenhet att begreppet vanligtvis används, inte minst inom hälso- och sjukvården, som ett bredare paraplybegrepp, omfattande hela spektrat från subjektivt mående till diagnosticerade tillstånd, t.ex. uttrycks detta i tidigare och nuvarande överenskommelser mellan staten och SKR.

Insatser mot s.k. lättare psykisk ohälsa och påverkan på sjukfrånvaro

Utifrån ovanstående resonemang går det alltså inte att från befintliga data eller beskrivningssystem avgöra hur många individer, eller vilken andel av de som är sjukskrivna för ett psykiatriskt tillstånd, som är sjukskrivna för ”lättare psykisk ohälsa”. Det är inte en datamängd som finns att tillgå, då det inte rör sig om ett diagnosticerat tillstånd. Det blir därmed inte heller möjligt att enkelt mäta och redovisa hur en ny form av insatser inom primärvården för att möta psykisk ohälsa påverkar sjukfrånvaron på aggregerad nivå i befolkningen. Även om man skulle rikta in sig på lättare former av diagnosticerade tillstånd, såsom t.ex. lätt till måttlig depression, uppstår svårigheter, eftersom all diagnosticerad depression på individnivå inte presenterar sig som på varandra följande stadier en ”allvarlighetstrappa”. Lågröskelinsatser

¹⁹¹ Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år, 2020.*

i primärvården, som kan uppfattas som enklare interventioner utifrån vårdens perspektiv, kan tänkas påverka såväl lättare som svårare depressionstillstånd hos enskilda patienter, särskilt som de ofta ges som en av flera samtidiga insatser.

Att följa sjukfrånvaro som en del i kvalitetsuppföljning

Vi vill dock vara tydliga med att detta inte hindrar att när insatser för att möta psykisk ohälsa görs på verksamhets- eller huvudmannanivå, inom en region eller en kommuns geografiska avgränsningsområde kan, och bör, sjukfrånvaron avseende relevanta diagnoser följas. Den typ av lågtröskelinsatser vi förordar förväntas leda till positiva effekter för individen, som också bör kunna avspeglas i minskade sjukskrivningstal. Det blir en av flera pusselbitar i den lokala uppföljningen av en insats. Det är t.ex. möjligt att följa sjukskrivningsmönstret ur den sjukskrivande vårdgivarens perspektiv, vilket kan avspegla insatser och arbetssätt som vårdgivaren tillämpar. Ett sådant exempel är hur insatser inom ramen för införandet av rehabkoordinatorer i regionernas primärvård utvärderats med hjälp av sjukskrivningstal/återgång i arbete i det egna befolkningsunderlaget. Enligt utredningens uppfattning är denna typ av utvärdering viktig som en del i uppföljningen, och ger möjlighet till strukturerad följeforskning när nya metoder prövas eller införs för att i möjligaste mån öka kunskapen på området. Även i arbeten och metoder som involverar andra samarbetspartners och aktörer bör påverkan på sjukskrivningstalen för målgruppen i möjligaste mån finnas med som en del i den strukturerade uppföljningen.

4 Internationell utblick

Sverige står inför utmaningar liknande dem i andra länder vad gäller den psykiska ohälsan och vårt uppdrag placerar sig i en global kontext. Olika länder prövar olika strategier för att bemöta dessa utmaningar. Här nedan redogörs kortfattat för några internationella initiativ på området samt sjukdomsburda globalt vad gäller psykisk ohälsa samt för dess uppskattade konsekvenser, för individer och samhällen. Därefter tittar vi närmare på ett par olika länders ansatser för att hantera s.k. lättare psykisk ohälsa, i enlighet med direktiven att kartlägga om lösningar för personer med lättare psykisk ohälsa har utformats i något annat land inom EU eller EES-området, t.ex. i Norge eller Storbritannien.

4.1 Psykisk ohälsa ett globalt problem

Synen på psykisk hälsa har förändrats de senaste decennierna. Kunskapen om psykiatriska tillstånd har, liksom behandlingsmöjligheterna, ökat i snabb takt till följd av vetenskapliga genombrott. Uppmärksamheten på området har också ökat, och det stigma som tidigare ofta omgärdat psykiatriska tillstånd har aktivt bekämpats och, åtminstone i viss utsträckning, succesivt minskat. Den globala medvetenheten om de stora utmaningar vi står inför när det gäller psykisk ohälsa har vuxit alltmer. Det gäller såväl den stora sjukdomsburdan, som dess vidare effekter på individer och samhällen i stort.

Denna medvetenhet om behovet av ett intensifierat arbete mot psykisk ohälsa speglas bl.a. i att Världshälsoorganisationen (WHO) 2013 antog en global handlingsplan om psykisk hälsa 2013–2020.¹ Det avspeglas också i att psykisk hälsa finns med som en del av Agenda 2030 för hållbar utveckling, som antogs av FN:s generalför-

¹ WHO, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, 2013.

samling i september 2015. Det tredje målet i agendan handlar specifikt om hälsa: ”Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar”. Kopplat till det finns en rad olika delmål, bl.a. delmål 3.4: ”Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.”²

Även OECD (Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling) har kommit att ägna allt mer uppmärksamhet åt frågan givet dess stora effekter på sjukdomsbördan och samhällsekonomin. Tillsammans med EU ger OECD ut *State of the health in the EU* vilken 2018 fokuserade bl.a. på den psykiska hälsan i EU och dess medlemsländer. År 2018 påbörjade OECD ett projekt som syftar till att skapa ett ramverk för att bättre kunna följa upp och jämföra hur länder presterar inom området psykisk hälsa, som en grund för att kunna förbättra sina utfall. Den sista fasen i detta arbete som avser en systematisk jämförelse av olika policies, utifrån fastslagna dimensioner, har blivit något försenad p.g.a. covid-19 men rapporten förväntas publiceras första kvartalet 2021.³ Utifrån kontakt med OECD kan dock konstateras att även här gäller att det är en stor utmaning att hitta tillförlitliga mått, som går att jämföra inom och mellan länder. Även internationellt är data för primärvårdens hantering av psykisk ohälsa en särskild utmaning.⁴

Omfattning

Jämfört med den somatiska hälsan har vi mindre kunskap både om omfattning och om vad som görs i olika länder och vad som är framgångsrikt när det gäller att bekämpa psykisk ohälsa. I WHO:s handlingsplan från 2013 anges att 2004 beräknades psykiska, neurologiska, och substansmissbrukssjukdomar stå för cirka 13 procent av den globala sjukdomsbördan. Depression ensamt stod för 4,3 procent av den globala sjukdomsbördan samma år och var också grund för cirka 11 procent av alla år som globalt levs med nedsatt funktion, framför allt för kvinnor.⁵

² Regeringen, Agenda 2030 för hållbar utveckling, 2016.

³ OECD, *Mental Health Performance Network*; Muntlig kontakt med OECD:s hälsoavdelning.

⁴ Muntlig kontakt med OECD:s hälsoavdelning.

⁵ WHO, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, 2013.

Enligt EU och OECD:s beräkningar led fler än var sjätte person (17,3 procent) i EU av psykisk ohälsa år 2016, vilket motsvarar nästan 84 miljoner personer. Vanligast var ångestsjukdomar (cirka 5,4 procent av befolkningen i EU) följt av depressiv sjukdom (cirka 4,5 procent av befolkningen).⁶ Detta kan jämföras med t.ex. diabetes där prevalensen inom EU beräknas till 6 procent.

Konsekvenser för individer och samhällen

Givet utgångsläget, med sämre kunskap om den psykiska ohälsan än om den fysiska, är beräkningar av förklarliga skäl osäkra men den data som finns pekar på stora kostnader både för individer och samhällen. I WHO:s handlingsplan från 2013 hänvisas till en studie från the Harvard School of Public Health som uppskattar att de globala kostnaderna för psykiatriska tillstånd mellan 2011 och 2030 kommer att uppgå till drygt 16 triljoner USD.⁷ Större delen av dessa kostnader beräknas belasta andra sektorer än hälso- och sjukvården, p.g.a. minskad ekonomisk produktivitet och risk för förtida död. Även hälso- och sjukvården påverkas dock i hög grad. Beräkningar för vissa OECD-länder pekar på att kostnaderna för att behandla psykisk ohälsa beräknas motsvara mellan 5 och 18 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården.⁸

För EU:s (då) 28 medlemsländer beräknades kostnaderna för den psykiska ohälsan motsvara mer än 4 procent av BNP, dvs. mer än 600 miljarder euro. Kostnaderna inkluderar:

- 190 miljarder euro (1,3 procent av BNP) på direkta hälso- och sjukvårdskostnader.
- 170 miljarder euro (1,2 procent av BNP) på sociala trygghets-system inklusive sjukpenning, ersättning till personer med funktionsnedsättningar och arbetslöshetsersättningar.
- 240 miljarder euro (1,6 procent av BNP) på indirekta kostnader p.g.a. lägre sysselsättningsnivå och produktivitet i arbete.⁹

⁶ OECD, *Factsheet on Promoting Mental Health*, 2018.

⁷ The Harvard School of Public Health, World Economic Forum, *The global economic burden of non-communicable diseases*, 2011.

⁸ McDaid D, Hewlett E, Park A, *OECD Health Working Papers No. 97, Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness*, 2017.

⁹ OECD, *Health at a glance: Europe 2018, State of Health in the EU cycle*, 2018.

4.2 England – Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)

4.2.1 Bakgrund

Allmänt om hälso- och sjukvårdssystemet i England

I Storbritannien har de fyra nationerna (England, Skottland, Wales och Nordirland) egna skattebaserade hälso- och sjukvårdssystem. Samtliga utgår från en offentlig nationell hälsomyndighet (National Health Service, NHS) och tillhandhåller omfattande offentlig hälso- och sjukvård till invånarna, utan patientavgifter vid vårdtillfället. I detta avsnitt kommer vi att fokusera på det engelska systemet, och programmet IAPT som är ett av de mest omfattande och uppmärksammade vad gäller att möta psykisk ohälsa på senare år.

Runtom i England finns drygt 170 s.k. *Clinical Commissioning groups* (CCG)¹⁰ som är beställarfunktioner, ansvariga för att upphandla vård enligt riktlinjer och styrning från NHS centralt. Primärvården i Storbritannien, inklusive England, är generellt sett uppbyggd kring allmänläkarmottagningar med team av allmänläkare, sjuksköterskor och stödjande personal som står för första linjens hälso- och sjukvård samt innehar en grindvaksroll till övrig specialistvård. Traditionellt sett bestod allmänläkarmottagningarna av egenföretagare, som arbetade själva eller i partnerskap, men på senare tid har det skett en ökning av löneanställda allmänläkare.¹¹

En rapport från en oberoende expertgrupp, *the Five Year Forward View for Mental Health* (publicerad 2016), utgör grunden för den nationella strategin för psykisk hälsa. Det finns även en handlingsplan *Mental Health Implementation Plan 2019/20–2023/24* med finansiering kopplad till sig.¹²

Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)

År 2004 presenterade NICE, Englands motsvarighet till SBU, riktlinjer för evidensbaserad behandling av depression. Dessa rekommenderade att patienter borde ges tillgång till en stegvis vård, med

¹⁰ Olika CCG:s går samman så antalet förändras över tid. För aktuell sammanställning, se <https://www.england.nhs.uk/ccg-details/>.

¹¹ SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

¹² NHS, *NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20–2023/24*, 2019.

både låg- och högintensiva insatser, för depression. Insatserna var i hög grad KBT-baserade. Rekommendationen gavs i ett läge där det var mycket få patienter som fick tillgång till psykologisk behandling. Enbart läkemedelsbehandling var vanligt förekommande.

Två år senare följde en rapport från London School of Economics and Political sciences, *The Depression report, A New deal for Anxiety and Depression Disorders*,¹³ som argumenterade för en satsning för att få genomslag för NICE rekommendationer, och i större utsträckning erbjuda evidensbaserad vård för personer med depression och ångest. Detta framför allt utifrån ekonomiska argument. Rapporten visade hur, de visserligen stora, kostnaderna med ett program för att skala upp tillgången till psykologisk behandling skulle betala sig genom friskare människor, som kunde arbeta och bidra till samhällsekonomin i större utsträckning. Man menade att det inte var försvarbart att slösa både ekonomiska resurser och människors lidande när evidens pekade på att det fanns effektiva metoder. Det fanns dock utmaningar vad gällde vem som skulle kunna tillhandahålla den psykologiska behandlingen, eftersom tillgången på behandlare var alltför låg. Rapporten skissade därför på att man skulle utbilda 10 000 behandlare under en 7-årsperiod, hälften psykologer och hälften genom en reglerad vidareutbildning för andra personalkategorier inom vården, såsom t.ex. sjuksköterskor och arbetsterapeuter.

Dessa argument fick genomslag på flera håll, både bland professioner och i akademien, och till slut också på den politiska nivån. År 2006 lanserades därmed *Improving Access to Psychological Therapy* (IAPT) genom två piloter, som testade två olika modeller av stegvis vård, bägge i linje med NICE riktlinjer. Dessa piloter följdes under 2007/08 av vidare fördjupning hos elva ”vägfinnare”, som efter ansökan fick finansiering för att testa modellen, med identifierade specialintressen för en viss grupp av sin befolkning, t.ex. äldre. En implementeringsplan för breddinförande i England kom sedan 2008 och de första tjänsterna öppnade upp sent samma år.¹⁴

Styrningsmässigt byggdes införandet av IAPT och dess finansiering på en överenskommelse mellan hälsodepartementet och finansdepartementet och syftade till att stärka omhändertagande av den

¹³ London School of Economics and Political sciences, Centre for Economic Performance, *The Depression report, A New deal for Anxiety and Depression Disorders*, 2006.

¹⁴ University of East Anglia, *About IAPT and the history of the programme*.

psykiska ohälsan. Det hanterades som ett eget område under implementeringen av den nationella strategin för psykisk hälsa, *No health without mental health*.¹⁵ Programmet har kommit att få brett politiskt stöd, och har överlevt flera regeringsskiften.

4.2.2 Programmetts innehåll

IAPT har beskrivits som det mest ambitiösa försöket globalt att ge bred tillgång till psykologisk behandling. Programmet riktar sig till vuxna med depression och ångestsjukdomar som kan behandlas i ”uniprofessionell kontext” (med eller utan samtidig läkemedelsbehandling från allmänläkare). Man använder sig av en modell av stegvis vård och programmet kännetecknas enligt NHS av tre delar:

- Evidensbaserade psykologiska behandlingar (baserat på NICE riktlinjer), som tillhandahålls av utbildad och ackrediterad vårdpersonal.
- Löpande uppföljning och monitorering av utfall, under behandling. Inte bara vid början och slut.
- Regelbunden och utfallsfokuserad handledning, så att vårdpersonal får stöd i att kontinuerligt utvecklas.

Organisatoriskt anges IAPT motsvara tjänster på primär- och sekundär vårdnivå. Programmet är uppbyggt som ett separat program, fristående från såväl primärvård som annan vård för psykisk ohälsa. Respektive CCG (dvs. beställarorganisation) ansvarar för att IAPT-tjänster tillhandahålls i det egna området. IAPT-organisationerna är uppbyggda utifrån ett centralt kontor för styrning och administration vilket sedan har ett flertal länkar ut till vårdcentraler, frivilligorganisationer och andra lokala platser där själva terapierna tillhandahålls.

Som patient kan man komma till IAPT såväl genom egenremiss som genom att man blir hänvisad från antingen primärvård, sekundärvård (både för psykisk och somatisk vård) eller från olika samhälls-/frivilligtjänster.

¹⁵ Department of Health, *IAPT three-year report. The first million patients*, 2012, s. 41.

Programmet arbetar med två huvudsakliga nivåer av vård:

- Lågintensiva terapier, vilka tillhandahålls av en s.k. *Psychological wellbeing practitioner* (PWP).
- Högintensiva terapier som tillhandahålls av legitimerade psykologer.

Grundantagandet är att för de flesta fall av mild till måttlig depression eller ångestsjukdom kommer den lågintensiva behandlingen att vara tillräcklig, men är den inte det får personens behandling växlas upp till en högintensiv terapi. Enligt nationella råd bör ungefär 40 procent av personalstyrkan som är knuten till en IAPT-utförare vara PWP och cirka 60 procent bör vara behandlare som kan arbeta med de högintensiva terapierna.

Personer med substansmissbruk är inte automatiskt exkluderade från behandling under IAPT. IAPT i sig tillhandahåller dock inte komplexa interventioner för att behandla substansmissbruk. Om sådana krävs är rekommendationen att behandling ges för detta först. Utöver psykologiska terapier tillhandahåller IAPT-utförare också stöd för återgång i arbete, för dem som behöver det.

4.2.3 Resultat

År 2012 presenterade NHS en utvärdering av de första tre åren med IAPT. I den konstaterade bl.a. att programmet hade:

- behandlat mer än en miljon personer
- över 680 000 personer som avslutat en behandlingsomgång (Course of treatment)
- *recovery rates* som konsekvent låg över 45 procent, vilket närmade sig de 50 procent man förväntade sig utifrån de studier som låg till grund för NICE riktlinjer
- sammanlagt nästan 250 000 fall som klassades som ”återställda” (recovering) och cirka 2/3 av de behandlade visade stabil förbättring

- ett uppföljningssystem, som inkluderade varje session, och samlade in data avseende 90 procent av kontakterna med dem som använde IAPT:s tjänster
- utbildat nästan 4 000 nya behandlare i att kunna erbjuda behandlingar i enlighet med NICE riktlinjer
- ekonomiska vinster i form av sysselsättning och återgång i arbete, och mer än 45 000 personer som kunde lämna systemen för sjukersättning.¹⁶

Samtidigt konstaterades att den initiala framgången också byggt förväntningar, och att efterfrågan ökat så snabbt att det på många håll uppstått väntelistor. Man planerade därför för att utbilda ytterligare 2 000 medarbetare under den kommande treårsperioden. Andra utmaningar som konstaterades vid detta tillfälle rörde jämlik tillgång till tjänsterna (vissa grupper, såsom t.ex. de över 64 år tog inte del av tjänsterna i en utsträckning motsvarande estimerat behov i gruppen), fullföljande av påbörjad behandling, patienternas involvering och valmöjligheter, samt att skapa och vidmakthålla en jämn och hög standard hos alla olika IAPT-utförare.

Uppföljning

Uppföljningen av programmet och insamlingen av lokala data lyfts fram som avgörande för att kunna utvärdera och utveckla arbetet, samt motivera fortsatta investeringar. Lokala IAPT-utförare samlar in data om de personer som nyttjar IAPT-tjänsterna, de behandlingar som ges och om resultatet av behandlingarna. Datan baseras på patientrapporterade utfall, vilka rutinmässigt samlas in i samband med varje klinisk session. På lokal nivå, s.k. *primary care trust (PCT) commissioners*, samlas sedan sju nyckelindikatorer in kvartalsvis och redovisas som öppna jämförelser.¹⁷ NHS Digital redovisar varje månad aggregerade data för hela England kring bl.a. hur många som hänvisats till tjänsten (egenremiss eller från annan organisation), hur

¹⁶ Department of Health, *IAPT three-year report. The first million patients*, 2012, s. 8.

¹⁷ Department of Health, *IAPT three-year report. The first million patients*, 2012, s. 16.

många som påbörjat och avslutat behandling samt *recovery rate*. Man sammanställer också årsrapporter.¹⁸

4.2.4 Fortsatt utveckling

I linje med Englands *Five Year Forward View for Mental Health* och *NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20–2023/24* siktar man under de kommande åren på:

- en vidare utvidgning av tjänster så att 1,9 miljoner vuxna har tillgång till behandling 2024
- en bättre integrering i primärvård, för att säkerställa att man kan möta patienters såväl fysiska som psykiska problem på ett integrerat sätt
- ett fokus på personer som utöver sin psykiska ohälsa också har långvariga (fysiska) problem eller medicinskt oförklarade problem
- att stärka stödet för att människor ska kunna bibehålla eller hitta jobb.¹⁹

4.3 Norge – Rask psykisk helsehjelp

4.3.1 Bakgrund

Allmänt om hälso- och sjukvårdssystemet i Norge

Liksom i Sverige ansvarar staten i Norge för att stifta lagar och regler (den normerande makten) för hälso- och sjukvården, samt att tillse efterlevnaden av lagarna. Det norska systemet är dock betydligt mer centraliserat än det svenska systemet. År 2001 genomfördes en omfattande strukturreform av det norska hälso- och sjukvårdssystemet. Reformen innebar att staten också tog över ägarskapet och finansieringen av sjukhusvården från 19 fylkeskommuner, dvs. den regionala nivån. I stället inrättades fem (numera fyra) så kallade regionala hälsoföretag, vilka ansvarar för att beställa hälso- och sjukvård åt sina invånare. De regionala hälsoföretagen (drivs som statliga företag) fick

¹⁸ NHS Digital, *Psychological Therapies, Annual report on the use of IAPT services 2019–20; 2020*.

¹⁹ NHS, *Adult Improving Access to Psychological Therapies programme*.

också ansvaret för att styra egna s.k. hälsoföretag, vilka består av ett eller flera offentliga sjukhus. Primärvården ansvarar däremot de 356 kommunerna för, tillsammans med äldreomsorg och övrig socialtjänst. Införandet av *fastlegeordningen* (dvs. ett fastläkarsystem) utgjorde också ett ben i strukturen i början av 2000-talet. Av förordning framgår bl.a. att listansvaret för läkare under *fastlegeordningen* omfattar alla allmänläkaruppgifter inom somatik, psykisk hälsa och missbruk, för personerna på hans lista.²⁰ Kommunerna (som alltså också förordnar fastläkare) har ett brett ansvar för tjänster till personer med missbruksproblematik och psykisk ohälsa, både inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område.²¹

Regeringen har tagit fram en strategi för god psykisk hälsa 2017–2022, *Mestre hele livet*.²²

Rask psykisk helsehjelp

Med inspiration från England och IAPT utvecklade Norge sitt program, *Rask psykisk helsehjelp* (RHP). Detta startades upp genom 12 piloter 2012/13, i tio kommuner samt två av Oslos stadsdelar. Organisatoriskt gav den norska regeringen sin myndighet Helsedirektoratet (ungefär motsvarande Socialstyrelsen) i uppdrag att under tre år fördela bidrag till kommuner eller kommunförbund.

Syftet med piloterna var bl.a. att:

- tillgängliggöra behandling för milda och medelsvåra besvär av ångest och depression, och därigenom förbättra den psykiska hälsan i befolkningen
- utveckla ett kommunalt behandlingsutbud för personer med mild och medelsvår ångest och depression, grundat på kunskapsbaserade metoder och regelbundet utvärdera detta
- den nya tjänsten skulle samverka med specialistvården, fastläkare och övriga kommunala tjänster
- kunna erbjuda tjänster utan väntetid

²⁰ SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 3.3.1.

²¹ Regjeringen.no, *Kommunalt rus og psykisk helsearbeid*, 2014.

²² Departementen, *Mestre hele livet, Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*, 2017.

- det skulle vara en lågröskeltjänst, gratis för brukarna och tillgänglig för alla i målgruppen, samt vara bemannad med personal med rätt kompetens för ändamålet
- brukarmedverkan skulle säkras och brukare/patienter ges reellt inflytande på tjänster både på individ- och systemnivå.²³

Folkhelseinstituttet (FHI) fick i uppdrag att utvärdera piloterna och givet de positiva resultaten etablerades ett fast bidrag som kommuner gavs möjlighet att söka. Kommuner och (motsvarande) kommunalförbund kan söka medel för tjänster som syftar till att öka det samlade utbudet för psykisk hälsa och missbruk, som är avgiftsfritt för medborgarna, tillgängligt för alla i målgruppen (utan remiss) och bemannat med kvalificerad personal.²⁴ För närvarande har 62 norska kommuner och stadsdelar (av totalt 356) tagit emot bidrag, fördelat på 54 RHP-team.²⁵

4.3.2 Programmetts innehåll

RHP erbjuder korttidsbehandlingar till personer över 16 år med mild till medelsvår ångest eller depression, begynnande missbruksproblem eller sömnsvårigheter. RHP organiseras enligt principer om stegvis vård, med tre olika steg:

1. vägledad självhjälp
2. kurs i hantering av depression eller ångest
3. tidsbegränsad strukturerad psykologisk behandling, baserad på KBT, med en ram beräknad till 15 timmar.

Man framhåller att RHP ska organiseras utifrån en *mixed care*-modell, med innebörden att patienten först har ett bedömningssamtal med en behandlare och att det på basis av det samtalet, och i samråd med patienten, bedöms vilket trappsteg som bör vara mest effektivt för patienten att starta på. Dvs. det är inte så att alla patienter med automatik börjar på steg 1.

²³ Helsedirektoratet, *Rask psykisk helsehjelp – 12 pilotkommuner, veiledende materiell*, 2013.

²⁴ Helsedirektoratet, *Regelverk for tilskuddsordning: Rask psykisk helsehjelp*, 2019.

²⁵ NAPHA, *Rask psykisk helsehjelp*.

Såväl behandling som uppföljning sker i interprofessionella team, med minst en psykolog knuten till varje team. Alla som jobbar med RHP genomgår också vidareutbildning i KBT, hos Norsk förening för Kognitiv Terapi (NFKT).

4.3.3 Resultat

Utvärdering 2016

Regeringen gav FHI i uppdrag att utvärdera de initiala RHP-piloterna, och de presenterade sina resultat i oktober 2016.²⁶ Av dessa framgick bl.a. att:

- vid starten av behandlingen var det 76,3 procent av patienterna som hade ångest och/eller depression.
- vid slutet av behandlingen kunde 61,6 procent av dessa friskförklaras (s.k. *recovery rate*, definierat som att man inte längre har kliniska mätbara nivåer av ångest eller depression).
- minskningen i depression och ångest var jämnt fördelad mellan kvinnor och män, samt mellan olika åldersgrupper, och personer med olika civilstatus samt mellan dem med invandrarbakgrund och dem utan. Patienter med lägre utbildningsnivå hade dock något sämre utfall.
- de som hade arbete vid behandlingens start visade en större nedgång i symtom på ångest och depression än de som var utan jobb.
- andelen som arbetade hade ökat med 5,6 procent vid slutet av behandlingen.
- minskningen av ångest och depression var stor oavsett längden av behandlingen. De patienter som hade flest möten och längst behandlingsserier visade dock störst nedgång i symtom. För denna grupp kom förändringen gradvis, och kortare behandlingsserier skulle alltså här inte varit ett lika bra alternativ.²⁷

²⁶ Folkhelseinstituttet, *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*, 2016.

²⁷ Folkhelseinstituttet, *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*, 2016, s. 8.

Randomiserad kontrollerad studie

Även om FHI:s utvärdering visade på lovande resultat kunde den dock inte säga något om kausaliteten mellan de givna insatserna och de uppmätta resultaten. För att kunna göra detta togs initiativ till två randomiserade kontrollerade studier av RHP-piloterna, Kristiansand och Sandnes.

I studien, som totalt omfattade närmare 700 patienter, bedömdes cirka 60 procent i interventionsgruppen som återställda (*recovery rate* 58,5 procent), jämfört med 32 procent i kontrollgruppen. Patienterna i interventionsgruppen angav också förbättringar i generell funktion och livskvalitet. Däremot kunde studien inte visa på några säkra samband vad gäller RHP:s eventuella effekter på sysselsättning.²⁸

4.4 Finland

4.4.1 Bakgrund

Allmänt om hälso- och sjukvårdssystemet i Finland

Det finska hälso- och sjukvårdssystemet är, liksom det svenska, i hög grad decentraliserat, även om ett reformarbete för ökad centralisering pågår. Den statliga nivån är ansvarig för lagstiftning och för att utveckla och implementera policier och reformer, men det är den lokala nivån som huvudsakligen organiserar sjukvården. Kommunerna (i dagsläget över 300) ansvarar för att tillhandhålla grundläggande service såsom skola, hälsa och omsorg. De finansierar och organiserar primärvård (ofta gemensamt) och utgör totalt 20 olika sjukhusdistrikt, i vilka de också finansierar och tillhandhåller sjukhusvård.

Den finska hälso- och sjukvården finansieras dels genom kommunala skatter, dels genom den nationella sjukvårdsförsäkringen. Den senare hanteras av Folkpensionsanstalten (FPA) vilken svarar inför riksdagen. Sjukförsäkringsfonden har två delar – en arbetsinkomstförsäkring och en sjukvårdsförsäkring – och är bl.a. ansvarig för att finansiera öppenvårdsmediciner, hälsorelaterade resekost-

²⁸ NAPHA, *Rask psykisk helsehjelp dobbelt så effektiv som vanlig oppfølging*; Knapstad et al, *Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial*, *Psychotherapy and Psychosomatics* 2020;89:90–105, 2020.

nader och sjukersättning samt föräldraförsäkring. Utöver det ersätter den även kostnader för företagshälsovård, vilket finska arbetsgivare är skyldiga att tillhandhålla sina anställda.²⁹

4.4.2 Organisering

I Finland är det kommunerna och den specialiserade sjukvården som organiserar det man kallar ”mentalvårdstjänsterna”³⁰, dvs. hälso- och sjukvårdstjänster inom området psykisk ohälsa. Tjänsterna omfattar handledning, rådgivning och psykosocialt stöd enligt behov, psykosocialt stöd i krissituationer, undersökning och behandling av störningar i den psykiska hälsan samt rehabilitering.

Den kommunala social- och hälsovården svarar för förebyggande, tidig identifiering och lämplig behandling av störningar i invånarnas psykiska hälsa samt för rehabilitering i anslutning till detta. De öppna tjänsterna och social- och hälsovårdens basservice är de primära vid behandling. Mentalvårdstjänster ordnas också på de psykiatriska poliklinikerna inom den specialiserade sjukvården och i form av psykiatrisk sjukhusvård. Den kommunala socialvården ordnar boendetjänster, hemtjänster och arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte för psykiska rehabiliteringspatienter.³¹

Det kan också noteras att Folkpensionsanstalten ersätter rehabiliterande psykoterapi för att förbättra arbets- eller studieförmågan bland 16–67-åringar som lider av störningar i den psykiska hälsan. Målet med sådan rehabiliterande psykoterapi är att stödja och förbättra personens arbets- eller studieförmåga. Med hjälp av rehabilitering försöker man trygga klientens möjligheter att stanna kvar i eller etablera sig i arbetslivet, att återgå till arbete eller att göra framsteg i studierna. Man kan få psykoterapi som ersätts av FPA om:

- ens arbets- eller studieförmåga är hotad p.g.a. psykisk störning
- man efter att den psykiska störningen konstaterats har fått lämplig behandling i minst tre månader

²⁹ SOU 2018:39. *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 3.3.3.

³⁰ I avsnitten om Finland använder vi det språkbruk och den terminologi som används i den svenska versionen av officiella finska dokument.

³¹ Social- och hälsovårdsministeriet, *Mentalvårdstjänster*.

- man utifrån en psykiaters utlåtande bedömer att rehabiliterande psykoterapi behövs för att stödja eller förbättra personens arbets- eller studieförmåga.

Sådan rehabiliterande psykoterapi kan bestå av individuell psykoterapi, grupp-, familje- eller parpsykoterapi. För personer i åldern 16–25 år kan terapin också bestå av musik- eller bildkonstterapi. Psykoterapi för unga kan även innefatta handledningsbesök för föräldrar. FPA ersätter max 80 timmars terapi per år, och totalt max 200 timmar under tre år. Stöd beviljas årligen.³² Antalet personer som fick rehabiliterande psykoterapi uppgick 2019 till sammanlagt 50 400.³³

4.4.3 Utvecklingsarbete

År 2020 presenterades en Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030. Strategin identifierar den psykiska hälsans betydelse i en föränderlig värld, där den psykiska hälsan betraktas som en resurs som kan stödjas. Strategin anger att psykiatriska tillstånd kan förebyggas och behandlas effektivt, och den diskriminering och stigmatisering som är förknippad med dem minskas. Eftersom psykisk ohälsa är en utmaning för folkhälsan bör tillgången till vård (inklusive missbruksvård) förbättras så att den motsvarar nivån i övriga social- och hälsotjänster. Strategin ger riktlinjer för beslutsfattandet och inriktningen av verksamheten och resurserna. För att nå målen i strategin krävs ett omfattande samarbete.

Inledningsvis genomförs strategin genom att öka tillgången till förebyggande tjänster och vård på basnivå samt en samarbetsstruktur till stöd för dem. Dessutom utvecklas rehabiliterande mentalvårdstjänster, kompetensen inom psykisk hälsa i kommunerna, samt suicidpreventionen.³⁴

Åtgärder i enlighet med målen för strategin för psykisk hälsa genomförs bl.a. som en del av programmet Framtidens social- och hälsocentral. Programmet är en del av reformen av social- och hälsovården och syftar till att utvecklas basservicen och bygga upp heltäck-

³² FPA, *Rehabiliterande psykoterapi*.

³³ FPA, *FPA-statistik Rehabilitering 2019, 2020*.

³⁴ *Social- och hälsovårdsministeriet, Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030, 2020, s. 3.*

ande social- och hälsocentraler, där människor får tjänster och hjälp smidigt och enligt sina individuella behov. Programmet genomförs genom regionala utvecklingsprojekt som finansieras med statsunderstöd.³⁵

I programmet Framtidens social- och hälsocentral stärks:

- Tillgången till psykoterapi och förebyggande och terapeutiska psykosociala metoder inom primärvården för alla åldersgrupper.
- Samarbetsstrukturen mellan primärvården och den specialiserade sjukvården för att stödja identifieringen av störningar och genomförandet av interventioner.

Dessutom riktas en del av finansieringen av strategin för psykisk hälsa till andra åtgärder som utvecklar mentalvårdstjänsterna: tjänster för rehabilitering till arbetslivet, kunskaper om psykisk hälsa och förebyggande av självmord.³⁶

4.5 Sammanfattande reflektioner

Såväl Englands som Norges och Finlands hälsosystem skiljer sig från det svenska i centrala avseenden. Både Englands och Norges system är mer centraliserade, dvs. staten har en mer operativ roll i såväl styrning som finansiering än i Sverige, där regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvården. Dels har deras hälsosystem historiskt sett byggts mer kring en primärvård utgående från ensampraktiserande allmänläkare, snarare än de svenska vårdcentralerna som vanligen samlar flera olika professioner under samma tak. Även om de nu, liksom i många andra hälsosystem, rör sig mot en mer multidisciplinär, integrerad arbetsstyrka, i primärvården.

Mot denna bakgrund är det begripligt att den lösning man valde i England, IAPT, initialt skapades som en egen organisatorisk entitet, friställd från såväl ordinarie allmänläkarmottagningar som den specialiserade psykiatrin. Efter hand som arbetet med IAPT utvecklats och utvärderats har man dock sett ett behov av bättre integrering med den ordinarie primärvården, för att säkerställa att man kan möta patienters såväl fysiska som psykiska problem på ett sammanhållet

³⁵ Social- och hälsovårdsreformen, *Programmet Framtidens social- och hälsocentral*.

³⁶ Social- och hälsovårdsministeriet, *Strategi för psykisk hälsa 2020–2030*, 2020.

sätt. Som vi sett ovan är detta därmed nu ett fokusområde i den fortsatta utvecklingen av IAPT. På motsvarande sätt satsar man även i Finland på att stärka tillgången till psykologisk behandling på social- och hälsocentralerna inom kommunerna.

Norge å sin sida kan ses som lite av en mellanväg, där man tydligt framhöll vikten av att RHP skulle samverka med specialistvården, fastläkare och övriga kommunala tjänster. Avsikten var, även om detta var ett nytt behandlingsutbud, att komplettera, inte ersätta, existerande utbud. I den norska modellen framhålls även att såväl behandling som uppföljning sker i interprofessionella team, snarare än hos en enskild profession.

I Sverige har vi sedan lång tid våra hälso-/vårdcentraler uppbyggda med en bred interprofessionell kompetens som grunden för primärvården. Detta ger oss, rätt använt, goda förutsättningar att dra fördel av primärvårdens och generalisternas specialistkompetens – att se till hela människan, såväl de fysiska som psykiska behoven.

Vår analys är därför att vi bör bygga vidare på denna styrka när vi utvecklar den svenska primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Snarare än att skapa nya separata, organisationer eller strukturer för omhändertagande av den psykiska ohälsan i primärvården bedömer utredningen att vi bör vidareutveckla, bättre strukturera och stärka befintliga primärvårdsverksamheters arbete med psykisk ohälsa.

Samtidigt bedömer vi att det finns viktiga lärdomar att dra från såväl Englands som Norges arbete med att skapa tydliga strukturer till stöd för både patienter och medarbetare. Dessa strukturer bör omfatta tillgänglighet, bedömning och behandling, samt kopplas till krav på kontinuerlig uppföljning och ständiga förbättringar. Likaså kan Finlands nyligen genomförda arbete med en 10-årig strategi tjäna som inspiration för det svenska arbetet.

5 Primärvårdens grunduppdrag

5.1 Det ska synliggöras i lag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa

Utredningens förslag: Det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa. 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) om primärvårdens grunduppdrag ska avseende första punkten formuleras så att inom ramen för verksamhet som utgör primärvård ska regioner och kommuner särskilt tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov.

Skäl för utredningens förslag

Bakgrunden till ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården

Den 1 juli 2021 träder den nya bestämmelsen 13 a kap. 1 § HSL i kraft, som genom att ange vad som ingår i primärvårdens grunduppdrag fastställer en minsta gemensam nivå för vad primärvården i hela landet ska kunna erbjuda. Bakgrunden till den nya bestämmelsen kan sammanfattas med förväntningar om ett bättre uppfyllande av målet med hälso- och sjukvården om en god hälsa och jämlik vård på lika villkor för hela befolkningen. Genom att reglera ett grunduppdrag för primärvården i författning är avsikten att primärvården ska bli mer enhetlig i landets regioner och kommuner och därmed erbjuda en mer jämlik vård. Det avser att förtydliga de förväntningar och grundläggande krav som finns på primärvården och att skapa

överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå. Enligt regeringen kan ett sådant uppdrag bidra till att öka befolkningens förtroende för primärvården och underlätta samverkan med andra delar av vården och omsorgen.¹

Ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården har sin bakgrund i flera tidigare analyser och förslag om att, i syfte att skapa en mer enhetlig primärvård över landet och därmed bättre förutsättningar för en jämlik vård, tydliggöra primärvårdens uppdrag. Frågan diskuterades bl.a. i samband med att det gjordes obligatoriskt för regionerna att inrätta valfrihetssystem inom primärvården. Även om ett sådant uppdrag då inte kom att regleras, lyfte regeringen behovet av att regionerna, för en likvärdig behandling i hela landet, skapade en så bred gemensam definition av primärvårdens grunduppdrag som möjligt. Regeringen uttalade också att behovet av ett fastställt grunduppdrag för primärvården fortsatt skulle övervägas.²

När Riksrevisionen granskade hur det obligatoriska vårdvalet hade påverkat primärvårdens möjligheter att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor, noterade myndigheten skillnader i primärvårdarnas innehåll. Myndigheten menade att skillnaderna innebar att hälso- och sjukvårdens grundläggande principer om likvärdig vård och prioriteringar inte uppfylldes och rekommenderade nya initiativ till en formulering av ett mer enhetligt primärvårdsuppdrag.³ Som svar på Riksrevisionens granskning uttalade regeringen att det fanns fördelar med ett tydligare formulerat grunduppdrag⁴ för primärvården och gav Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga hur regionerna formulerar sina primärvårdsuppdrag. Även Socialstyrelsen noterade en variation regionerna emellan avseende utformningen av primärvårdsuppdraget och menade att en tydligare definition på nationell nivå skulle kunna bidra till att minska skillnaderna.⁵

Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården föreslog i sitt slutbetänkande att primärvårdens uppdrag skulle regleras i HSL.⁶ Våra ursprungsdirektiv från 2017 är sprungna ur de förslag som den nationella samordnaren

¹ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 75.

² Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*, s. 33.

³ Riksrevisionen, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?*, RiR 2014:22.

⁴ Skr. 2014/15:72, *Riksrevisionens rapport om primärvårdens styrning*.

⁵ Socialstyrelsen, *Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*, 2016.

⁶ SOU 2016:2, *Effektiv vård*.

lämnade. Genom de direktiven fick vi i uppdrag att analysera förslagen vidare, bl.a. det om ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. I SOU 2018:39 lämnade vi vårt förslag till utformning av ett sådant uppdrag.⁷

Vårt förslag behandlades i prop. 2019/20:164, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. Som skäl för ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården anför regeringen bl.a. följande:

Enligt regeringens bedömning är det rimligt att utgå ifrån att alla har samma behov av hälso- och sjukvård oavsett var de bor i landet. Varje enskild individ behöver inte använda alla delar av hälso- och sjukvården under sin livstid men överallt i landet finns ett samlat behov av alla hälso- och sjukvårdens delar. Det finns därför ingen anledning för primärvårdens grundläggande utbud att variera. [...] Ett nationellt utformat grunduppdrag underlättar för invånarna att veta vad de kan förvänta sig av primärvården oavsett i vilken region eller vilken kommun de befinner sig. [...] Ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården utgör ett viktigt steg i omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården.⁸

Grunduppdraget för primärvården innebär att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, se till att vården är lätt tillgänglig, tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar, samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården och möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete. Uppdraget består således av fem delar, angivna i fem punkter i nämnda bestämmelse.

Den första delen av uppdraget, punkt ett, avser primärvårdens tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster för vanligt förekommande vårdbehov. Bakgrunden till formuleringen vanligt förekommande vårdbehov är regeringens bedömning att beskrivningen av primärvårdens grunduppdrag bör inledas med en allmänt hållen bestämmelse om vilka hälso- och sjukvårdstjänster som ska tillhandahållas och bör ha en tydlig koppling till vilka behov av hälso- och sjukvård som primärvården ska tillgodose. Vad som närmare avses med

⁷ SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 9.2.

⁸ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* s. 77.

vanligt förekommande vårdbehov får avgöras av respektive huvudman. Det kan vara fråga om såväl enkla som mer kvalificerade hälso- och sjukvårdstjänster.⁹

Kapitel 13 a är nytt och innehåller denna enda första paragraf. Kapitlet ingår i HSL:s avdelning V, *Övriga bestämmelser för huvudmännen*. Med huvudman i HSL:s mening avses den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Primärvårdens grunduppdrag gäller således endast för hälso- och sjukvård som regioner och kommuner är skyldiga att tillhandahålla med stöd av HSL. Det omfattar således regionalt och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå där ansvaret att erbjuda vården följer av HSL. Kommunalt och regionalt finansierad hälso- och sjukvård där ansvaret att tillhandahålla den inte följer av HSL omfattas således inte, oavsett om verksamheten skulle kunna betraktas som primärvård. Elevhälsa är ett exempel på verksamhet som inte omfattas, där ansvaret att tillhandahålla vården i stället regleras i skollagen (2010:800).¹⁰

Den psykiska ohälsan i primärvården

Som vi beskrivit från starten av vårt arbete har det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet tillkommit i en annan kontext än dagens, när vanligt förekommande vårdbehov var andra än de som är vanligt förekommande i dag. Vi har i detta betänkande redogjort för hur den psykiska ohälsan historiskt haft en undanskymd roll i hälso- och sjukvården och i debatten som helhet. När hälso- och sjukvård har diskuterats och planerats har den somatiska vården på olika sätt haft företräde. Vi har också resonerat kring hur den psykiska ohälsan på senare tid fått ökat fokus och hur ekonomiska satsningar, uppdrag och utredningar allt eftersom på olika sätt har identifierat och uppmärksammat denna ohälsa, men dessa olika initiativ har inte i någon högre utsträckning inkluderat primärvården (se avsnitt 2.6 och 3.2).

I grunduppdraget för primärvården inkluderas omhändertagande av psykisk ohälsa. Av primärvårdens definition följer att dess uppdrag inte är begränsat i fråga om t.ex. sjukdomar. Majoriteten av patienterna med psykisk ohälsa finns redan i dag i primärvården.

⁹ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 117 f.
¹⁰ 2 kap. 25 § skollagen.

Som framgår av kap. 2 och 3 tillhandahålls dock inte hälso- och sjukvårdstjänster eller uppföljning för dessa enligt lika strukturerade former som för fysiska vårdbehov.

Kännetecknande för primärvårdsverksamheten är dess breda uppdrag. Den definieras genom sin generalistkompetens och sitt omhändertagande av alla former av ohälsa som kräver hälso- och sjukvård, i den mån specifik specialistkompetens inte krävs. Att uppdraget för primärvården är brett till sin natur och inkluderar flera delar ger stort utrymme för variation av innehåll. Utöver att primärvårdens uppdrag per definition är brett har den heller inte varit föremål för någon uttalad nationell styrning i högre grad. Det har gett ytterligare utrymme för primärvården att utvecklas på olika sätt, inklusive primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa.

Ett exempel består i den stora variationen regionerna emellan i vilken utsträckning bedömning av psykologer och kuratorer tillhandahålls inom vårdgarantins tre dagar (se avsnitt 3.5.3). Kravet på bedömning inom tre dagar, när en sådan har ansetts behövas, uppfylls dessutom i betydligt mindre utsträckning när det gäller psykologer och kuratorer än när det gäller t.ex. läkare och sjuksköterskor. Socialstyrelsens senaste rapport om tillgången på legitimerad personal visar vidare att skillnaden i tillgång till vissa yrkesgrupper av relevans för psykisk ohälsa är stor mellan regionerna (se avsnitt 3.7.1). Den enskilda regionen med flest psykologer i förhållande till antal invånare hade t.ex. mer än tre gånger så många som den med minst antal. År 2016 hade Stockholms sjukvårdsregion nästan dubbelt så många psykiatriker per invånare som övriga sjukvårdsregioner. Samma sak gäller för psykologer och psykoterapeuter.

En rapport från Socialstyrelsen visar vidare att personer över 65 år, hos vilka psykisk ohälsa är vanligare än hos personer yngre än så, i vissa fall enbart behandlas med hjälp av läkemedel och i primärvården, trots att de kan ha behov av andra insatser såsom t.ex. psykologisk behandling.¹¹ Även om det i denna åldersgrupp finns samma behov av individuella bedömningar i fråga om val av insats som hos befolkningen som helhet, något som också tydliggjorts under coronapandemin.

Av vår kartläggning av regionernas primärvårdsuppdrag inom uppdragsdelen psykisk ohälsa (se avsnitt 3.4) framgår att det varierar i vilken utsträckning denna del av primärvårdsuppdraget är beskrivet

¹¹ Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre*, 2018.

i de förfrågningsunderlag som ligger till grund för vårdens innehåll och utformning. Ibland finns ingen tydlig beskrivning, ibland är denna del av uppdraget beskriven på ett mycket övergripande sätt. Många beskriver uppdraget i generella termer såsom att det avser första linjens hälso- och sjukvård eller första linjens psykiska hälsa. Vilka förväntningar eller krav regionen har på verksamhetens bedrivande i dessa delar av uppdraget är därmed inte tydligt formulerat, vilket lämnar stort utrymme för bedömningar och olika sätt att uppfylla kravställandet och att tillhandahålla vården i fråga. Det varierar också regionerna emellan i vilken mån det ställs krav på särskilda professioner för uppdragets bedrivande. Vidare framgår att ungefär hälften av regionerna avgränsar denna del av uppdraget till vissa diagnoser eller tillstånd, men att det hos resterande hälften inte är närmare preciserat vilken eller vilka grupper av patienter som insatserna är tänkta att erbjudas för. Några grundläggande gemensamma ramar för hur insatserna inom ramen för uppdragsdelen psykisk ohälsa ersätts finns inte heller. I flera regioner syns inte området psykisk ohälsa i modellen för ersättning. Det är också otydligt och varierande i vilken mån arbetet med den psykiska ohälsan följs upp.

Psykisk ohälsa är ett område som man, ur olika aspekter och på olika sätt, arbetar med inom många kommunala verksamheter. För utredningens uppdrag är det dock specifikt kommunernas lagstadgade ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård, på primärvårdsnivå, som analyseras. Vad gäller kommunernas primärvårdsuppdrag har det under utredningens dialoger påpekats att hälso- och sjukvård är ett relativt nytt ansvar att organisera för kommunerna, både för politik och tjänstemän, och att hälso- och sjukvårdskompetens varierar bland dem som ska utforma uppdrag och styra verksamheter. Detta, och de konsekvenser det medfört, har också uppmärksammats i samband med coronapandemin.¹²

När vi kartlagt hur hälso- och sjukvårdsuppdraget är beskrivet hos de kommuner som upphandlar särskilt boende (säbo) för äldre enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) (se avsnitt 3.4.8) ser vi att det generellt är en relativt stor variation i såväl detaljeringsgrad som innehåll, och vi kan konstatera att hälso- och sjukvårdsuppdraget ofta är beskrivet på en övergripande nivå, som ”hälso- och

¹² Boström A-M, Marmstål Hammar L, Swall A, *Värdekväliteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, 2020.

sjukvård upp t.o.m. sjuksköterskenivå (inklusive arbetsterapeut och fysioterapeut)”. Därutöver lyfts hos de flesta framför allt lagstadgade krav, såsom t.ex. krav på verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och dokumentation.

I de flesta underlag sägs mycket lite, om något, kring t.ex. kunskapsstöd och rutiner av relevans för uppdraget. Inget nämner några specifika kunskapsstöd eller riktlinjer kopplade till psykisk ohälsa.

Vad gäller kompetenser kravställs vanligen att det ska finnas sjuksköterska, samt, i olika utsträckning, fysioterapeut och arbetsterapeut. Även krav på tillgång till dietist är vanligt förekommande. Underlagen lyfter dock inte behov av specialistsjuksköterskekompetens, i form av t.ex. distriktsköterska, inom vård av äldre eller inom psykiatri. Inte heller på andra specifika sätt lyfts behovet av kunskap om äldres psykiska hälsa i förhållande till kompetenskrav.

Det bör synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa

Statliga satsningar inom området psykiatri, psykisk ohälsa och psykisk hälsa har bestått och består fortsatt i stor utsträckning i riktade statsbidrag, nationella samordnare och överenskommelser mellan staten och huvudmännen representerade av SKR. Effekterna av dessa satsningar har inte alltid gått att mäta. De löper ofta över ett begränsat antal år och riskerar därmed att ha kortvariga effekter. Det är samtidigt viktigt att framhålla att dessa satsningar förstås i sitt sammanhang många gånger förändrat och påverkat utvecklingen till det bättre, även om de inte alltid utformats på ett sätt som möjliggjort en mer långsiktig uppföljning över tid av statens insatser på området (se avsnitt 3.2).

I mindre utsträckning har normering använts som en form för statlig styrning på området. Genom lag och andra föreskrifter skapas dock nationell enhetlighet, långsiktighet och tydlighet. Regleringen av grunduppdraget för primärvården är ett exempel på hur normering har tillämpats i syfte att skapa enhetlighet och därigenom förutsättningar för en mer jämlik vård.

Det har i utredningens dialoger framförts att det skulle underlätta om det fanns ett tydligt stöd i lagstiftning för att primärvården ska organiseras och planeras också med hänsyn till behovet av omhändertagande av den psykiska ohälsan. Det uppfattas som ett stöd

för de funktioner som ska planera, organisera och resurssätta hälso- och sjukvården och specifikt primärvården. Regleringen av grunduppdraget för primärvården är, tillsammans med bl.a. en ändrad definition av primärvården¹³, ett steg i omställningen av hälso- och sjukvården och reformen av primärvården. Dessa författningsändringar avser att förtydliga de förväntningar och grundläggande krav som finns på primärvården och att skapa överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå. Enligt utredningen bör detta redan påbörjade arbete med författningsändringar i HSL för en stärkt primärvård användas och utvecklas i syfte att särskilt adressera den psykiska ohälsan.

Redan av definitionen av primärvård, som bl.a. anger att det är fråga om hälso- och sjukvårdsverksamhet utan avgränsning i fråga om t.ex. sjukdomar, följer att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa, även om det inte anges explicit. Det gäller både den nu gällande definitionen och den nya definition som träder i kraft den 1 juli 2021.¹⁴ Det görs heller ingen indelning i fysisk eller psykisk ohälsa i övriga bestämmelser i HSL. I de sammanhang där begreppen hälso- och sjukvård, hälsa m.m. förekommer, inkluderas omhändertagande av både fysiska och psykiska behov. Det gäller t.ex. definitionen av hälso- och sjukvård, som anger att hälso- och sjukvård bl.a. är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Det gäller också målet med hälso- och sjukvården om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, där god hälsa avser både fysisk och psykisk hälsa. Samma princip gäller bestämmelsen om att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Mot bakgrund av att hälso- och sjukvårdstjänster för psykiska vårdbehov i primärvården generellt inte tillhandahålls och följs upp enligt lika strukturerade former som för fysiska vårdbehov, samtidigt som majoriteten av patienterna med psykisk ohälsa finns i dessa verksamheter, menar utredningen att det bör synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att de hälso- och sjukvårdstjänster som primärvården särskilt ska tillhandahålla inkluderar både fysiska och psykiska vårdbehov.

¹³ Se prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 67 ff.

¹⁴ Se 2 kap. 6 § HSL samt lag (2020:1043) om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Att explicit ange både fysiska och psykiska aspekter är inte främmande i författning generellt. I socialtjänstlagen (2001:453) som också utgör en ramlag, regleras bl.a. kommuners ansvar för människor med funktionshinder. Här anges t.ex. att socialnämnden och kommunen ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen samt planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder.¹⁵ Att både fysiska och psykiska funktionshinder avses infördes uttryckligen i lagtexten i samband med den s.k. Psykiatrireformen i syfte att tydliggöra kommunens ansvar också för psykiskt funktionshindrade.¹⁶ På liknande sätt är det i lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) uttryckligen angett att insatser för särskilt stöd och särskild service, under vissa angivna förutsättningar, kan ges åt personer med varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder.¹⁷ Tvångsvård med stöd av lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) ska, under förutsättning att flera i lagen angivna rekvisit är uppfyllda, beslutas när någon till följd av ett fortgående missbruk utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara.¹⁸ Högskoleförordningen (1993:100), där universitets och högskolors ansvar för tillgång till studenthälsovård regleras, anger att studenterna ska ha tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa.¹⁹ I arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML), där arbetsgivares ansvar för arbetstagares arbetsmiljö regleras, anges att arbetsförhållandena ska anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende.²⁰ Barnkonventionen är ytterligare ett exempel, där det talas om fysisk eller psykisk hälsa samt fysisk eller psykisk funktionsnedsättning.

Att det av ordalydelsen av en bestämmelse i HSL som gäller primärvård framgår att avsedda vårdbehov omfattar både fysisk och psykisk ohälsa innebär inte att övriga bestämmelser i HSL som innefattar begrepp som hälso- och sjukvård, hälsa m.m. exkluderar den psykiska ohälsan. I den specialiserade vårdens organisering får den psykiska ohälsan dock automatiskt ett eget utrymme och därmed en synlighet, inom ramen för de psykiatriska specialiteterna.

¹⁵ 5 kap. 7 och 8 §§ SoL.

¹⁶ Prop. 1993/94:218, *Psykeiskt stördas villkor*.

¹⁷ 1 § 3 LSS.

¹⁸ 4 § första stycket 3 a LVM.

¹⁹ 1 kap. 11 § högskoleförordningen.

²⁰ 2 kap. 1 § andra stycket AML.

Primärvårdens organisering skiljer sig från den specialiserade vårdens och till följd av primärvårdens allmänna uppdrag finns ett särskilt behov av att synliggöra den psykiska ohälsan i detta.

Vanligt förekommande fysiska och psykiska vårdbehov

Den nya bestämmelsen 13 a kap. 1 § HSL som träder i kraft den 1 juli 2021 anger, i bestämmelsens första punkt, att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. Utredningen föreslår att lydelsen i stället ska vara att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov.

En sådan uttrycklig angivelse om att både fysiska och psykiska vårdbehov omfattas av grunduppdraget tror vi kan öka förutsättningarna för en nära och jämlik primärvård också i de delar som avser psykisk ohälsa. Det synliggör att psykiska vårdbehov omfattas. Det synliggör primärvårdens roll i omhändertagandet av psykisk ohälsa för samtliga huvudmän, som har att förhålla sig till denna i planeringen och organiseringen av primärvården. Med hänsyn till det kommunala självstyret är det fortfarande upp till respektive huvudman att i planeringen av hälso- och sjukvården avgöra *vilka* psykiska vårdbehov som är vanligt förekommande och som därmed organisatoriskt ska omhändertas i primärvården.²¹ De flesta regioner har mer eller mindre utförliga rutiner och dokument som beskriver vilken form av ohälsa som ska hanteras på vilken vårdnivå.

Det är också upp till respektive huvudman att bedöma hur de vanligt förekommande psykiska vårdbehoven bäst tillgodoses. Det gäller såväl vilka arbetsmodeller och metoder för omhändertagande som ska tillämpas i verksamheten, som vilken kompetens- och resursättning som krävs. Det senare inkluderar bedömningen hur sammanställningen av kompetenser bör se ut.

²¹ På vilken nivå vissa vårdbehov ska omhändertas är bara relevant avseende regionernas primärvård, eftersom all kommunal hälso- och sjukvård utgör primärvård.

Synliggörandet fyller också en funktion på ett mer övergripande plan. Härigenom tydliggörs primärvårdens roll som första instans att möta människor med psykisk ohälsa för allmänhet, patienter, brukare, närstående m.fl. Avseende ett grunduppdrag som sådant uttalade regeringen att ett sådant underlättar för invånarna att veta vad de kan förvänta sig av primärvården, oavsett i vilken region eller kommun de befinner sig.²² Samma resonemang kan tillämpas avseende det nu föreslagna tillägget. Genom att det tydligt framgår att primärvården som första instans omhändertar även psykisk ohälsa, tror vi att stigmat att vända sig till hälso- och sjukvården med det som av den enskilde kan uppfattas som mildare besvär kan minska, och att möjligheterna att nå ut med hälso- och sjukvårdsinsatser till de som behöver men kanske inte söker dem kan förbättras.

5.2 Konsekvensanalys

5.2.1 Övergripande konsekvenser av förslaget

Utredningens bedömning: Förslaget att det av bestämmelsen i HSL om primärvårdens grunduppdrag uttryckligen ska framgå att med vanligt förekommande vårdbehov avses både fysiska och psykiska vårdbehov, adresserar den psykiska ohälsan i omställningen till en mer nära vård och i utvecklingen av primärvården som nav i hälso- och sjukvården. Det synliggör primärvårdens roll i omhändertagandet av den psykiska ohälsan, dels för huvudmännen i deras planering och organisering av primärvården, dels för patienter och närstående. Härigenom skapas bättre förutsättningar för ett jämlikt omhändertagande och därigenom på sikt en förbättrad psykisk hälsa.

5.2.2 Samhällsekonomiska konsekvenser

Förslaget avser att öka förutsättningarna för ett nära och jämlikt omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården och därigenom en på sikt förbättrad hälsa. Det har inte några negativa ekonomiska konsekvenser för samhället.

²² Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 77.

Psykisk ohälsa genererar stora samhällskostnader i form av dels vård- och läkemedelskostnader, dels de produktionsförluster som uppstår p.g.a. sjukskrivningar. Under 2015 stod kostnader för det som rubriceras som psykisk ohälsa, direkt och indirekt, för nästan 5 procent av Sveriges bruttonationalprodukt, motsvarande över 21 miljarder euro. Av dessa utgjordes drygt 13 miljarder av direkta kostnader för hälso- och sjukvård och socialförsäkring och drygt 8 miljarder av indirekta kostnader, t.ex. som följd av ohälsans konsekvenser på arbetsmarknaden.²³ Psykiatriska diagnoser är sedan 2014 den vanligaste orsaken till sjukskrivning och den diagnosgrupp som har de längsta sjukskrivningstiderna samt lägst grad av återgång i arbete.²⁴

Det finns således stora samhällsekonomiska vinster i ett välfungerande omhändertagande av psykisk ohälsa. Det är inte möjligt att dra några säkra slutsatser kring följderna av vårt förslag till formulering av primärvårdens grunduppdrag, givet att många olika faktorer påverkar. På ett övergripande plan kan dock konstateras att en mer jämlik primärvård över landet kan förväntas leda till förbättrad hälsa och därmed samhällsekonomiska vinster. I prop. 2019/20:164 har redogjorts för de förväntade samhällsekonomiska effekterna av den ändrade definitionen av primärvården och det nationellt utformade grunduppdraget för primärvården, vilka utgör basen för det som betecknas som en primärvårdsreform. Sammantaget syftar de förslagen till att de gemensamma resurserna ska användas mer effektivt. Att synliggöra den psykiska ohälsan i ett sådant sammanhang torde skapa ytterligare förutsättningar för en effektivare användning av resurserna i fråga om vård för psykisk ohälsa.

Vårt förslag till formulering av primärvårdens grunduppdrag kan förstås inte ensamt förväntas leda till samhällsekonomiska effekter i form av ett mer jämlikt omhändertagande, ökat psykiskt välbefinnande och förbättrad folkhälsa. Föreskrifter i lag ger goda möjligheter att synliggöra en viss fråga, men komplexiteten i omhändertagandet av den psykiska ohälsan är betydligt större än att frågan kan lösas enbart med ett synliggörande i lag. För att skapa en jämlik och tillgänglig primärvård som naturligt utgör en första instans att möta människor med psykisk ohälsa, krävs åtgärder på flera administrativa nivåer. Bäst förutsättningar finns när frågan adresseras samtidigt på flera olika sätt och genom olika förslag, insatser och åtgärder. Vårt

²³ OECD/EU, *Health at a glance: Europe*, 2018, s. 26 ff.

²⁴ Försäkringskassan, *Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning*, Korta analyser 2017:1.

förslag till tillägg i bestämmelsen om primärvårdens grunduppdrag utgör ett sådant sätt.

Att synliggöra primärvårdens roll i omhändertagandet av psykisk ohälsa skapar bättre förutsättningar för jämlika strukturer hos huvudmännen, såväl de regionala som de kommunala, i omhändertagandet av den psykiska ohälsa som redan i dag hanteras i primärvårdens verksamheter. Synliggörandet kan också ha inverkan på i vilken utsträckning enskilda individer vänder sig till primärvården med upplevd psykisk problematik. Stora utmaningar finns i att nå många av de människor som mår psykiskt dåligt och som skulle vara hjälpta av kontakt med primärvården. Fortfarande finns hos många ett stigma i att vända sig till hälso- och sjukvården med psykiska besvär och många människor lider utan att hälso- och sjukvården har kännedom om deras ohälsa. Genom vårt förslag till formulering av grunduppdraget tydliggörs primärvårdens roll som första instans att vända sig till vid sådan ohälsa. Härigenom kan möjligheterna att nå enskilda med psykisk ohälsa förbättras.

5.2.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Regeringens konsekvensanalys avseende ett grunduppdrag för primärvården

Regeringen konstaterar i prop. 2019/20:164 att ett reglerat grunduppdrag för primärvården innebär att regioner och kommuner behöver säkerställa att primärvården särskilt utför vissa uppgifter som huvudmännen enligt författning även före ett reglerat grunduppdrag är skyldiga att göra. Eftersom all hälso- och sjukvård hos kommunerna är på primärvårdsnivå anses ett grunduppdrag inte på något påtagligt sätt påverka kommunernas möjlighet att organisera primärvården. Avseende regionerna konstaterades det emellertid stå dem fritt att själva avgöra på vilken nivå vissa insatser i hälso- och sjukvården ska utföras, när det inte är särskilt angett att de ska utföras just i primärvården. Resonemanget fördes avseende punkt 4 och 5 i förslaget till grunduppdrag, som avser samordning av insatser för patienten samt medverkan vid genomförande av forskningsarbete. Genom att reglera att dessa insatser ska utföras inom primärvården, innebär regleringen av grunduppdraget enligt regeringen en

viss inskränkning i det kommunala självstyret.²⁵ Inskränkningen bedömdes dock proportionerlig. I denna bedömning vägdes in den breda uppfattningen hos regeringen, tidigare utredningar, remissinstanser m.fl. om behovet av en förändring av strukturen och sättet att organisera vården. En stärkt primärvård, vilket ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården är ett uttryck för, menade regeringen kan ge förbättrade förutsättningar för en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård där tillgängliga resurser används på bästa sätt. Regeringen menade vidare att förslaget till utformning av grunduppdraget är övergripande och omfattar de insatser som typiskt sett, såväl nationellt som internationellt, anses utgöra kärnan i första linjens hälso- och sjukvård. Vidare reglerar inte grunduppdraget hur uppdraget ska utföras, utan utrymme för anpassning till regionala och lokala förhållanden lämnas.

Utredningens konsekvensanalys avseende tillägget om fysiska och psykiska vårdbehov

Omhändertagande av psykisk ohälsa är inte en sådan viss uppgift eller insats som det med tillämpning av regeringens resonemang ovan kan hävdas att vissa regioner²⁶ enbart hanterar på annan vårdnivå än på primärvårdsnivå. Ansvaret för hälso- och sjukvårdstjänster avseende psykisk ohälsa är bredare än så och gör sig gällande på alla vårdnivåer inom hälso- och sjukvården, inklusive primärvården, oavsett hur regionerna i övrigt har organiserat sin hälso- och sjukvård. Primärvården är per definition heller inte avgränsad i fråga om t.ex. sjukdomar. Den svarar således redan i dag för psykisk ohälsa. En reglering som anger att vanligt förekommande psykiska vårdbehov ska ingå i grunduppdraget för primärvården inskränker således inte regionernas möjlighet att organisera sin hälso- och sjukvård och sitt vårdvalsuppdrag. I sammanhanget kan också noteras att vår kartläggning av hur regionerna organiserar sin primärvård visar att samtliga inkluderar psykisk ohälsa i primärvårdsuppdraget. De allra flesta inkluderar denna del av uppdraget i sitt breda primärvårdsvårdval. Hos ett fåtal regioner är uppdragsdelen psykisk ohälsa i stället till

²⁵ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 86 f. och s. 104.

²⁶ Eftersom all hälso- och sjukvård hos kommunerna är på primärvårdsnivå anses ett grunduppdrag inte på något påtagligt sätt påverka kommunernas möjlighet att organisera primärvården.

viss del förlagd till ett separat vårdval, fortfarande på primärvårdsnivå. Vårt förslag påverkar inte denna möjlighet till variation för regionerna.

Vidare innebär inte vårt förslag att huvudmännen får nya eller förändrade skyldigheter avseende *vilka* vanligt förekommande psykiska vårdbehov som ska omhändertas i primärvården. Det är, precis som konstaterades av regeringen avseende vad som utgör vanligt förekommande vårdbehov, fortfarande en fråga för huvudmännen att bedöma och bestämma.

En jämförelse kan göras med regeringens resonemang avseende förslaget om en ändrad definition av primärvården. Förslaget inkluderar bl.a. att ordet *bedömning* läggs till i uppräkningsdelen av de olika slag av insatser som primärvården ska utföra.²⁷ Definitionen är därigenom tänkt att anpassas till den ändring som gjorts i fråga om vårdgarantin, som sedan den 1 januari 2019 i stället för en försäkran om att den enskilde inom viss tid får besöka läkare inom primärvården, innebär en försäkran om att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.²⁸ Avseende tillägget av ordet *bedömning* i definitionen av primärvård uttalade regeringen att primärvården redan i dag svarar för medicinsk bedömning och behandling, även om detta inte uttrycks explicit i definitionen. Förslaget till ändrad definition ansågs, med tillägget av ordet *bedömning* inkluderat, inte innebära något nytt åtagande för regioner eller kommuner och därmed inte någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen. På motsvarande sätt kan konstateras att primärvården redan i dag svarar för omhändertagande av både fysiska och psykiska vårdbehov, även om det inte explicit anges i lagstiftningen. Vårt förslag till formulering av primärvårdens grunduppdrag innebär därmed inte något nytt åtagande för regioner och kommuner. Det leder därmed inte till inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

²⁷ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 67 ff.

²⁸ Se 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821) samt prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*.

5.2.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Vårt förslag medför inte några nya obligatoriska uppgifter för regionerna och kommunerna, utan avser att på ett generellt och övergripande plan synliggöra den psykiska ohälsan. Avsikten är att förslaget ska skapa överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå. Synliggörandet i grunduppdraget för primärvården, som avser att skapa en nationell enhetlighet och därmed en jämlik primärvård, ger förutsättningar för ett jämlikt omhändertagande av psykisk ohälsa i hela landet. Primärvården svarar redan i dag för hälso- och sjukvårdsbehov relaterade till psykisk ohälsa. Redan i dag ska huvudmännen planera primärvården så att både fysisk och psykisk ohälsa kan omhändertas. Då det inte är fråga om några nya obligatoriska uppgifter eller någon skillnad i ambitionsnivå är finansieringsprincipen inte tillämplig och förslaget får därmed inga ekonomiska konsekvenser för staten.

Det kan noteras att regeringen gör flera olika satsningar som syftar till ett förbättrat omhändertagande av den psykiska ohälsan och en generellt sett ökad folkhälsa. I budgetpropositionen för 2021 föreslår regeringen en ökning med 1 177,5 miljoner kronor under 2021 till anslaget för bidrag till psykiatri. Totalt uppgår därmed anslaget till cirka 2 164 miljoner kronor. För 2022 beräknas en motsvarande ökning av resurserna.

5.2.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna och kommunerna

Redan enligt nu gällande lagstiftning är regioner och kommuner skyldiga att i primärvården erbjuda hälso- och sjukvårdstjänster som tillmötesgår behovet av vård för fysisk och psykisk ohälsa. Vårt förslag medför inte att huvudmännen ges ett utökat ansvar eller fler skyldigheter än de har i dag. Det samlade ansvaret är således detsamma. Den kommunala finansieringsprincipen är därmed inte tillämplig.

Det stora behovet av vård för psykisk ohälsa, enligt vissa beräkningar ökande, som kan konstateras utifrån en mycket stor del av sjukskrivningarna, andelen människor som upplever nedsatt psykiskt välbefinnande m.m., innebär att det kommer att ställas krav på primärvården. Hur regionerna och kommunerna väljer att fördela de

ekonomiska resurserna mellan olika verksamheter och vårdbehov är en fråga för dem att avgöra, utifrån lokala förutsättningar.

Ett synliggörande av primärvårdens uppdrag avseende psykisk ohälsa kan förväntas underlätta för de funktioner som arbetar med planering, utformning och beställning av olika verksamheter. Det synliggör även behovet av strukturerad uppföljning av primärvårdens insatser vad gäller psykisk ohälsa.

5.2.6 Konsekvenser för en jämlik vård

Utredningen anser att det finns goda förutsättningar för att ett synliggörande av den psykiska ohälsan i det nationellt reglerade grunduppdraget för primärvården kan skapa överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå och därmed förutsättningar för en mer jämlik tillgång till en likvärdig vård i hela landet. Att tydliggöra uppdraget vad gäller psykisk ohälsa kan förbättra förutsättningarna för implementering av evidensbaserade metoder och därigenom tillhandahållande av mer jämlik vård. Avsikten med det reglerade grunduppdraget som sådant är en viss nationell enhetlighet och en miniminivå avseende vad primärvården ska erbjuda. Att inkludera psykisk ohälsa i denna enhetlighet och miniminivå kan bidra till ett mer jämlikt omhändertagande också av psykisk ohälsa.

5.2.7 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

Enligt undersökningar lider fler kvinnor än män i dag av någon form av psykisk ohälsa, med diagnos eller med upplevt nedsatt psykiskt välbefinnande som inte uppfyller kriterierna för diagnosticering. Samtidigt är män överrepresenterade i statistiken avseende suicid. Generellt sett kan insatser som adresserar den psykiska ohälsan således förväntas få effekter på människor av alla könsidentiteter, dvs. kvinnor, män och personer med annan könsidentitet. Det är dock rimligt att förvänta sig att vissa insatser, t.ex. sådana som syftar till förbättrade sjukskrivningstal, kommer kunna visa störst effekt på den psykiska ohälsan hos kvinnor och att insatser riktade mot suicidtal förväntas visa på störst effekt i fråga om mäns psykiska välmående.

Utredningens förslag till synliggörande av primärvårdens roll i omhändertagandet av den psykiska ohälsan syftar till att skapa bättre förutsättningar för en god, tillgänglig, nära och jämlik primärvård för de som lider av psykisk ohälsa. Förslaget adresserar inte någon särskild form av psykisk ohälsa och det är därför svårt att säga något om olika förväntade konsekvenser för kvinnor, män och personer med annan könsidentitet. På ett generellt plan kan konstateras att ett jämlikt omhändertagande av psykisk ohälsa ger bättre förutsättningar för såväl kvinnor som män som personer med annan könsidentitet, vilket bör kunna påverka jämställdheten i positiv riktning.

5.2.8 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

En god patientsäkerhet, i syfte att minimera vårdskador, förutsätter en hög medvetenhet och god kunskap hos alla inblandade om såväl den psykiska som den fysiska ohälsan, för att på bästa möjliga sätt se och möta varje persons behov. Att adressera den psykiska ohälsan i grunduppdraget och därigenom skapa överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå ger förutsättningar för ökad sådan kunskap.

För att uppnå bästa möjliga medicinska resultat samt bibehålla och öka invånares, patienters, brukares och närståendes förtroende för primärvården är ett gott och evidensbaserat omhändertagande av såväl den fysiska som den psykiska ohälsan av största vikt. Genom att synliggöra primärvårdens uppdrag för den psykiska ohälsan tydliggörs att huvudmännens uppdrag att möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete i primärvården omfattar även detta område.²⁹ Därigenom kan möjligheten för forskning, på områden där kunskap i dag saknas, förbättras. Det bidrar till förbättrad kvalitet och patientsäkerhet även för kommande patienter. Till följd av stora behov hos många patienter, relaterat till t.ex. stress och utmattning, förekommer det i dag att metoder som ännu inte är väl beforskade kommer till klinisk användning. Förslaget förväntas bidra till ökat fokus på behovet av att strukturerat samla kunskap om olika metoder och arbetssätt och därmed minska risken för såväl över-

²⁹ Av den femte punkten i 13 a kap. 1 § HSL om primärvårdens grunduppdrag följer att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

som underbehandling av psykisk ohälsa i primärvården. Bättre kunskap möjliggör också ett mer effektivt användande av den gemensamma resursen.

Eftersom medicinsk kvalitet inom primärvården inte mäts på ett systematiskt sätt på aggregerad nivå är den svår att följa. Det är därmed också svårt att uttala sig om vilka konsekvenser för de medicinska resultaten som utredningens förslag innebär. Socialstyrelsens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen förväntas, särskilt utifrån deluppdrag I som avser nationell insamling av registeruppgifter från primärvården, ge bättre möjligheter till uppföljning.³⁰

Att synliggöra primärvårdens roll som första linjens hälso- och sjukvård vid psykisk ohälsa förväntas bidra till en förbättrad upplevelse av vården för patienter och närstående. Det leder till ett tydliggörande för den enskilde att primärvården som utgångspunkt är rätt vårdnivå att vända sig till vid psykisk ohälsa och att de vårdinsatser som där kan erbjudas omfattar sådan ohälsa.

5.2.9 Konsekvenser för vårdens professioner

Förslaget tydliggör inte bara för huvudmännen, enskilda och närstående vilket uppdraget för primärvården är, utan även för primärvårdens medarbetare. Det skapar en tydligare bild av vilka hälso- och sjukvårdstjänster som primärvården ska tillhandahålla och att dessa inkluderar tjänster avseende psykisk ohälsa.

Den stora andelen patienter inom primärvården som söker vård p.g.a. psykisk ohälsa, i kombination med bristen på strukturerat omhändertagande, har stor inverkan på arbetsmiljön för primärvårdens medarbetare. Vårt förslag förväntas bidra till ett mer strukturerat och jämlikt omhändertagande av psykisk ohälsa som på sikt kan förbättra medarbetarnas arbetssituation.

³⁰ Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård*, 2019.

5.2.10 Konsekvenser för företagen

Förslaget att synliggöra att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa riktar sig till huvudmännen för hälso- och sjukvård, regioner och kommuner. Det har således inga direkta konsekvenser för företagen.

Samtidigt kan noteras att det finns en stor andel privata företag som är utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård inom primärvården. SCB:s företagsregister anger att antalet registrerade företag som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvård var 32 520 år 2018.³¹ SCB:s statistik över privata utförare av offentlig hälso- och sjukvård under samma år anger att 2 483 företag utförde primärvård, 1 052 somatisk vård, 416 psykiatrisk vård och 258 övrig hälso- och sjukvård åt regionerna.³² Siffrorna baseras på den totala mängden köp av verksamhet som regionerna gjort från privata utförare. Dock kan samma utförare förekomma i flera verksamhetsområden och i flera regioner. Avseende den kommunala hälso- och sjukvården är statistiken begränsad. SCB:s ovan nämnda utförarregister anger att 44 privata företag utförde hälso- och sjukvård finansierad av kommunen 2019, fördelat på tre kommuner.

Innehållet i den vård som huvudmännen upphandlar av företagen definieras i förfrågningsunderlag. Det är regionerna och kommunerna, i egenskap av just huvudmän och därmed ansvariga för hälso- och sjukvården, som ensamma formulerar innehållet i underlagen, baserat bl.a. på vad uppdraget kräver samt deras bedömning av hur god vård bäst tillhandahålls. Innehållet i förfrågningsunderlagen ses över löpande av huvudmännen och justeras vid behov.

Det fr.o.m. den 1 juli 2021 gällande grunduppdraget för primärvården förtydligar vad som på en miniminivå förväntas av primärvården, vilket i sin tur kan ha inverkan på hur regioner och kommuner formulerar sina uppdrag och i förlängningen, där relevant, sina förfrågningsunderlag inom uppdraget. Vårt förslag att synliggöra att primärvårdens grunduppdrag avser både fysiska och psykiska vårdbehov kan på motsvarande sätt ha inverkan på hur huvudmännen formulerar sina förfrågningsunderlag. Och därmed på villkoren för de företag som verkar inom primärvården.

³¹ SCB, *Företag (FDB) efter näringsgren SNI2007 och storleksklass. År 2008–2020*.

³² SCB, *Finansierare och utförare inom vården, skolan och omsorgen, 2019*.

I våra dialoger har framkommit att flera huvudmän är i begrepp att se över området psykisk ohälsa och dess hantering inom ramen för primärvårdsuppdraget, vilket kan förväntas innebära vissa förändringar i de redan formulerade förfrågningsunderlagen. Vårt förslag, med en tydlig angivelse om att psykisk ohälsa ingår i uppdraget, kan tänkas understödja ett sådan översyn och ändamålsenliga förändringar i kravställande, men följer inte per se av förslaget.

5.2.11 Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslaget inte har några konsekvenser för sysselsättningen, miljön, möjligheten att nå de integrationspolitiska målen, det brottsförebyggande arbetet eller för EU-rätten.

5.3 Ikraftträdande

Utredningens förslag: Förslaget till ändrad lydelse av 13 a kap. 1 § HSL föreslås träda i kraft den 1 juli 2022.

Skäl för utredningens förslag

Den nu förslagna modifieringen av lydelsen av primärvårdens grunduppdrag bör införas i författning snarast och i så nära anslutning som möjligt till att grunduppdraget som sådant regleras. Den nya bestämmelsen om primärvårdens grunduppdrag träder i kraft den 1 juli 2021. Av hänsyn till behovet av beredning inom Regeringskansliet av det förslag vi nu lämnar är ett samtidigt ikraftträdande inte möjligt. Samtidigt ser utredningen inte att författningsförslaget föranleder något behov av förberedelse hos regionerna och kommunerna. Förslaget föranleder inte heller behov av några särskilda informationsinsatser. Utredningen föreslår därför att förslaget ska träda i kraft den 1 juli 2022. Behov av övergångsbestämmelser finns inte.

6 Primärvårdens organisering

6.1 En modell för att bättre möta psykisk ohälsa i primärvården

6.1.1 Om bedömningar

I föregående kapitel har vi lagt förslag som syftar till att synliggöra att primärvårdens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar både den fysiska och den psykiska ohälsan. Detta bedömer vi vara centralt för att skapa förutsättningar för primärvården att bemöta den psykiska ohälsan med skyndsamma och ändamålsenliga insatser, i linje med våra direktiv.

Enligt direktiven ska vi utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa. Uppdraget att utreda ”en ny form” innebär att det handlar om *hur* insatser förmedlas, om metoder och arbetssätt i hälso- och sjukvården, med fokus på primärvården. Genom den kommunala självstyrelsen finns samtidigt en i grundlag reglerad självständig och inom vissa ramar fri bestämmanderätt för regioner och kommuner för hälso- och sjukvårdens bedrivande. Förslag som innebär inskränkningar i det kommunala självstyret måste stå i proportionalitet till syftet. Att föreslå lagändringar som innebär att alla huvudmän måste organisera sin primärvård enligt en viss metod, eller på ett visst sätt, utgör en mycket långtgående inskränkning i det kommunala självstyret. Det skulle därmed kräva en mycket stark motivering grundad på god evidens. Givet de stora kunskapsluckor (närmare beskrivet i avsnitt 3.5) som finns vad gäller arbetet mot psykisk ohälsa generellt, och i primärvården specifikt, bedömer utredningen att det inte går att motivera att lagstifta om hur huvudmännen ska organisera sin primärvård för att möta vanligt förekommande vårdbehov för psykisk ohälsa.

Utifrån utredningens många dialoger, samt de kartläggningar och analyser som finns presenterade i de föregående kapitlen, menar vi dock att det går att identifiera principer för hur man bör arbeta för att skapa ett skyndsamt och ändamålsenligt omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. Avgörande för framgång är sedan hur dessa principer förankras, implementeras och tillämpas utifrån den egna befolkningens behov och i en lokal kontext på huvudmannan- eller utförarnivå.¹

Sådana principer väljer vi i det följande att lyfta i form av utredningens *bedömningar* av vad huvudmännen särskilt bör beakta i organiseringen av vården, samt vad staten kan göra för att skapa förutsättningar för ett skyndsamt och ändamålsenligt omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. Våra bedömningar riktar, i enlighet med uppdraget i direktiven, in sig på *formen* för bemötandet. Bedömningarna blir en del i utredningens särskilda uppdrag i enlighet med ursprungsdirektiven; att inte enbart lämna förslag på ändrad lagstiftning, utan också stödja omställningen till nära vård, och aktivt bidra till att det formuleras strategier, och tas fram regionalt anpassade modeller, för utvecklingen av primärvården mot en mer effektiv och tillgänglig vård.

Bedömningarna utgår från grundantagandet att huvudmännen genomgående har intentionen att arbeta med utgångspunkt i de evidensbaserade insatser som finns beskrivna i relevanta nationella riktlinjer från Socialstyrelsen, samt i eventuella riktlinjer och insatsprogram i huvudmännens modell för kunskapsstyrning.

De anknyter också till Socialstyrelsens genomgång av tidigare överenskommelser om psykisk ohälsa, där man konstaterade att de främsta behoven av insatser inom primärvården, beskrivna av regionerna i sina respektive handlingsplaner gäller följande områden:

- utökad samverkan och konsultation mellan specialistpsykiatri och primärvård
- förbättrad triagering, bedömning och diagnostisering
- förbättrad tillgänglighet till vård, främst behandling och bedömning

¹ SBU, *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturöversikt*, 2012, s. 10.

- kompetenshöjande satsningar för personal i primärvård
- utökade behandlingsresurser inom främst samtalsterapi med fokus på KBT.²

6.1.2 En samlad modell – ”Rätt stöd till psykisk hälsa”

Intentionen med utredningens olika förslag och bedömningar, i detta och tidigare betänkanden, är ett väl integrerat och begripligt hälso- och sjukvårdssystem, som hänger ihop utifrån individers behov. Vi vill inte riskera att motverka det syftet genom att föreslå nya organisationer, strukturer eller byggnader just avseende omhändertagande av den psykiska ohälsan (se även avsnitt 4.5). Vår strävan blir i stället att på ett bättre sätt integrera omhändertagandet av personer med psykisk ohälsa i det ordinarie systemet.

I det följande presenterar vi utredningens bedömningar av hur primärvården bör arbeta med psykisk ohälsa utifrån kartläggningar och analyser i kap. 2, 3 och 4 samt förslaget till ändrad lagstiftning i kap. 5. Dessa bedömningar samlar vi under tre olika rubriker; *Vägen in, Organisering av primärvårdens insatser* samt *Samverkan och samarbete*. Tillsammans avser dessa bidra till ett förbättrat omhändertagande av psykisk ohälsa (”misstänkta psykiatriska tillstånd”) i primärvården; av psykiatriska tillstånd, men också av psykiska besvär. Vår avsikt är att ha en personcentrerad utgångspunkt – vi väljer att presentera områdena såsom patienten möter dem i olika skeden av en vårdprocess, inte utifrån vårdens organisatoriska stuprör.

Vi samlar dessa tre områden under ett paraply – ”Rätt stöd till psykisk hälsa”. Modellen utgörs av ett antal principer och arbetsätt som kombinerade förbättrar bemötandet och omhändertagandet av den enskilde, och bättre möter behoven på befolkningsnivå. Samverkan mellan olika aktörer, såväl inom som utom hälso- och sjukvården, är avgörande i ett integrerat hälso- och sjukvårdssystem, och det som utmärker en god och nära vård.

Grundtanken är att vid psykisk ohälsa (patientens perspektiv), dvs. vid misstanke om psykiatriska tillstånd (vårdens perspektiv), är primärvården oftast vägen in till hälso- och sjukvården. Där görs en första bedömning, ges stöd till egenvård och, om så är indicerat,

² Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning av 2016 och 2017 års överenskommelse mellan staten och SKL*, Delrapport 2018.

behandlande insatser. Antingen på primärvårdsnivå eller via kontakt med och hänvisning till annan del av hälso- och sjukvården. I de fall kriterier för psykiatriska tillstånd inte uppfylls, kan insatser för att minska funktionspåverkan av psykiska besvär behöva erbjudas, ibland av primärvården, andra gånger via strukturerad samverkan med andra aktörer, såsom företagshälsovård, studenthälsa, föreningsliv eller socialtjänst.

I våra bedömningar visar vi också på goda exempel från verksamheter vi varit i kontakt med i olika faser av utredningens arbete. De exempel vi lyfter är valda för att de visar på arbetssätt och metoder där evidens föreligger utifrån aktuellt kunskapsläge, eller där insatserna kopplats till pågående forskning eller egen strukturerad uppföljning.

Vi vill slutligen påminna om att de bedömningar vi gör i det följande ska ses som sammanhängande med de förslag utredningen tidigare lämnat. Både vad gäller primärvårdens roll som basen i hälso- och sjukvårdssystemet, med ett särskilt uppdrag att fungera samordnande och hälsofrämjande och vad gäller ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem. Vi vill också återigen betona vikten av att det i primärvården ges förutsättningar för medarbetarna att arbeta relationellt, med långvariga och kontinuerliga kontakter, med såväl enskilda individer som med och i sin närmiljö. Därmed skapas förutsättningar för förtroendefulla relationer och tillit, och en möjlighet att minska de stigma som många gånger hindrar människor från att lyfta problem med den psykiska hälsan i kontakt med hälso- och sjukvården.

6.1.3 Målgrupp

Figur 6.1 När man upplever psykisk ohälsa kan man behöva redskap för att hantera situationen



Figur 6.2 Stödet till den med psykisk ohälsa kan se olika ut och bestå av många olika insatser



Patientens perspektiv: När jag upplever behov av stöd för psykisk ohälsa

”Jag känner mig så ensam. Jag vet inte vart jag ska vända mig. Till akuten? Men så akut dåligt mår jag egentligen inte, det har ju känts så här ganska länge nu. Men det blir för mycket. Men vad gör man? Jag tror att jag känner mig extra osäker för att jag haft kontakt med psykiatrin förr. Är det dit jag ska? Det är ju förstås inte säkert att det är samma sak, jag tror inte det själv. Men jag behöver prata med någon som hjälper mig att hitta rätt. Jag tycker det är lite svårt att prata om det här också, om jag ska vara ärlig. Ska jag komma mig för att ta tag i det vill det till att det är enkelt att hitta rätt. Men det vore bra. Jag orkar nog snart inte gå till jobbet som det är nu.

Jag tänker att ett sätt vore att kunna ringa någonstans. Få rådgivning om vad man kan göra, innan det blir värre. Eller kunna chatta med någon. Ibland kanske man bara vill kunna hitta information om hur man kan må bättre. Det vore också bra om jag hade någon jag kände på hälsocentralen. För mig skulle det kännas lättare att ta upp lite svårare saker om mig och de jag har omkring mig om jag fick göra det med någon jag har träffat förut och känner förtroende för.

Min distriktssköterska, eller min läkare. Det är svårt att börja prata om sådant här. Det där måste vara svårt för min vän som bor på ett boende i kommunen. Där är man så beroende av andra, beroende av att de som arbetar där fångar upp tecknen när man inte mår riktigt bra psykiskt. Att det finns folk där som kan ge stöd i vardagen, kanske sådant som att hitta en bra rytm i dagarna. Så det inte känns meningslöst allting.

På hälsocentralen vore det fint om de hade tid att se hela mig. Fundera tillsammans med mig på vad mina besvär kan bero på. Kropp och själ hänger ihop, det har jag alltid tyckt. Man kan behöva någon att prata med om det. Eller hjälp att hitta vad som är fel. En gång hörde jag om någon som gick hos fysioterapeuten för muskelvärk, och sedan kom de fram till tillsammans att det kanske satt mer i själen än kroppen, det där onda. Så tror jag att det kan vara ibland. Och ibland kanske det är tvärtom, man kan känna oro i själen och det visar sig vara kroppen som krånglar. Bra då med just hälsocentralen, där många olika människor jobbar, som kan olika saker. De borde jobba ännu mer ihop, så skulle man få bättre hjälp och stöd. De behöver folk som är utbildade just för psykiska problem också förstås. Så de snabbt kan veta vad som är rätt sak att göra. Vilken behandling man behöver. Jag tänker att det kanske inte alltid är på hälsocentralen, och då borde de samarbeta väldigt mycket med psykiatri till exempel. Det förstår man ju att de inte kan kunna allt om allt på hälsocentralen, de behöver jobba ihop med andra. Det blir en arbetsmiljöfråga för de som arbetar på hälsocentralen också. Många som söker mår inte bra på insidan. De måste ju få känna att de kan göra ett bra jobb, att de har något att erbjuda den som behöver stöd. Annars blir de själva sjuka.

Det är mycket prat nu om den psykiska ohälsan. Att många i samhället mår dåligt. Att sjukvården inte kan lösa allt. Men jag tycker det är viktigt att ändå kunna vända sig dit och få råd och stöd, för jag kan ju inte säkert veta i förväg om jag behöver hjälp av hälso- och sjukvården. Det är hälsocentralens roll, tänker jag. Och förstås, även om det skulle vara något som behöver behandlas så räcker ju inte det alltid, hela livet ska ju fungera, inte bara det sjukvården ser. Jag tror jag borde röra mer på mig, jag vet att det är bra. Men jag har svårt att komma igång. Och veta vart jag ska gå? Jag tror jag skulle gilla att kunna få kontakt med andra som har varit med om det jag har upplevt. Sådant skulle jag gärna vilja ha tips om.

Ja, att snabbt och enkelt få kontakt med min hälsocentral när jag behöver, att få stöd där, eller få deras vägledning att komma till rätt ställe i hälso- och sjukvården vore bra. Att de på hälsocentralen var bra på att koppla ihop sig, och mig när jag behöver, med andra delar av samhället. Då skulle jag känna mig mer trygg. Det fungerar säkert så här på många ställen. Men inte överallt har jag förstått. Undrar om det går att ordna?”³

Vårdens perspektiv: Behov av insatser vid misstänkta psykiatriska tillstånd

I avsnitt 2.8 diskuterade vi behovet av definitioner i förhållande till utredningens uppdrag. Vi ställde oss bakom det begreppsarbete som genomförts av ett antal kunskapsmyndigheter tillsammans med SKR (se bil. 5). Utifrån detta begreppsarbete och våra direktiv konstaterar vi att målgruppen för de insatser vi här beskriver är personer som upplever psykisk ohälsa, som man inte förmår hantera med de verktyg och stöd man själv har tillgängliga runtomkring sig till vardags. Personen själv, eller närstående, upplever ett behov av externt stöd för att hantera det psykiska måendet. Man gör också bedömningen att behovet inte är av akut karaktär, utan kan hanteras på annan vårdnivå än en akutmottagning, förutsatt att väntetiden till kontakt är rimlig.

Utifrån denna beskrivning av målgruppen kan behoven av stöd förstås skilja sig mycket mellan olika individer. Precis som alltid gäller att det är hälso- och sjukvården som ska stå för de medicinska bedömningarna.⁴ Stödet som ges kan innebära allt från egenvårdsråd och/eller hänvisning till stöd inom eller utanför hälso- och sjukvården, till olika typer av hälso- och sjukvårdsinsatser eller andra insatser från andra aktörer.

³ Detta är inte en enskild persons berättelse. Det är en berättelse sammansatt av många, med patient- brukar-, närstående- eller medarbetarerfarenhet, som vi träffat eller på andra sätt fått kontakt med under utredningens sammanlagda tid. Vi har försökt sätta allmänna ord på de berättelserna för att beskriva ett behov, och i det följande (avsnitt 6.2) beskriva arbetssätt och metoder som skulle kunna möta det behovet.

⁴ En medicinsk bedömning är inte något som enbart kan göras av läkare. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Det medicinska yrkesansvaret innebär att var och en som arbetar inom vården har ett ansvar för sina egna bedömningar, beslut och åtgärder inom yrkesutövningen (se prop. 2017/18:83 s. 31).

I de fall hälso- och sjukvårdens insatser bedöms motiverade ska vård på rätt nivå, enligt principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON), kunna tillhandahållas i linje med bästa tillgängliga kunskap, och i enlighet med relevanta nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd på området.

6.2 Rätt stöd till psykisk hälsa

6.2.1 Vägen in

Regionernas primärvård

Bedömning: Det ska vara enkelt och begripligt som invånare var man vänder sig om man behöver stöd med psykisk ohälsa. 1177 Vårdguiden och Folkhälsomyndighetens nya funktion har särskilt viktiga roller i detta avseende.

Regionens primärvård ska tillhandahålla en enkel och skyndsamt väg in för den som upplever att hen behöver stöd för sitt psykiska mående och söker sig till primärvården med anledning av detta. Utredningen bedömer att regionerna som huvudmän behöver förtydliga primärvårdens uppdrag som första linjen för psykisk ohälsa.

Utredningen bedömer att regionerna behöver förstärka sitt arbete för att säkerställa tillgängligheten till första bedömning i enlighet med vårdgarantin i primärvården. Även tillgängligheten till behandling, när relevant, behöver säkerställas. För att kunna göra adekvata bedömningar behöver också användandet av strukturerade bedömningsinstrument öka, i enlighet med Socialstyrelsens utvärdering.

Skäl för utredningens bedömning

Behovet av att erbjuda hög tillgänglighet till primär bedömning

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom rekommenderas att hälso- och sjukvården bör erbjuda hög tillgänglighet till en primär bedömning av vårdbehov till personer med symtom på depression eller ångestsyndrom (priori-

tet 1).⁵ Detta är viktigt både för att kunna bedöma hur pass allvarligt en persons tillstånd är och för att kunna erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede.

Det framhålls också att de flesta personer med depression eller ångestsyndrom söker vård inom primärvården, och det därmed är angeläget att primärvården har möjlighet att bedöma och utreda dessa personer, och att den vård som erbjuds är individanpassad samt att det finns en hög tillgänglighet till vård. Hög tillgänglighet innebär enligt Socialstyrelsen snabb tillgång till besök, telefontillgänglighet, öppethållande, bemanning och personal med kunskap om psykisk ohälsa.

Som vi sett i avsnitt 3.5 finns det stora brister, och stora variationer, i tillgänglighet till relevanta professioner och cirka hälften av personerna med depression och ångest diagnosticeras aldrig. Mot denna bakgrund bedömer utredningen att tillgängligheten till första bedömning, och när relevant även behandling, i regionernas primärvård behöver öka. Användningen av validerade metoder såsom skattningsskalor behöver ökas.

Att hitta rätt väg in

För att de personer som behöver stöd från hälso- och sjukvården ska ha möjlighet att få det på ett ändamålsenligt sätt och i rimlig tid, behöver man som individ ha viss kunskap om psykisk ohälsa. Det är viktigt att känna igen tidiga tecken, och veta var man kan vända sig för att få kvalitetssäkrad information om man själv eller någon i ens närhet mår dåligt. Om det inte är av den grad att det är den psykiatriska akutmottagningen som är aktuell, och man inte redan har en etablerad kontakt på sin hälso-/vårdcentral, vart vänder man sig då för att få information eller hjälp?

Som regionernas gemensamma samlingsplats för information och tjänster inom hälsa och vård har 1177 Vårdguiden en särskilt viktig roll att spela (se avsnitt 3.6). Mot bakgrund av detta bedömer utredningen att huvudmännen genom Inera⁶ bör initiera ett arbete för att vidareutveckla såväl egenvårdsråd som beslutsstöd rörande psykiska besvär och psykiatriska tillstånd för rådgivningstelefonen och för

⁵ Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*, 2017, s. 26.

⁶ Inera är ett aktiebolag som ägs av regioner, kommuner och SKR Företag.

1177.se. Detta i avsikt att på mer kvalitetssäkrat och strukturerat sätt kunna tillgodose befolkningens behov på området. I ett sådant arbete är det också centralt att säkerställa att den information som tillhandahålls är tillgänglig för olika målgrupper och anpassad utifrån deras olika behov.

En annan central aktör i att öka hälsolitteraciteten och tillhandahålla kvalitetssäkrad kunskap på området blir den funktion för psykisk ohälsa och suicidprevention som Folkhälsomyndigheten har inrättat fr.o.m. den 1 januari 2021. Funktionen roll är att sprida kunskap om psykisk hälsa och suicid, samt föra dialog med allmänheten inom området (se avsnitt 2.4.2). Även här blir tillgänglig och målgruppsanpassad information avgörande.

Utredningen bedömer att såväl 1177 Vårdguiden som Folkhälsomyndighetens nya funktion bör ha en särskild roll i att tillhandahålla kvalitetssäkrad information om psykisk hälsa, och om vart individer kan vända sig om man behöver söka hjälp från hälso- och sjukvården för sin psykiska ohälsa. För att lyckas i detta uppdrag bedömer utredningen vidare att det är av stor vikt att befolkningen som helhet känner till och känner förtroende för dessa offentliga informationskanaler. Givet en mer heterogen befolkning, med fler olika sätt att söka och ta till sig information, kräver detta också ett strukturerat och målgruppsanpassat arbete för att nå ut till hela befolkningen. Här erbjuder olika e-hälsolösningar en möjlighet att ytterligare personcentrera insatserna.

Vårdgarantin – 0:an, en första kontakt samma dag

När en person väl söker hjälp hos hälso- och sjukvården finns det redan lagstiftning som ställer krav vad gäller tillgänglighet. Av patientlagen (2014:821) (PL) framgår att patienten, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälso-tillstånd. Vidare ställer vårdgarantin i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) krav på regionerna vad gäller tillgänglighet både till kontakt och medicinsk bedömning i regionernas primärvård (se avsnitt 3.1.2).

Den s.k. ”0:an” i vårdgarantin motsvarar det läge då en person, som upplever psykisk ohälsa som man inte förmår hantera med de stöd man själv har tillgängliga, söker sig till hälso-/ vårdcentralen för

dessa besvär. Alternativt kan det röra sig om en person som söker för somatiska symtom, men där det visar sig att psykisk ohälsa är en bakomliggande orsak. I båda fallen är god tillgänglighet och bred kompetens om såväl fysisk som psykisk hälsa hos den som tar emot kontakten viktiga.

Vanligtvis är det en sjuksköterska som möter patienten, ofta via telefon, och som utifrån en initial anamnes och bedömning triagerar patienten vidare. Om man vid denna initiala kontakt gör bedömningen att patienten bör få en medicinsk bedömning, ska patienten enligt vårdgarantin få det, av relevant legitimerad profession, inom tre dagar (Ett alternativ, vid såväl somatiska som psykiska problem, kan vara att primärvården i första hand ger egenvårdsråd). Det är alltså av stor vikt att den som tar emot patienten vid denna första kontakt har goda kunskaper och tillgång till adekvata rutiner och kunskapsstöd för att kunna hjälpa patienten vidare (se vidare avsnitt 3.3 samt 6.2.2).

3:an, medicinsk bedömning av legitimerad profession inom tre dagar

Om primärvården bedömt att patientens psykiska ohälsa är sådan att patienten behöver få en medicinsk bedömning, ska detta ske inom tre dagar. Beroende på vilken typ av symtom patienten har beskrivit kan man tänka sig att den bedömningen bokas in hos läkare, men också hos t.ex. psykolog, kurator eller kanske en sjuksköterska. Sedan 2019 omfattar vårdgarantin alla legitimerade professioner, vilket innebär att patienten ska tillhandahållas en medicinsk bedömning lika snabbt oavsett om det är t.ex. en läkare eller en psykolog hen bedöms ha behov av att träffa.⁷

Vid ett sådant första möte (medicinsk bedömning) med legitimerad profession görs en initial bedömning av patientens psykiska ohälsa. En fördel är om patienten sedan tidigare har en fast vård-

⁷ Fram t.o.m. 2019 omfattade den andra punkten i vårdgarantin inom primärvården i stället en försäkran att inom en viss tid få besöka läkare (om vården vid den första kontakten har bedömt att en medicinsk bedömning behövs). Den 1 januari 2019 trädde dock ny lagstiftning – baserat på utredningens första delbetänkande – i kraft som dels förkortade den tid man som patient ska behöva vänta på en medicinsk bedömning (tidigare besök) från sju till tre dagar och dels utvidgades vårdgarantin så att garantin till medicinsk bedömning omfattar alla legitimerade professioner i primärvården. Inte enbart läkare. Det vill säga om primärvården vid den första kontakten bedömer att patienten bör träffa t.ex. en psykolog för en medicinsk bedömning så ska patienten få göra detta inom tre dagar, likväl som hen ska få träffa en läkare eller en sjuksköterska inom tre dagar om det i stället bedöms vara behovet.

kontakt eller fast läkarkontakt. Med bättre personkännedom blir det tydligare när en persons tillstånd förändras. Avsikten med bedömningen är att, med en ansats av stegvis vård, tillhandahålla en insats på rätt nivå. För att kunna göra adekvata bedömningar behöver också användandet av strukturerade bedömningsinstrument öka.

För vissa patienter kan denna bedömning vara tillräcklig för att sedan inleda en behandling, alternativt kan bedömningen resultera i egenvårdsråd. I de fall egenvårdsråd blir aktuellt är det, på samma sätt som för övrig vård, av stor vikt att råden anpassas till personen i fråga, och ges utifrån dennes förmåga att ta till sig, förstå och agera på sådana råd.

För andra kommer ytterligare fördjupade bedömningar att behövas, potentiellt av någon annan yrkesgrupp än den man först träffat, innan utredningen av den psykiska ohälsan är tillräcklig för att relevant diagnos ska kunna sättas eller rätt insatser sättas in om diagnoskriterier inte uppfylls men det likväl föreligger en påverkan på funktioner i det dagliga livet.

Som vi sett i avsnitt 3.5 är det bristande tillgång, och stor variation, till såväl medicinsk bedömning som behandling. Utredningen bedömer därför att regionerna som huvudmän behöver förtydliga primärvårdens uppdrag som första linjen för psykisk ohälsa. Uppdraget behöver beskrivas, ersättas och följas upp adekvat i förfrågningsunderlag, t.ex. vad gäller kompetenssammansättning. Enskilda verksamheter behöver sedan anpassa sina organisationer och utveckla relevanta rutiner och kunskapsstöd för att kunna tillhandahålla en hög tillgänglighet till medicinsk bedömning, i enlighet med såväl vårdgarantin som nationella riktlinjer. Samt vid behov tillhandahålla kompetensutveckling till personalen för ändamålet.

Kommunernas primärvård

Bedömning: Kommunens primärvård bör ha rutiner och relevanta kunskapsstöd för personalen för att identifiera misstänkt psykisk ohälsa hos de patienter som får hälso- och sjukvård av kommunen; inom hemsjukvård, särskilda boenden och dagverksamheter. God kontinuitet i relationer, t.ex. genom en fast vårdkontakt, spelar även en viktig roll i detta avseende.

Utredningen bedömer vidare att den kommunala primärvården bör utveckla rutiner för att säkerställa att när misstänkt psykisk ohälsa identifieras ges patienten tillgång till medicinsk bedömning av relevant kompetens inom kommunens eller regionens primärvård. I praktiken bör det medföra arbete i psykosociala team som spänner över huvudmannagränser.

Skäl för utredningens bedömning

Behovet av hög tillgänglighet till en primär bedömning av vårdbehov till personer med symtom på psykisk ohälsa (se föregående avsnitt) gäller naturligtvis även de patientgrupper som får sin primärvård (bortsett från läkarinsatsen) genom kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.

Den lagstadgade vårdgarantin ålägger dock enbart regionerna att erbjuda vårdgaranti för den som omfattas av regionens ansvar. Om man som patient med hemsjukvård⁸ eller boende på ett särskilt boende (säbo) för äldre vänder sig till en hälso-/vårdcentral, har huvudmannen samma ansvar att tillhandahålla vård inom vårdgarantins gränser till den personen som till en person utan hemsjukvård/boende på säbo. Dock är grunden för att personen i fråga har hemsjukvård/ett särskilt boende en bedömning att personen inte har möjlighet att ta sig till vårdcentral eller har behov av särskilda insatser. Kommunen är den huvudman som har ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå för dessa personer (undantaget läkarvård). Som beskrivet i avsnitt 3.1 om ansvarsfördelningen och i kap. 5, omfattar primärvårdens hälso- och sjukvårdsansvar både vanligt förekommande fysiska och psykiska vårdbehov. Det gäller både regional och kommunal primärvårdsverksamhet, utifrån deras respektive ansvar enligt HSL.

Även om det inte finns någon specifik lagstiftning som ålägger kommunerna att erbjuda vårdgaranti åt dem som omfattas av kommunernas ansvar så har alltså kommunerna oavsett detta ett ansvar att inkludera både fysiska och psykiska vårdbehov i sin planering. Vidare gäller PL:s bestämmelse om att patienten, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd alla patienter, även i kommunalt finansierad hälso- och

⁸ Obs. att vi i SOU 2020:19 har föreslagit att begreppet "hemsjukvård" i lagstiftning ska ersättas med "hälso- och sjukvård i hemmet".

sjukvård. På motsvarande sätt som kontrollpunkterna 0:an och 3:an i vårdgarantin hos regionerna finns det därför ett behov av att i kommunens primärvård ha strukturer för att göra en första triagering av patientens behov, och för dem som behöver därefter också tillhandahålla en medicinsk bedömning.

Många av de personer som får sin primärvård från kommunerna kan i utgångsläget ha nedsatta funktioner av olika slag, såväl fysiska som psykiska och kognitiva. Det kan påverka möjligheten för dessa personer att själva såväl vara medvetna om, som att kommunicera behov relaterade till psykisk ohälsa. Det är därmed centralt att den personal som arbetar i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården har kompetens inom psykisk ohälsa och hur den kan yttra sig i målgrupperna man arbetar med, så att besvär och symtom identifieras skyndsamt.

Utredningen bedömer därför att det finns ett behov att kommunerna som huvudmän, tillsammans med verksamheter som utför kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, utvecklar rutiner för att stödja personalen i att identifiera misstänkt psykisk ohälsa hos de patienter som finns inom kommunens hälso- och sjukvård; inom hemsjukvård, särskilda boenden och dagverksamheter. Samt vid behov tillhandahåller kompetensutveckling till medarbetarna för ändamålet. God kontinuitet i relationen mellan patient och personal, t.ex. genom att patienten har en fast vårdkontakt i den kommunala verksamheten, spelar även en viktig roll i detta avseende. Med bättre personkännedom blir det också tydligare när en persons tillstånd förändras.

När psykisk ohälsa identifieras i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård behöver det också finnas rutiner för hur man säkerställer att patienten ges tillgång till medicinsk bedömning, av relevant kompetens. Inom kommunens eller regionens primärvård, utifrån behov. Detta kräver att fungerande samverkansrutiner finns mellan kommunal primärvård och regional primärvård (framför allt läkare), på samma sätt som för den somatiska vården. En funktionell sådan samverkan bör i praktiken kunna fungera som ett slags psykosocialt team som spänner över huvudmannagränser. Det vill säga ett nära och strukturerat samarbete mellan olika personer och professioner, även om dessa organisatoriskt tillhör olika organisationer och huvudmän. Ett verktyg för att underlätta en sådan strukturerad samverkan utgående från individens behov kan vara arbete med individuell plan, i enlighet

med HSL, socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS).

I detta sammanhang vill vi också påminna om de förslag rörande samverkan som vi lagt i betänkandet God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19) (se även avsnitt 3.1.2). Dessa förslag – som rör såväl huvudmänna- och utförarnivå som planeringen runt den enskilde med hjälp av individuell plan – bedömer vi som centrala för att skapa en väl integrerad och sammanhängande vård. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Vad gäller kunskapsstöd vill utredningen slutligen också framhålla följande vägledning från Socialstyrelsen: Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen, Se tecken och ge rätt stöd – vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, Att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa – vägledning för verksamhetsansvariga inom socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård samt primärvård.

6.2.2 Organisering av primärvårdens insatser mot psykisk ohälsa

Insatser från huvudmännen, vårdgivare och utförare

Bedömning: Huvudmännen bör organisera omhändertagandet av psykisk ohälsa i stegvisa och väl sammanhängande insatser. För att säkerställa detta bör det finnas en övergripande struktur för omhändertagande av psykisk ohälsa, beslutad på huvudmannanivå. Strukturen bör ha ett starkt fokus på, och utgå från, primärvården, såsom varande basen i hälso- och sjukvårdssystemet.

De insatser som omfattas bör utgå från relevanta kunskapsunderlag, såsom Socialstyrelsens nationella riktlinjer och kunskapsstöd inom ramen för huvudmännens gemensamma modell för kunskapsstyrning.

Insatser för att säkerställa en systematisk och kontinuerlig uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bör utgöra en del av den fastslagna övergripande strukturen.

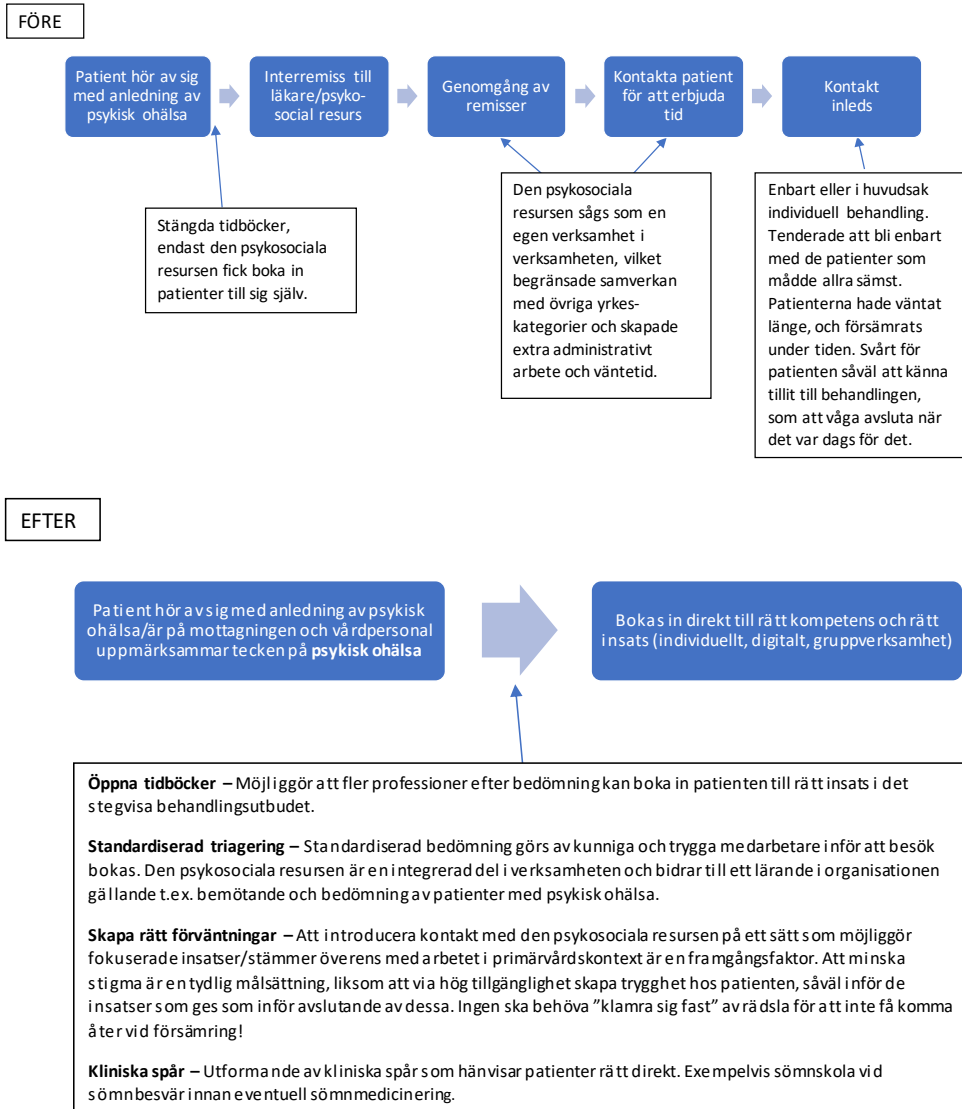
Det finns ett behov av att samla och lyfta framgångsrika metoder och arbetssätt specifikt tillämpade i primärvårdssammanhang.

Skäl för utredningens bedömning

Vår kartläggning har visat på betydande skillnader i hur huvudmännen beskriver och bedriver uppdraget för primärvården vad gäller psykisk ohälsa (se kap. 3). Dessa skillnader är delvis förväntade, och i en del fall motiverade av det lokala sammanhanget. En iakttagelse är dock att det inte alltid förefaller finnas en röd tråd, ett sammanhang, i hur uppdrag, kompetenssättning, ersättning och uppföljning hänger samman mellan olika delar av huvudmannens verksamheter vad gäller psykisk ohälsa. Uppdragsbeskrivningar och förfrågningsunderlag är ofta påfallande övergripande, och speglar inte alltid aktuellt kunskapsläge eller utvecklingsbehov. De förefaller inte heller helt ta hänsyn till hur många människor som faktiskt i dag söker primärvården för psykisk ohälsa. En risk när insatser som tillhandahålls saknar en tydlig gemensam struktur är en fragmentisering av resurserna, och att det blir otydligt vad som kan förväntas av primärvården (och andra delar av vården) när det gäller omhändertagande av psykisk ohälsa. Den otydligheten kan drabba såväl invånare som medarbetare.

Även i utredningens dialoger har detta lyfts. Likaså har framkommit att det ofta saknas strukturer och rutiner för hur man på verksamhetsnivå i primärvården ska omhänderta och bedöma dessa patienter, samt att de insatser som görs följs upp i otillräcklig utsträckning, vare sig på verksamhets- eller individnivå. Det har påpekat att trots att primärvården redan i dag möter en stor andel patienter med psykisk ohälsa utgår mycket av arbetssätten och synsätten från en "akutsjukhuslogik" eller den specialiserade vårdens stuprörslogik. Härmed går man miste om möjligheten att använda effektiva arbetsätt utifrån det som är primärvårdens styrka – att se hela människan.

Figur 6.3 Schematisk "före och efter-bild" av primärvårdens organisering, utgående från verksamhetsexempel



Figuren framtagen av utredningen i samarbete med Johannes Malm, Verksamhetsutvecklare, Region Skåne.

Stegvis vård

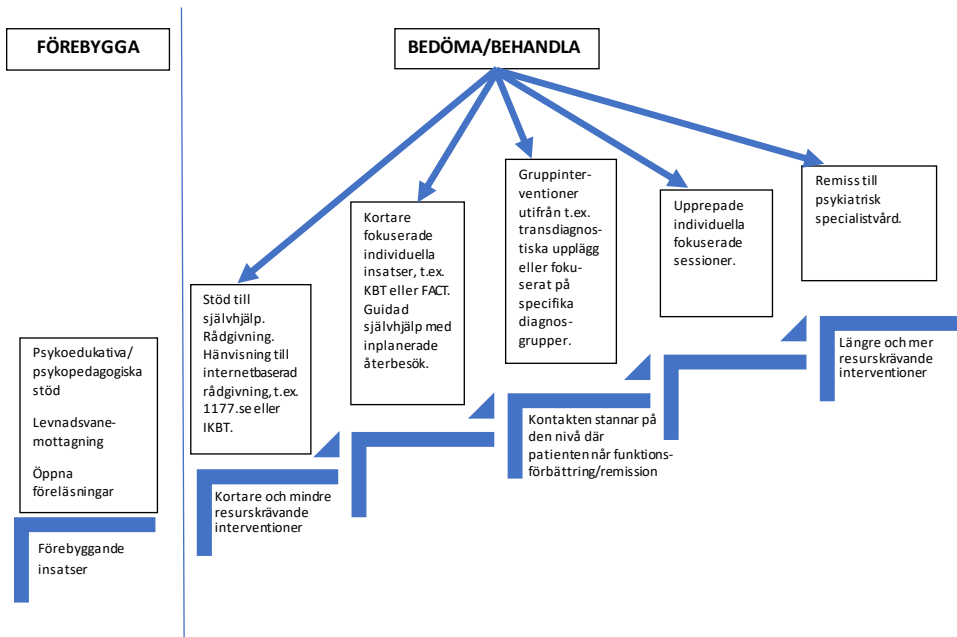
För att åstadkomma ett ändamålsenligt och effektivt omhändertagande av såväl psykiatriska tillstånd som psykiska besvär behöver vårdens insatser organiseras och tillhandahållas på ett personcentrerat sätt utifrån var och ens behov. En övergripande struktur för vilka insatser som erbjuds var och av vem behöver finnas på huvudmannanivå, i avsikt att säkerställa rätt prioriterade resurser i enlighet med principen om Lägsta Effektiva Omhändertagande Nivå (LEON), och tydliggöra uppdrag och ansvar för olika aktörer i systemet. Utredningen bedömer att det finns goda förutsättningar att åstadkomma detta genom användandet av modeller för stegvis vård (se avsnitt 2.2.7 samt 4.2 och 4.3). De olika delarna i huvudmannens tillhandahållna tjänster måste hänga ihop på ett strukturerat sätt utifrån befolkningens behov, den lokala kontexten och förutsättningarna hos varje huvudman. Det är viktigt att påpeka att den övergripande strukturen inte enbart kan vara ett strategidokument på huvudmannanivå, utan även om förankringen ligger på huvudmannanivå måste de insatser som beskrivs vara tillräckligt verksamhetsnära för att ge handfast vägledning i vardagen.

I strukturen för den stegvisa vårdens insatser behöver samtliga vårdnivåer omfattas, och primärvårdsnivån bör i kraft av att vara den första instansen befolkningen möter, och som varande basen i hälso- och sjukvården, ha en särskilt viktig roll. Primärvården har goda förutsättningar att genom hög tillgänglighet och nära geografiska belägenhet, samt utifrån möjligheten att arbeta med hög kontinuitet och teambaserade arbetssätt, uppfattas som en trygg och tillitsfull mottagare för individer med psykisk ohälsa. Primärvården har också, såsom fastslaget i primärvårdens grunduppdrag,⁹ en särskild samordnade roll i hälso- och sjukvårdssystemet, något som inte minst är viktigt för individer med psykisk ohälsa.

Det är viktigt att betona att modeller för stegvis vård inte nödvändigtvis handlar om vissa givna insatser i en viss given ordning, utan i stället utgörs av en palett av insatser som tillhandahålls utifrån varje enskild individs bedömda behov. Det är också viktigt att betona att det inte enbart handlar om behandlande insatser, utan också om initial bedömning av relevant legitimerad profession (se avsnitt 6.2.1) och adekvat uppföljning.

⁹ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Figur 6.4 Exempel på stegvis vård för psykisk ohälsa i primärvårdskontext



Figuren framtagen av utredningen i samarbete med Johannes Malm, Verksamhetsutvecklare, Region Skåne.

Även om primärvården är ingången till den stegvisa vårdens palett av insatser är det inte alla behov som kan tillgodoses enbart på primärvårdsnivå, eller hos den vårdgivare där personen initialt sökt.

För många patienter är särskilt samverkan mellan primärvården och psykiatri viktiga. Huvudmannens struktur för stegvis vård måste därför särskilt tillgodose att förutsättningar finns för sådan samverkan. I våra dialoger har ofta påpekats att en sådan samverkan inte är tillräckligt god. Ett sådant samarbete bör också ha som tydlig avsikt att utifrån patientperspektivet korta väntetider och använda olika vårdnivåers kompetenser på bästa möjliga sätt. När modeller för stegvis vård används och implementeras i regional och kommunal kontext bör ett sådant synsätt präglade såväl planering som införande.

Uppföljning och dokumentation

De insatser som tillhandahålls i den stegvisa vården bör så långt möjligt är grundas i evidensbaserade metoder. Som en vägledning till vilka dessa är, samt som stöd för huvudmännens organisering och prioritering, finns Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Ytterligare kunskapsunderlag är de insatsprogram som tagits fram, eller är på väg att tas fram, i huvudmännens gemensamma modell för kunskapsstyrning. Utöver dessa finns också lokala riktlinjer och vårdprogram.

Som redogjorts för i avsnitt 3.5 saknas det i dagsläget i stor utsträckning tillförlitliga och kvalitetssäkrade underlag för omhändertagande av psykisk ohälsa i hälso- och sjukvården; vilka behov som finns, vilka insatser som görs och vilka resultat som uppnås. Detta är särskilt tydligt vad gäller psykisk ohälsa i primärvården. För att kunna vidta ändamålsenliga åtgärder framåt i tid behöver kunskapen öka. Att utveckla och kvalitetssäkra uppföljningen i primärvården blir därmed en avgörande del i att på ett effektivt sätt bättre möta människors behov vad gäller psykisk ohälsa. Användningen av kvalitetsregister behöver öka. Till utredningen har lyfts särskilt de kvalitetsregister som omfattar nyare behandlingsmetoder, t.ex. Svenska Internet-behandlingsregistret (SibeR). Likaså kan register som spänner brett över flera insatsområden, såsom det Nationella kvalitetsregistret för vård och omsorg (Senior alert), Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) samt PrimärvårdsKvalitet utgöra viktiga delar i huvudmännens egen verksamhetsuppföljning.

I Socialstyrelsens uppföljning av de nationella riktlinjerna för vård av depression och ångestsyndrom lyfts ett antal rekommendationer specifikt till regionerna som knyter an till den lokala uppföljningen.¹⁰ Utredningen vill särskilt framhålla behovet av att:

- Öka användningen av strukturerade bedömningsinstrument, som t.ex. MINI.
- Utveckla bättre rutiner för psykologisk behandling, bl.a. genom att i större utsträckning använda manualbaserade behandlingar och kontinuerligt utvärdera behandlingseffekter.
- Förbättra dokumentationen så att det bättre går att följa upp andelen patienter som får tillgång till psykologisk behandling.

¹⁰ Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019.

Att samla framgångsrika metoder och arbetssätt i primärvårdskontext

Vi har under utredningstiden fått ta del av en stor mängd framgångsrika arbetssätt i primärvården vad gäller psykisk ohälsa. Till följd av områdets angelägenhetsgrad och utifrån de många patienter som söker primärvården med psykiska besvär pågår många initiativ runt om i landet. Större möjlighet att dela och ta del av dessa olika exempel skulle ge bättre förutsättningar för gemensamt lärande. Vi bedömer att ökade möjligheter att delge och ta del av sådana exempel är viktiga för den fortsatta utvecklingen, och ser behov av att huvudmännen stärker gemensamma strukturer för ökat lärande och erfarenhetsutbyte inom området.

Som ett bidrag i detta avseende redogör vi dels i anslutning till olika bedömningar här i kap. 6 för relaterade goda exempel. Dels har vi sammanställt ytterligare ett antal exempel i bil. 6. I bilagan redovisas dessa utan inbördes ordning och med vetskap om att evidensgraden för insatserna varierar. För den intresserade finns hänvisning till respektive arbete, för egen kontakt och fördjupning. Tanken är att stimulera till ökad kunskap, utveckling och även möjlighet till forskning och vetenskapliga samarbeten.

Ändamålsenliga arbetssätt – goda exempel

Vi vill i det följande lyfta goda exempel på hur arbetsmetoder som kan bidra till en personcentrerad och effektiv vård implementerats i några regioner och verksamheter.

Vårdsamordnare och psykosociala team i VGR och Norrbotten

I Västra Götalandsregionen (VGR) har beslutats att vårdcentralerna i regionen ska erbjuda en vårdsamordnare till patienter med lindrig till medelsvår depression eller ångestsyndrom samt till patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa. Inom sju dagar får patienten telefonkontakt med vårdsamordnaren och ett första längre besök ges inom en vecka. Då ses bl.a. levnadsvanor över och eventuell suicidrisk uppmärksammas. En planering för patienten görs, vilken inkluderar flera uppföljande telefonsamtal. Vårdsamordnaren kartlägger också resurserna inom kommunen och från det civila samhället. Funk-

tionen vårdsamordnare har utvärderats vetenskapligt i samarbete med Göteborgs universitet.

På många vårdcentraler i VGR är funktionen vårdsamordnare kopplad till ett psykosocialt team, där t.ex. psykolog, kurator, sjuksköterska, läkare, psykoterapeut, fysioterapeut och arbetsterapeut ingår. Även i region Norrbotten, närmare bestämt på Luleås hälso-centraler, har psykosociala team drivits som en pilot, och till dessa finns också funktionen vårdsamordnare knuten. Avsikten är att kunna ge en snabb bedömning och påbörja behandlande insatser på ett effektivt och strukturerat sätt. En uttalad avsikt med teamen, utöver ett snabbt och strukturerat omhändertagande, är också att öka det interprofessionella lärandet.

Läs mer om verksamheten: <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/vardval-varldcentral/vardsamordnare-psykisk-ohalsa/>.

www.norrbotten.se/sv/Utveckling-och-tillvaxt/Utveckling-inom-halso--och-sjukvard/Nyhetsarkiv-FoU/Battre-stod-och-farre-sjukskrivningar-med-halsocentralernas-psykosociala-team/.

Utredningens reflektion: Socialstyrelsens nationella riktlinjer vid depression och ångestsyndrom anger att det vid vård av personer med depression eller ångestsyndrom är särskilt viktigt med kontinuitet och tillgänglighet. Det är en grundförutsättning för en individuellt anpassad och god vård genom hela sjukdomsförloppet. Ett sätt att tillgodose detta inom primärvården kan enligt riktlinjerna vara att det finns en vårdsamordnare som ansvarar för stöd och kontinuerlig kontakt med personer med depression eller ångestsyndrom (prioritet 5). Kunskapsläget vad gäller effektiva arbetsätt i primärvården när det gäller psykisk ohälsa är bristfälligt (se avsnitt 3.5). När det gäller funktionen vårdsamordnare finns data som pekar på goda effekter. Att implementera en sådan funktion på bredare front, med fortsatt strukturerad utvärdering, kan tillföra värdefull kunskap på systemnivå, samtidigt som patientnyttan sannolikt ökar.

Behovet av strukturerade interprofessionella arbetsätt är omvittnat. För att klara hälso- och sjukvårdens utmaningar vad gäller kompetensförsörjning behövs strukturer för att använda alla kompetenser tillsammans på ett klokt sätt. Det är en förutsättning för rätt initial bedömning att patientens hela situation tas i beaktande. I en

teambaserad modell finns förutsättningar för detta. Att arbeta nära tillsammans flera olika professioner ökar också möjligheten till lärande mellan yrkesgrupper, och därmed möjlighet för ytterligare ökad effektivitet i verksamheten.

Samarbetsvård, Psykisk Hälsa – Region Dalarna

I Region Dalarna startade 2017 ett arbete för tre år sedan för att förbättra omhändertagandet i primärvården av personer med psykisk ohälsa. Bakgrunden var iakttagelsen att omhändertagandet skilde mycket mellan olika vårdcentraler, och att när viss vård flyttats från psykiatrin till primärvården hade man pratat mer om gränssnittet än det kvalitativa innehållet i den vård som skulle erbjudas. I en första genomlysning tittade man särskilt på möjliga förbättringar avseende triagering, diagnostik, behandling och uppföljning. En utgångspunkt blev de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångest-syndrom. En organisatorisk anpassning gjordes i och med införandet av vårdsamordnare, och som grund för arbetet hämtades inspiration från modellen *collaborative care*.¹¹ På vårdcentralnivå har man utbildat vårdsamordnare, och man arbetar med konsultpsykiater som stöd. Ett initialt fokus var läkemedelsbehandling och dess uppföljning. Man har också arbetat med utökad användning av skattningsskalor, psykoedukativa insatser och strukturerad uppföljning och dokumentation. Ur patientperspektiv har kontinuiteten till en fast vårdkontakt ökat, och tillgängligheten säkerställs via direktnummer på telefon för patienten. Det sätts tydliga mål för all behandling som initieras, och målen sätts i nära samverkan med samtliga i vårdteamet, t.ex. med samtalsbehandlare. Man arbetar med återfallsplaner när patienten nått remission, som ett sätt att säkerställa att återfall uppmärksammas i tid.

Beslut har fattats om breddinförande i regionen. I nuläget deltar 26 vårdcentraler och fem konsultpsykiatriker finns knutna till arbetet. Arbetet har haft ett särskilt fokus på uppföljningen, och man kan kontinuerligt följa hur många patienter på respektive vårdcentral som t.ex. har pågående läkemedelsbehandling samt i vilken omfattning. Data uppdateras dagligen. Arbetet sker i strukturerade journal-

¹¹ För en närmare beskrivning av modellen se t.ex. Läkartidningen 38/2018: *Samarbetsvård för psykisk hälsa på väg implementeras i Sverige* (Läkartidningen.se 2018-09-17).

mallar. Ett motsvarande uppföljningsarbete planeras vad gäller psykologiska behandlingar.

Läs mer om verksamheten: <https://skr.se/tjanster/merfranskr/larandexempel/larandexempel/vardsamordnaregertrygghetatpersonermedpsykiskohalsa.34898.html>.

Utredningens reflektion: Arbetet med införande av vårdsamordnare har Region Dalarna gemensamt med flera, men det fokus på uppföljning och systematisk insamling av data som ingår i arbetet är särskilt värt att uppmärksamma. Frånvaron av strukturerad data och uppföljning vad gäller psykisk ohälsa i primärvården är omvittnad och en stor utmaning. Genom arbetet med psykiatrisk konsultverksamhet i primärvården får övriga medarbetare ett stöd i arbetet och en möjlighet till kontinuerlig fortbildning och lärande. Utredningen gör iakttagelsen att man i Dalarnas fall har tillhandahållit detta kompetenstillskott på ett sätt som uppfattats som berikande, inte ifrågasättande, av primärvårdens övriga medarbetare.

Cedermodellen för hög tillgänglighet till hälsocentralen vid psykisk ohälsa

Cederkliniken i Piteå är en hälsocentral som arbetar på uppdrag av Region Norrbotten. Vid hälsocentralen har medarbetarna tillsammans utarbetat ett arbetssätt i syfte att med hög tillgänglighet snabbt kunna hjälpa den som drabbats av psykisk ohälsa. Målet med Cedermodellen är att individen så snabbt som möjligt ska få ökade kunskaper om vad man själv kan göra för att må bättre, och vid kvarstående besvär, att ändamålsenliga insatser snabbt ska kunna planeras och genomföras. Modellen bygger på att det varje måndag, på en fast tid, hålls en informationsträff i hälsocentralens lokaler. Den som drabbats av psykisk ohälsa av något slag är välkommen till träffen, och får möta delar av verksamhetens psykosociala rehabteam. De berättar om psykisk ohälsa, förmedlar råd om hur man kan förbättra sitt mående samt informerar om de behandlingsprogram som hälsocentralen erbjuder. Informationsträffen är kostnadsfri, och man behöver inte anmäla sig eller boka tid i förväg. Det uppmuntras att ta med en vän eller anhörig. För den som deltagit i informationsmötet och gjort ett aktivt försök att må bättre på egen hand, men ändå behöver mer

hjälp, finns det möjlighet att träffa en samtalsterapeut för ett rådgivande samtal. Målet med det rådgivande samtalet är en individuell handlingsplan för hur personen skal arbeta vidare med sitt psykiska mående. Finns det behov av läkarkontakt, för ställningstagande till läkemedelsbehandling eller remiss till den specialiserade vården så ombesörjer terapeuterna det.

Läs mer om verksamheten: <http://www.ptj.se/cederkliniken/psykisk-ohalsa/>.

Utredningens reflektion: Utifrån verksamhetens kunskap om den egna populationens behov har ett arbetssätt som fungerar lokalt tagits fram. Arbetssättet, en form av stegvis vård, bygger på stöd till egen hälsa och egenvårdsråd, vilket också bidrar till ett lärande i befolkningen. Vid behov finns möjlighet att fånga upp de som är i behov av mer insatser från hälso- och sjukvårdens sida, antingen det är insatser på primärvårdsnivå eller från andra delar av hälso- och sjukvården. Regelbunden uppföljning av arbetssättet genomförs i verksamheten, utifrån t.ex. läkemedelsförskrivning och sjukskrivningstal. Det arbetssätt som tillämpas på Cederkliniken, och på liknande sätt i andra verksamheter vi besökt, är ett gott exempel på hur medarbetarna i primärvården utifrån lokal kunskap och kännedom om sin egen population på ett öppet och tillgängligt sätt kan möta befolkningens behov vad gäller psykiska besvär.

Riddargatan 1 vid riskbruk av alkohol

Sedan 2011 finns inom ramen för Region Stockholms verksamheter Riddargatan 1 – mottagningen för alkohol och hälsa. Mottagningens behandlingsverksamhet är inriktad på dem som har alkoholproblem, men som beroendevården hittills har haft svårt att nå. Det handlar om personer som dricker för mycket, men som inte har andra sociala hjälpbehov (som exempelvis försörjnings- eller boendeproblem). Det betyder att den som behöver minska sin alkoholkonsumtion eller sluta helt, kan få hjälp innan allvarliga sociala eller hälsorelaterade konsekvenser är ett faktum. Verksamheten är också en forsknings- och utvecklingsenhet, med uppgift att sprida behandlingsformen till primärvården. Mottagningen ser sitt uppdrag som en

brygga mellan primärvården och den specialiserade vården. I verksamheten arbetar i huvudsak läkare, sjuksköterskor och psykologer tillsammans med socionomer och behandlande terapeuter. De relativt korta behandlingsinsatserna ger möjlighet att finnas tillgänglig för nya sökande, och säkerställer en god tillgänglighet till verksamheten.

På Riddargatan 1 erbjuds ett utbud av olika strukturerade behandlingar, som individanpassas. Behandlingen pågår en begränsad tid, cirka tre månader, med en uppföljning efter ytterligare tre månader. Hemuppgifter och övningar ingår alltid, och omhändertagandet förutsätter ett aktivt engagemang från den som sökt sig till mottagningen. Man uppmuntrar till engagemang från närstående i behandlingen. Till mottagningen kan man komma på remiss, men tanken är just att det ska vara enkelt för den som upplever problem i förhållande till sitt drickande att välja att kontakta mottagningen. Mottagningen tillhandahåller också digitala interventioner. Verksamheten har ett omfattande forsknings- och utbildningsuppdrag.

Läs mer om verksamheten: <https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/>.

Utredningens reflektion: Riskbruk är beteckningen på ett överanvändande av alkohol som i sämsta fall leder vidare till ett skadligt bruk med såväl mänskligt lidande som stora ekonomiska konsekvenser för samhället till följd. Att tillämpa metoder att fånga upp och stödja personer till hälsosammare levnadsvanor vad gäller alkohol måste uppfattas som prioriterat. Många som söker primärvården har symtom relaterade till alkoholbruk, även om det ofta inte uppmärksammas från vårdens sida eller kan kännas svårt att prata om för den som drabbas. Det arbetssätt som tillämpas på Riddargatan 1 är i sig ett gott exempel på hur sådan verksamhet kan organiseras, men också ett gott exempel på tillämpning av metoder som kan implementeras på primärvårdsnivå, på en vård- eller hälsocentral, på ett strukturerat sätt.

Rådrummet i Norrtälje Tiohundra

Rådrummet är en verksamhet som drivs i samverkan mellan Fokus-huset Tiohundra, Kommunalförbundet Sjukvård och Omsorg i Norrtälje (KSON) och Norrtälje Kommun. Rådrummet vänder sig till vuxna som behöver prata med någon utomstående om allt från livskriser till vägval i livet, utan att man behöver registrera sig någonstans. Här erbjuds helt enkelt ett bollplank för livets olika skeenden. Tanken med Rådrummet är att lyssna, förmedla kunskap och också kunna ge råd och stöd. Det finns möjlighet att hänvisa vidare till andra verksamheter i kommunen, till exempel till föreningar, intresseorganisationer, socialtjänsten, personligt ombud, primärvården och specialistmottagningen för psykiatri och beroende. Målgruppen är vuxna i Norrtälje kommun som inte redan har kontakt med några av kommunens verksamheter.

Läs mer om verksamheten: <https://www.tiohundra.se/samtal>.

Utredningens reflektion: I dag efterfrågas platser dit man som människa kan komma och få reflektera tillsammans med någon, när det egna nätverket inte räcker till, eller kanske inte finns där. Olika typer av sådana initiativ har lyfts till oss, och de förekommer i mer eller mindre organiserad form. I exemplet ovan har man i kommunens regi skapat en plats dit man som invånare enkelt kan vända sig när man behöver stöd, råd och kanske hänvisning till såväl offentlig verksamhet som civila samhället. Rådrummet är ett intressant sätt att tillhandahålla en sådan öppen mötesplats i det offentliga regi.

Samverkansstrukturer i Region Gotland

I region Gotland finns en samverkansstruktur som ska skapa förutsättningar för samverkan, kunskapsutveckling och kunskapsstyrning inom de områden där socialförvaltningen, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och utbildnings- och arbetslivsförvaltningen har gemensamma beröringspunkter. Fokus är individer i riskgrupper med komplexa och sammansatta behov men det förebyggande samverkansarbetet är också betydelsefullt. Samverkansstrukturen för åldersgruppen 0–24 år benämns Samverkan Barn och unga. Från 25 år och uppåt används benämningen Samverkan Vuxna och äldre. För att stödja arbetet finns

samverkansledare för respektive struktur. En viktig funktion för strukturen är att fånga initiativ samt vara dialogpartner och länk mellan nationell, regional och lokal nivå så att förutsättningar för en samordnad och effektiv kunskapsstyrning kan skapas.

Som ett resultat av samverkansstrukturen öppnades 2019 Förstalinjenmottagning för barn och unga i åldrarna 6–17 år med lindrigare psykisk ohälsa. Här samverkar hälso- och sjukvårdsförvaltningen och socialförvaltningen i en gemensam verksamhet. Det minskar risken för att individer blir hänvisade mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri (BUP), och ökar chansen för rätt initial triagering. Ett samlat stöd till familjen kan ges. Unga och deras föräldrar vittnar om att det blivit lättare att söka hjälp och stöd tidigt i förloppet. Den gemensamma insatsen omfattar såväl initial bedömning som olika behandlande insatser. Insatser erbjuds såväl individuellt som i grupp.

Vad gäller uppföljning skattar man högt på nöjdhet hos både barn och unga, samt deras familjer på hög tillgänglighet. Dock har man inte kunnat visa på ett minskat söktryck till BUP, tvärtom är efterfrågan högre än någonsin på barnpsykiatri och socialtjänst för åldersgruppen, samtidigt som skolan rapporterar ökad problematisk skolfrånvaro. Några slutgiltiga slutsatser är svåra att dra, speciellt som Första linjen verkat under pandemin till stor del av projekttiden. Huruvida det stora trycket på alla verksamheter beror på detta, eller om besökarna till Första linjen är en tidigare okänd grupp är oklart och behöver ytterligare analyser. En utmaning för arbetet har varit informationsdelning.

Läs mer om verksamheten: <https://www.gotland.se/forstalinjen>.

Utredningens reflektion: Många har under utredningstiden vittnat om de ibland vattentäta skotten mellan hälso- och sjukvårdens verksamheter och socialtjänsten. Inte minst under den känsliga tiden för övergång mellan barndom och vuxenlivet blir det särskilt viktigt att ett sammanhållet personcentrerat stöd kan erbjudas, som mer ser till individens behov än organisatoriska faktorer. Exemplet från Region Gotland visar på hur en sådan samverkan kan byggas.

6.2.3 Samverkan och samarbete

Bedömning: En god, nära och samordnad vård som stärker hälsan förutsätter samverkan mellan olika aktörer. Det gäller såväl inom olika delar av huvudmännens hälso- och sjukvård som med elevhälsan, studenthälsovården, företagshälsovården och socialtjänst.

Utredningen bedömer även att samverkan med det civila samhällets aktörer behöver stärkas. Huvudmännen behöver säkerställa att det finns strukturer för att underlätta sådan samverkan mellan hälso- och sjukvårdens verksamheter på primärvårdsnivå och relevanta civilsamhällsaktörer.

Regeringen och huvudmännen bör överväga möjligheterna att utforma tekniska lösningar på nationell nivå, där utbud från civila aktörer kan samlas och tillgängliggöras.

Slutligen bedömer utredningen att huvudmännen, genom Inera, bör initiera ett arbete för att utveckla en mer strukturerad samverkan mellan 1177 Vårdguiden och olika stöd- och hjälplinjer, avsedda att möta psykisk ohälsa.

Skäl för utredningens bedömning

Samverkan inom hälso- och sjukvården samt med närliggande aktörer

Att samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet är centralt i omställningen av hälso- och sjukvården framgår tydligt av det av riksdagen beslutade målet: att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Samt att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.¹² Denna samverkan är avgörande också för vården av psykisk ohälsa.

Trots att samverkan är central har vi i dag ett fragmentiserat hälso-system med olika delar som behöver kopplas ihop. För att kunna göra det krävs att alla ser sig själv och sin egen del av vårdkedjan som just en del av ett större hälsosystem. Samt att man har kunskap om omkringliggande delar i vård- (och omsorgs-) kedjan och om varandra, även om man inte arbetar i samma formella organisation. Det gäller såväl mellan olika aktörer inom huvudmännens hälso- och

¹² Prop. 2019/20: 164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 32.

sjukvård som med närliggande verksamheter såsom elevhälsan, studenthälsovården, företagshälsovården och socialtjänsten.

Vår bedömning är att befintlig lagreglering på området inte i tillräcklig utsträckning speglas i det strategiska eller operativa arbetet hos huvudmännen, där adekvata strukturer för samverkan mellan olika verksamheter och utförare alltför ofta saknas. Många vittnar också om att sådana samverkansstrukturer ofta offras när budgetar stramas åt. För att ge såväl verksamheter som medarbetare förutsättningar för en meningsfull samverkan bedömer vi att det är centralt att relevanta samverkanstrukturer förtydligas, och resursätts.

Mot denna bakgrund var samverkansfrågor ett fokus i utredningens huvudbetänkande,¹³ och vi lämnade där flera förslag som syftade till stärkt samverkan, på makro-, meso- och mikronivå (se avsnitt 3.1.2). Dessa förslag bereds för närvarande i Regeringskansliet. Vi ser att de förslag vi lämnat i dessa delar är centrala för att skapa bättre förutsättningar för samverkan, och bedömer fortsatt att de är lika giltiga vad gäller hälso- och sjukvårdens omhändertagande av den psykiska som den fysiska ohälsan. Vi bedömer inte att det utöver detta finns behov av ytterligare författningsreglering som specifikt rör samverkan inom området psykisk ohälsa.

Utredningen vill i detta sammanhang påminna om de viktiga kompletterande roller som elevhälsan, studenthälsovården och företagshälsovården har i det samhälleliga omhändertagandet av människors psykiska ohälsa. Med utgångspunkt i huvudmännens planeringsansvar (se avsnitt 3.1.2) ska planeringen av hälso- och sjukvården även beakta den hälso- och sjukvård som dessa aktörer tillhandahåller. Även dessa aktörer behöver alltså inkluderas i en strukturerad samverkan, och för detta krävs kunskap om varandra och dialog med varandra. De medicinska delarna¹⁴ av elevhälsan, studenthälsovården och företagshälsovården omfattas som vårdgivare också av ett samordningsansvar enligt HSL och PL (se avsnitt 3.1.7). Liksom vi har beskrivit i tidigare betänkanden är också samverkan med socialtjänsten central, även vad gäller psykisk ohälsa (se avsnitt 3.1.2).

¹³ SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, se bl.a. kap. 3 och kap. 4.

¹⁴ De medicinska delarna avser de delar som bedrivs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

En stärkt samverkan med det civila samhället

Föreningar och organisationer har många gånger goda förutsättningar att vara ett komplement till den hälso- och sjukvård som regioner och kommuner ansvarar för att tillhandahålla, när behoven hos den enskilde inte är sådana att de bäst tas om hand inom hälso- och sjukvårdens verksamhet. När vi i det följande skriver om det civila samhällets verksamhet så avses annan verksamhet än ren hälso- och sjukvårdsverksamhet.¹⁵ Som utredningen beskriver i avsnitt 2.6.2 finns också många gånger en stark koppling mellan den psykiska hälsan och upplevelsen av en meningsfull tillvaro, vilken för många påverkas av delaktighet i t.ex. en förening eller organisation. De ideella organisationernas roll i det strukturerade arbetet med psykisk ohälsa belyses också av förordningen (2020:429) om statsbidrag till ideella organisationer inom området för psykisk hälsa och suicidprevention, som trädde i kraft den 1 juli 2020 (se avsnitt 3.1.6). Dess syfte är att skapa bättre förutsättningar och en större långsiktighet för de sökande organisationerna.

En förutsättning för att det civila samhällets olika aktörers resurser och tjänster ska kunna fungera som samverkanspartner till hälso- och sjukvården är kunskap om dem och deras verksamheter. Många gånger finns erbjudande om aktiviteter men den enskilde "hittar inte dit". Flera skäl kan finnas till detta, inklusive brist på motivation, som är vanligt förekommande vid psykisk ohälsa.

Genom utredningens dialoger har framförts att många olika typer av föreningar önskar en större samverkan med hälso- och sjukvården än de har och att de anser sig besitta kunskaper och metoder som kan komma den enskilde till del, som kompletterande stöd till hälso- och sjukvårdens insatser. Verksamheter hos regioner och kommuner känner dock ofta inte till dem och kan därmed inte heller fungera som länk mellan individer och föreningar. Att hälso- och sjukvården kan ha en roll att spela i den enskildes möjligheter att komma i kontakt med föreningar och organisationer har diskuterats i avsnitt 3.1.2. Som där konstateras kan det anses ligga inom ramen för hälso- och sjukvårdens ansvar att informera om de möjligheter till stöd som andra aktörer, t.ex. föreningslivet, kan erbjuda samt att hänvisa till desamma.

¹⁵ Det civila samhället fyller en viktig roll även som vårdgivare inom hälso- och sjukvård, men det är inte det som avses i detta sammanhang.

För att skapa goda förutsättningar för en brygga mellan hälso- och sjukvården, i vårt fall främst primärvården, och det civila samhället bedömer utredningen att det behöver skapas strukturer – på makro-, meso- och mikronivå – för att synliggöra de civila aktörerna och de insatser de kan erbjuda, samt koppla ihop deras tjänster med de som har behov av dem.

Primärvårdens verksamheter (hos såväl region som kommun), som finns nära människor i lokalsamhället, har en särskilt god utgångspunkt för att verka som en sådan brygga till det stöd som civilsamhället kan tillhandahålla. Enligt våra dialoger med företrädare för såväl primärvårdens verksamheter som civilsamhället så är dock sådan samverkan i dag i alltför hög grad ad hoc och personberoende. Finns någon bland medarbetarna på t.ex. en vårdcentral med kopplingar till (del av) det lokala föreningslivet ökar chansen för att det finns informationsmaterial kring deras aktiviteter i väntrummet. Men frånvaro av etablerade strukturer för hur man skapar en aktuell översikt av olika relevanta aktiviteter och stöd som det civila samhället lokalt kan erbjuda gör att den resurs som det civila samhället kan utgöra sällan fullt ut tas tillvara.

Vi bedömer att respektive huvudman (makronivå) bör ta ett samlat grepp för att skapa strukturer som ger förutsättningar för verksamheter och medarbetare i primärvården (mesonivå) att ha en överblick över tillgängliga alternativ som patienter kan få information om (mikronivå). Några av de goda exempel som presenteras nedan är tänkbara sätt hur detta skulle kunna göras. Utredningen vill slutligen liksom tidigare framhålla vikten av att sådana lösningar tillhandahålls på sätt som inte exkluderar vissa grupper. Även om digitala verktyg för många är det mest användarvänliga sättet att få information, så är det inte så för alla. Informationen måste tillhandahållas på olika sätt utifrån mottagarens möjligheter att ta del av den.

Verktyg för samverkan

Utredningen bedömer att regeringen och huvudmännen bör överväga möjligheterna att utforma tekniska lösningar på nationell nivå, som kan användas av huvudmännen för att samla och synliggöra lokalt tillgängliga stödinsatser från civilsamhället. Ett sådant uppdrag skulle

t.ex. kunna utgöra en del av arbetet med första linjens digitala vård¹⁶ och utvecklingen av 1177 Vårdguiden.

Det skulle i så fall också kunna övervägas som ett villkor för verksamhetsbidrag enligt förordningen (2020:429) om statsbidrag till ideella organisationer inom området för psykisk hälsa och suicidprevention (se avsnitt 3.1.6), och andra relevanta statliga verksamhetsbidrag till civilsamhället gällande psykisk ohälsa, att den ideella organisationen ansluter sig till eventuella tekniska lösningar som utvecklas på nationell nivå för att samla och synliggöra lokalt tillgängliga insatser från civilsamhället (se ovan), samt att man samverkar med lokala primärvårdsaktörer. På så sätt skulle möjligheten och incitamenten för samverkan öka, vilket också skulle påverka utväxlingen på de offentliga resurser som avsätts inom området.

Redan i dag finns det på 1177.se information om olika stöd- och hjälplinjer, drivna av civilsamhällesaktörer, som kan vara av relevans för personer med psykisk ohälsa. Även telefonrådgivningen 1177 kan hänvisa till dessa (se avsnitt 3.6). Dessa linjer, som ofta bemannas av volontärer, gör ett angeläget arbete och är oerhört viktiga för många som mår dåligt, eller har någon närstående som mår dåligt. Samtidigt saknas det i hög grad kvalitetssäkring av vilka linjer som 1177 Vårdguiden hänvisar till, liksom en strukturerad uppföljning av hur dessa hänvisningar görs eller om hänvisningar på ett relevant sätt hjälper personerna till ändamålsenligt stöd. För att ge bästa möjliga förutsättningar för 1177 Vårdguiden att hänvisa personer till adekvat stöd, och för att ge stödlinjerna bättre förutsättningar att ägna sig åt stödsamtal inom det område som man planerat och kompetenssatt för, bedömer utredningen att huvudmännen, genom Inera, bör initiera ett arbete för att utveckla en mer strukturerad samverkan mellan 1177 Vårdguiden och de olika stödlinjerna.

Goda exempel på samverkan med civila samhället

Uppsala – Förstärkt geografiskt hälsouppdrag inom effektiv och nära vård 2030

Som en del av Region Uppsalas arbete med effektiv och nära vård 2030 (vilket är regionens arbete med omställningen till God och nära vård, och som länets kommuner ställt sig bakom genom beslut under

¹⁶ För mer info om detta se vidare Inera, *Första linjens digitala vård*, 2020.

2019–20) har man fattat beslut om en pilotstudie kring förstärkt geografiskt hälsouppdrag. Avsikten är att hitta formerna för ett arbetssätt som kan breddinföras i hela länet. Pilotstudien pågår från maj 2020 t.o.m. våren 2021 och genomförs i Tierps kommun och Gottsunda, en stadsdel inom Uppsala kommun.

Uppdraget är ett komplement till det hälsouppdrag som finns inom hälso- och sjukvården och syftar till att minska ojämlikhet i hälsa samt att förebygga sjukdomar så att resurserna räcker till de mest sjuka. Vid respektive vårdcentrum (eller hälsocentral i de kommuner som inte har tillräckligt befolkningsunderlag för att ha ett eget vårdcentrum) anställs en hälsosamordnare som samarbetar med verksamheter inom region och berörd kommun samt med ideella organisationer och statliga myndigheter m.fl. I uppdraget ingår bl.a.:

- Inventering och kontinuerlig uppdatering av lokala nätverk, verksamheter och kontaktpersoner inom hälsofrämjande arbete samt proaktivt lokalt nätverksarbete tillsammans med kommunen och andra aktörer.
- Att genomföra behovsinventeringar, vilket innebär identifiering av grupper med behov av hälsofrämjande insatser, vilka genomförs i dialog med kommun och andra lokala aktörer.
- Anordna och genomföra uppsökande hälsofrämjande insatser för befolkningen tillsammans med kommunen och andra aktörer i lokalsamhället.
- Uppföljning, såväl av insatserna som av hälsoläget i befolkningen. Uppföljningsuppdraget avser även hur samarbetet med kommun och andra lokala aktörer fortlöper.

Arbetet avser hälsofrämjande aktiviteter för grupper inom sakfrågorna: otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, riskbruk av alkohol, tobaksbruk, sömnvanor samt stress. Insatserna ska bygga på evidens och tas fram i samarbete med de målgrupper som ska delta. Exempel på aktiviteter är matlagningskurser, promenader, stress- och sömnkurser, hälsosamma matvanor och insatser för att förebygga sjukskrivningar. Exempel på arenor är studieförbund, öppna förskolor, SFI-skolor, träffpunkter, idrottshallar, företagsparker och bibliotek.¹⁷

¹⁷ Skriftlig kommunikation med Region Uppsala.

Läs mer om Uppsalas omställningsarbete och verksamheten här: <https://regionuppsala.se/samverkanswebben/samverkan-och-utveckling/halsa-och-varld/halsa-och-varld/effektiv-och-nara-varld-2030/>.

Utredningens reflektion: Uppsalas arbete med Förstärkt geografiskt hälsouppdrag präglas av ett holistiskt synsätt som fångar flera aspekter som vi i utredningen lyft såväl i tidigare betänkande som detta. Arbetet tar fasta på behovet av att känna sin befolkning, och kunna sätta in tidiga insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa, och därmed använda resurser mer effektivt. Det visar också på behovet av samverkan för att nå framgång i detta arbete, såväl med andra delar av regionens verksamheter som med olika verksamheter inom kommunen, och med civilsamhället. Sakfrågorna som står i fokus reflekterar riskfaktorer för såväl fysisk som psykisk hälsa, och kan man nå framgång i att omhänderta dessa kan potentiellt stora hälsovinster nås, både för individer och samhälle.

Social aktivitet på recept (SAR) – pågående forskningsprojekt

SPiS (Social prescribing in Sweden) är ett pågående forskningsprojekt där forskare från Umeå universitet (UmU) tillsammans med kommunal aktivitetssamordnare och primärvård jobbar för att utveckla en svensk modell för Social aktivitet på recept (SAR). Idén är utvecklad och används i England, där man sedan flera år har satsat på att ge primärvården möjligheten att förskriva sociala aktiviteter. Konceptet har inte tidigare provats i Sverige.

SPiS inleddes 2019 och stöds ekonomiskt av Strategiska forskningsområdet Vårdvetenskap, Medicinska fakulteten UmU och Vinnova. Projektet har utvecklat en modell som riktar sig till seniorer som söker hjälp inom primärvården och som upplever ensamhet.¹⁸ Modellen utgår från att alla som arbetar vid hälsocentralen ska vara medvetna och känna sig delaktiga i arbetet att motverka ensamhet. Därför kommer alla professioner som möter patienter att kunna initiera

¹⁸ Ensamhet definieras som ett tillstånd då personen upplever att hens sociala aktiviteter och sociala sammanhang inte är tillfredsställande. Ensamhet har i forskning uppmärksammats som en riskfaktor både för ökad dödlighet och sjuklighet (jämförs med att röka 15 cigaretter per dag, se Holt-Lunstad, *The potential public health relevance of social isolation and loneliness: Prevalence, epidemiology, and risk factors*. Public Policy & Aging Report, 2017, Vol. 27, No. 4, s. 127–130).

frågan om ensamhet. Om personen beskriver en situation av ensamhet ska rutinen vara att hen erbjuds att träffa någon ur SAR-teamet. Detta team består av professioner som har kompetens och erfarenhet av aktivitet som behandling och att möta ensamhetsproblematik. Utifrån bedömning förskrivs social aktivitet på recept och personen guidas till ansvarig för förskrivna aktivitet vilken genomförs helt eller delvis av lokala organisatörer, t.ex. pensionärsorganisationer eller i samverkan med kommunala aktivitetsinitiativ. Aktivitetsansvarig ger stöttning att delta i aktiviteten utifrån SAR-receptet.

Modellen kommer testas utifrån genomförbarhet och effekter både på aktivitet, välbefinnande och ensamhet. För projektets genomförande, och möjlighet till uppskalning i senare skede, sker förankring i regionens primärvård såväl som i kommunens ordinarie verksamhet för att ge äldre möjlighet till en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Datainsamlingen har tyvärr tillfälligt pausats p.g.a. coronapandemin men planeras att återupptas när situationen åter tillåter det.¹⁹

Hör mer om verksamheten:

<https://www.umu.se/forskning/popularvetenskapliga-arrangemang/fika-efter-en-forskare/ingeborg-nilsson-morgondagens-medicin--social-samvaro-pa-recept/>.

Utredningens reflektion: Ensamhet i sig är inte en diagnos, men som beskrivet är det en riskfaktor både för ökad dödlighet och sjuklighet. Såväl för individers välbefinnande som för samhället i stort är det därmed önskvärt att kunna tillhandahålla stöd för att hjälpa människor ur ensamhet och därmed till bättre psykisk hälsa. Även om det inte är hälso- och sjukvården som kan eller ska tillhandahålla det direkta stödet för att komma ur ensamhet, så kan vi räkna med att människor även fortsatt kommer att vända sig till primärvården utifrån de symtom och den oro som för många följer med ensamheten. Att utveckla fungerande och strukturerade verktyg för att primärvården, i svensk kontext, ska kunna lotsa dessa vidare till andra samhällsaktörer, ofta i civilsamhället, är därmed angeläget.

¹⁹ Samtal med Ingeborg Nilsson 20-09-24; Nilsson Ingeborg, *Kan morgondagens medicin vara social samvaro på recept?*, Hälsa nummer 3, 2020.

App för sociala aktiviteter – pågående projekt (@geing Online)

Ett gott exempel på pågående utveckling av en teknisk plattform i mindre format, som en metod att sprida kännedom om civila aktörer och deras verksamhet, är ett arbete som Umeå universitet i samverkan med Finland gjort. Inom projektet @geing Online arbetar man med att ta fram en applikation för mobil, avsedd att användas av seniora personer, som ger användaren kännedom om pågående eller kommande sociala aktiviteter i dennes närområde. Användaren kan även annonsera egna arrangerade sociala aktiviteter för att få sällskap. Arbetet med att utveckla applikationen har gjorts tillsammans med dels seniora personer, dels med teknikföretag och organisationer som ordnar sådana sociala aktiviteter som applikationen avser att presentera. Arbetet utgör ett gott exempel på hur civila aktörer med digitala hjälpmedel kan tillhandahålla sina tjänster till de som har behov av dem.

Läs mer om verksamheten: <https://www.abo.fi/projekt/geing-online-digitala-tjanster-for-meningsfulla-sociala-aktiviteter-bland-botniaregionens-aldre/>.

Utredningens reflektion: Projektet är ett intressant exempel på hur man på ett strukturerat sätt försöker synliggöra lokalt tillgängliga insatser från civilsamhället, med involvering av dem som tjänsten är till för i själva utvecklingsarbetet. Sådana applikationer skulle potentiellt också kunna användas i primärvården, för att hänvisa patienter vidare till relevanta stöd och aktiviteter som tillhandahålls av civilsamhällesaktörer fysiskt i närområdet eller digitalt.

Fysisk aktivitet på recept (FaR)

Fysisk aktivitet kan minska risken för eller förbättra symtomen vid flera olika sjukdomar, däribland depression. Den som behöver stöd med detta kan få Fysisk aktivitet på recept, (FaR). FaR är en metod för att främja fysisk aktivitet som utgår från hälso- och sjukvården. I dag står Sveriges regioner som huvudmän för arbetet. FaR innebär att hen får ett recept på någon rörelseaktivitet. Aktiviteten är anpassad till de förutsättningar och önskemål hen själv har. Fysisk aktivitet kan

komplettera och/eller ersätta läkemedel. Ibland är fysisk aktivitet den bästa medicinen där aktiviteten blir huvuddelen av en behandling.

I metoden ingår fem grundkomponenter:

- personcentrerat samtal
- FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling)
- individuell skriftlig ordination
- samverkan med aktivitetsarrangörer, samt
- uppföljning.

Den mest centrala delen i metoden är det personcentrerade förhållningssättet i samtalet som leder fram till rekommendationer för fysisk aktivitet vilka förmedlas genom en skriftlig ordination. Det är kombinationen av dessa komponenter, som i vetenskapliga studier har visats kunna påverka den fysiska aktiviteten hos individen över tid. Kunskapsbanken FYSS sammanfattar evidens för hur fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla ett stort antal sjukdomar. Exempelvis diabetes, högt blodtryck, kärlkramp, värk i rygg och axlar, sömnproblem och depression.

All legitimerad personal inom hälso- och sjukvården kan förskriva FaR. Till exempel en fysioterapeut, läkare, sjuksköterska, psykolog, dietist, arbetsterapeut eller barnmorska. Det finns många olika aktiviteter som kan rekommenderas i FaR. Många regioner tillhandahåller olika slags förteckningar över tillgängliga aktiviteter.

Flera av aktiviteterna kan genomföras på egen hand och innebär ingen direkt kostnad för patienten. Andra aktiviteter erbjuds av motionsanläggningar och föreningar som ofta tar ut en avgift. Denna avgift betalar patienten själv eftersom den inte ingår i hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd, men många arrangörer ger rabatt mot att man visar upp ett FaR-recept.

Läs mer om verksamheten:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/eupap--far-pa-export-till-europa/>.

Utredningens reflektion: Sedan dåvarande Statens folkhälsoinstitut utvecklade FaR 2001, har modellen utvecklats och anpassats till regionala och lokala förutsättningar. Likaså har kunskapsstödet i FYSS, som används som grund för ordinationen, kontinuerligt uppdaterats och utvecklats. Likväl signalerar många i hälso- och sjukvården att kunskapen om betydelsen av fysisk aktivitet inte används i tillräcklig utsträckning i hälso- och sjukvården, och att användningen av FaR är ojämnt spridd och olika tillämpad i olika verksamheter. Konceptet är dock etablerat över hela landet och borde därmed kunna nyttjas i än högre grad än i dag och vara en aktiv del av strategier för att bemöta den psykiska ohälsan.

Häng med oss ut 2.0 (HMOU 2.0)

Utifrån forskning kring naturens positiva effekter på återhämtning, kamratstöd och aktivitetens betydelse för hälsa startades 2016 projektet Häng med oss ut, med ekonomiskt bidrag från Region Skåne. Projektet var ett samarbete mellan socialpsykiatri i Sjöbo kommun och Friluftsförbundet lokalförbundet Sjöbo. Projektets syfte var att "möjliggöra för kunder i socialpsykiatri att prova på friluftaktiviteter i en lokal förening".

Projektet blev så lyckat att fler kommuner ville göra detsamma och projekt "Häng med oss ut 2.0" blev en treårssatsning som nu (2020) är inne på sitt andra år. Häng med oss ut 2.0 är ett samarbete mellan de socialpsykiatriska verksamheterna i Skåne kommunerna: Sjöbo, Ystad, Tomelilla, Skurup och Simrishamn samt Friluftsförbundet. Projektet finansieras av samverkansmedel för de fem deltagande kommunerna. Tolv medarbetare som arbetar i socialpsykiatriska verksamheter från tre kommuner gick Friluftsförbundets ledarutbildning för att kunna arbeta i projektet. Under första året har 15 personer kopplade till socialpsykiatriska verksamheterna träffats för aktiviteter en eftermiddag var tredje vecka.

För att kunna följa deltagarnas återhämtningsresa intervjuas alla deltagare före medverkan i projektet och sedan efter ett års medverkan, av brukarrevisorer. Från brukarrevisorerens första rapport framgår bl.a. följande:

Deltagarna skulle, precis som vid kick-off-intervjuerna, skatta sitt mående på en skala 1–6 där 1 var det sämsta och 6 det bästa. Olika symtom listades, såsom ångest, depression, social fobi, nedstämdhet, tvångssyndrom,

självskada, koncentrationssvårigheter, rastlöshet, malande ältande tankar, rädsla, nervositet, glädje, tillfreds. Jämförelsen visar att det skett steg-förflyttningar till det bättre på samtliga områden för alla deltagare.

Avslutningsvis kan man säga att det generella måendet har förbättrats. Deltagarna kanske inte tar sig ut i naturen oftare, men nyfikenhet, mod och den sociala förmågan har förbättrats. Deltagare har vågat prova nya saker och har fått nya vänner. De känner sig säkrare och har blivit piggare.

Det kan också noteras att elva deltagare har gått Friluftsförbundet utbildning till hjälpledare och är nu aktiva i andra grupper både inom socialpsykiatriska verksamheterna (där de kan fungera som peer support) och i Friluftsförbundets övriga grupper.

Inom socialpsykiatrin i Sjöbo finns utöver projektgruppen två HMOU-grupper som ingår i den ordinarie verksamheten.

Läs mer om verksamheten: <https://www.sjobo.se/omsorg-och-stod/psykisk-halsa/hang-med-oss-ut.html>.

Utredningens reflektion: Denna verksamhet riktar sig till personer som får insatser från socialpsykiatrin i kommunerna. Samtidigt är det troligt att flera i den potentiella målgruppen också kommer i kontakt med regionens och/eller kommunens primärvård utifrån såväl besvär kopplade till såväl fysisk som psykisk ohälsa, vilket gör den till ett gott exempel för många att ta efter. Man kan tänka sig att en strukturerad samverkan mellan såväl olika delar av kommunens verksamhet som mellan kommunens och regionens verksamheter, skulle kunna bidra till att fler i den potentiella målgruppen får möjlighet att ta del av denna typ av stöd. Liknande insatser skulle troligen också kunna erbjudas till andra målgrupper med psykisk ohälsa med liknande effekter. Vidare utveckling och utvärdering av denna typ av insatser är därmed önskvärda.

6.3 Förutsättningar för Rätt stöd till psykisk hälsa

För att uppnå ett integrerat arbetssätt i enlighet med intentionen i modellen Rätt stöd till psykisk hälsa krävs en infrastruktur som ger förutsättningar och stödjer systemet till en sådan förändring. Det gäller en rad områden; patientdelaktighet, utbildning och kompetensförsörjning, forskning och utveckling, adekvata och evidens-

baserade kunskapsstöd samt finansiering. Vi gör här ett antal bedömningar av hur sådana förutsättningar kan skapas.

Avslutningsvis presenterar vi en möjlighet till utvecklingsarbeten i form av geografiska modellområden för implementering av Rätt stöd till psykisk hälsa. Vi lyfter där särskilt möjligheten till (och nyttan med) samtidig följeforskning vid ett sådant införande i en avgränsad lokal kontext.

6.3.1 Strukturer för patientdelaktighet och anhörigstöd

Bedömning: Utredningen bedömer att huvudmännen tillsammans med verksamheter på primärvårdsnivå behöver utveckla metoder för att strukturerat inkludera patienters synpunkter och erfarenheter för uppstart, utveckling och uppföljning av verksamheten gällande psykisk ohälsa.

För att människor ska ha goda förutsättningar att vara delaktiga i sin vård och tillgodogöra sig insatser från vården, behöver befolkningens hälsolitteracitet beaktas och stärkas. Utredningen bedömer att huvudmännen bör stärka och utveckla utbudet av relevanta psykopedagogiska insatser för psykisk hälsa.

Utredningen delar Socialstyrelsens bedömning att huvudmännen bör utveckla skriftliga rutiner för stöd till närstående,²⁰ för att därigenom öka andelen som får ta del av stödsatser.

Skäl för utredningens bedömning

Vikten av delaktighet

Att hälso- och sjukvården så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten framgår av PL. Likaså att patientens medverkan i vården alltid ska utgå från de egna önskemålen och förutsättningarna.²¹ Av tradition har dock vården i hög grad utgått från sina egna perspektiv, och från sina egna stuprör, i förhållande till diagnoser, organ, professioner och organisationer.

²⁰ Kort om begreppen: I 5 kap. 10 § SoL benämns personer som ger insatser till närstående anhörig eller annan person. Annan person är någon utanför familjekretsen exempelvis en vän eller granne. Ibland används begreppet närstående även om de anhöriga, framför allt inom hälso- och sjukvården.

²¹ 5 kap. 1 och 2 §§ PL.

För att skapa den moderna vården, som möter dagens behov och förväntningar, behöver vi lära av patienter och deras närstående och låta deras behov, preferenser och resurser vara en utgångspunkt i utformningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Patienters medskapande till sin egen hälsa och vård är en ofta förbisedd resurs som i högre utsträckning behöver tillvaratas och stödjas.²² Det handlar om ett skifte från att se patienter som mottagare av vårdtjänster till aktörer i ett gemensamt partnerskap med hälso- och sjukvården. Detta innebär såväl ett kultur- som maktskifte. Detta skifte medför också att vi skapar möjlighet för den som vill och kan att ta större ansvar för sin egen vård. Det finns enligt utredningens mening ingen motsättning mellan ett sådant förhållningssätt och behovet av standardiserade insatser på gruppnivå, utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Tvärtom förutsätter ett individanpassat arbetssätt tydliga strukturer för hur vården ska utformas på gruppnivå, och utifrån beslutade prioriteringsordningar. Detta har utredningen beskrivit även i tidigare betänkanden.²³

Utredningen konstaterar i detta sammanhang att flera olika begrepp kan användas för att beskriva ett sådant medskapande. Ibland används termer som patientinvolvering eller patientinflytande, andra gånger partnerskap eller patientdelaktighet. Delaktighet är det begrepp som används i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning (PL), och vi väljer därför att använda oss av detta begrepp i det följande.

Kopplat till delaktighet talas det om såväl patientdelaktighet som brukardelaktighet. Detta främst utgående från vilken typ av verksamhet det rör sig om. När man är inom hälso- och sjukvården är man enligt lagstiftningen patient, och som mottagare av insatser under SoL benämns man ofta som brukare. Med medvetenhet om att en människa inte bara är patient och/eller brukare, utan just en människa, med ett liv även bortom de tjänster hen får med stöd av hälso- och sjukvården och/eller socialtjänsten, kommer vi här att utgå från begreppet patient, eftersom vårt uppdrag utgår från ett hälso- och sjukvårdssammanhang.

²² Vårdanalys, *Från mottagare till medskapare*, 2018, s. 3.

²³ Se framför allt avsnitt 3.2.1 i SOU 2020:19 *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* samt avsnitt 5.1.7 i SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

”Inget om oss utan oss”

Utredningen vill liksom i tidigare betänkanden framhålla vikten av patientdelaktighet på alla nivåer, såväl individuell som organisatorisk nivå och såväl på verksamhets- som övergripande strategisk nivå. I det följande väljer vi att fokusera på vikten av att skapa förutsättningar för delaktighet vad gäller just organisatorisk nivå, dvs. styrning och utveckling av vården.

Det kan upplevas svårt att få till stånd hållbara strukturer för patientdelaktighet inom kommun och region samtidigt som behovet av långsiktiga strategier för att etablera fungerande arbetsformer är stort. Utredningen bedömer att huvudmännen tillsammans med verksamheter på primärvårdsnivå bör utveckla metoder för att strukturerat inkludera patienters synpunkter och erfarenheter, som en del av underlaget för uppstart, utveckling och uppföljning av verksamheter, inklusive utbildning, gällande psykisk ohälsa. Genom att samverka med etablerade patient-/anhörigorganisationer eller nätverk i detta arbete ges goda förutsättningar för representanter att inhämta synpunkter från och förankra beslut hos sin organisation och andra patienter. Från patientrörelsen har framförts att det finns ett behov av att detta görs på sätt som långsiktigt bygger strukturer och kompetens inom området, inte bara genom kortsiktiga projekt.

Detta är också i linje med SiS²⁴ standard ”Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård” (SS-EN 17398:2020). I denna lyfts att ledningsgrupper, organisationer och beslutsfattare/politiker ska säkerställa:

- a) ett interprofessionellt förhållningssätt, för kvalitetsförbättring på operativ och strategisk utvecklingsnivå, inklusive deltagande av ombud för patient
- b) en strukturerad utvärdering och uppföljning av patientrapporterade resultatmätningar (PROM), såsom symtom, funktionell kapacitet, livskvalitet, hälsostatus och patientrapporterade erfarenhetsmätningar (PREM) under och efter vårdperioderna
- c) stöd för och tillhandahållande av nödvändiga resurser och strukturer för patientdelaktighet på organisations- och systemnivå, samt vid behov inrättande av patientorganisationer

²⁴ Svenska institutet för standarder.

- d) utbildning och fortbildning i patientdelaktighet som en del av utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal och annan personal
- e) skapande av strukturer och policyer för systematisk kvalitets- och säkerhetsförbättring beträffande patientdelaktighet
- f) periodisk uppföljning av dokumenterade vårdplaner som inkluderar patientens mål och delat beslutsfattande. Om de fastställda målen inte uppfylls ska en förbättringsplan utvecklas, genomföras och utvärderas inom det följande året.

Nedan följer några exempel på former och metoder för arbetet med strukturerad patientdelaktighet.

Peer support

Peer support (översätts ibland till kamratstödjare eller mentor i svensk kontext) innebär att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning/variation blir professionellt verk-samma inom vård och omsorg för att stötta brukare och patienter i deras återhämningsprocesser. De kan verka på en rad olika sätt och i olika verksamheter. Gemensamt är att de erbjuder hjälp och stöd som en jämlike och delar personliga erfarenheter av återhämtning på ett sätt som inger hopp. Då de har egen erfarenhet av att ha hittat sätt att hantera kriser tillför de självförtroende och engagemang i stödet till andra.

Peer support är en relativt ny, men växande yrkesroll. I flera länder är yrkeskategorin en naturlig del i den psykiatriska vården. Det ökande användandet av yrkesgruppen går i linje med ett ökat fokus inom psykiatrin på att stödja patienternas hälsa, eget engagemang och s.k. personlig återhämtning. Personlig återhämtning handlar om att finna mening och hopp i livet och att leva ett tillfredställande liv, definierat av personen själv. Till skillnad från klinisk återhämtning så förutsätter inte personlig återhämtning att personen är symtomfri.

Internationell forskning gällande effekten av att få stöd av en mentor/peer support för patienter visar på fördelar såsom både ökad återhämtning och ökad livskvalitet, empowerment, ökad social för-måga och integration, en känsla av hopp och kontroll samt ökad upplevelse av social inkludering och tillfredställelse med livet. Andra studier pekar mot minskat behov av psykiatrisk vård och minskad

nivå av symtom. Även om många studier visar på fördelar behövs fler studier för att visa på en effekt. Forskning visar också att det ligger många utmaningar i implementeringen av denna nya yrkesroll.²⁵

Patient-/brukarrevisioner

En brukarrevision är enligt Riksförbundet för Social och Mental Hälsas (RSMH) och Schizofreniförbundets definition en granskning av en enhet eller verksamhet som ger vård, stöd eller service till personer med psykiska funktionshinder som utförs av brukare och/eller närstående. En brukarrevision är alltså en granskning av en verksamhet som utförs av personer med egen erfarenhet och där dessa kommer fram till vad som ska undersökas, utför intervjuerna som ingår i granskningen, tar fram rapport kring vad som enligt granskningen varit bra i verksamheten som granskats, mindre bra och utvecklingsförslag, samt återkopplar dessa resultat till verksamhetens ledning och personal.

I utvärderingen av Psykiatrireformen lyfts brukarrevision fram som en metod som regioner (då landsting), kommuner och brukarorganisationer bör ta initiativ till för att öka brukarinflytandet och därigenom höja kvaliteten av vård och omsorg.²⁶

Brukarrevisioner har de senaste tio åren börjat användas i allt större skala. Ofta har brukarrevisioner genomförts på psykiatriska och socialpsykiatriska verksamheter, t.ex. öppenvårdsmottagningar, heldygnsvårdsavdelningar och boendestöd. I flera regioner har brukarrörelsen byggt upp team av brukarrevisorer och brukarrevisions-samordnare och utvecklar såväl psykiatrins som socialpsykiatrins verksamheter. På andra håll i Sverige har intresset för brukarrevisioner mer nyligen aktualiserats.

Som namnet antyder är det en metod som hittills främst använts inom socialtjänstens område, men själva grundprinciperna för modellen bedömer utredningen, i likhet med flera i patient-/brukarrörelsen, att man kan utveckla och använda i hela vårdkedjan, inklusive primärvården.

²⁵ Argentzell E, "Som en länk mellan patient och personal" – Utvärdering av införandet av mentorer som en ny yrkeskategori inom Psykiatri Skåne, 2017, s. 2 (ytterligare referenser finns i denna källa).

²⁶ NSPHiG, *Brukarstyrd brukarrevision som inventerings- och uppföljningsverktyg*, 2015.

Hälsolitteracitet som en förutsättning för meningsfull delaktighet

För att människor ska ha goda förutsättningar att vara delaktiga i sin vård och tillgodogöra sig insatser från vården, vad gäller såväl fysisk som psykisk hälsa, behöver befolkningens hälsolitteracitet beaktas och där relevant stärkas. Att uppnå ett mer strukturerat arbete vad gäller befolkningens hälsolitteracitet kräver insatser på olika nivåer i systemet, och hos många olika samhällsaktörer.

Ett sätt att stärka hälsolitteraciteten inom området psykisk hälsa kan vara psykopedagogiska insatser. Utredningen bedömer att huvudmännen, såväl regioner som kommuner, bör stärka och utveckla utbudet av relevanta psykopedagogiska insatser kopplade till psykisk hälsa.

I vårt huvudbetänkande ställde vi dialogfrågor; bl.a. om det i dag saknas kunskap kring hur man ska ta hand om sig själv för att må så bra som möjligt; om hur man bör förstå tidiga tecken på psykisk ohälsa; och hur man bör agera när en själv eller närstående drabbas. I de svar vi fått framgår att det ibland, och kanske framför allt i vissa grupper, finns utmaningar vad gäller kunskap om psykisk hälsa jämfört med fysisk hälsa, bl.a. utifrån stigma. Men minst lika mycket lyfts utmaningar med att faktiskt sälla i ett stort informationsflöde, och tillämpa den kunskap man har, framför allt om man mår dåligt.

Nästan genomgående uttrycks dock att det finns för lite kunskap om hur man kan förstå och känna igen tidiga tecken på psykisk ohälsa, och att detta kan gälla såväl individer själva som personer som möter dem i samhället. Våra dialoger pekar också på att i vissa mål- och riskgrupper, t.ex. nyanlända och asylsökande, är t.ex. 1177 Vårdguiden mer eller mindre okänt. Olika personer har dessutom olika nivåer av såväl digital färdighet som grundläggande hälsolitteracitet, och därmed olika förmåga att själv söka, värdera och ta till sig adekvat information. Återigen har hälso- och sjukvården en avgörande funktion i att bidra till att utjämna dessa skillnader, och genom att bidra med målgruppsanpassad information och psykopedagogiska insatser, underlätta hanteringen av den psykiska ohälsan i vardagen.

Anhörigas roll och delaktighet

Som vi har sett i avsnitt 2.9 är anhöriga, dvs. personer som vårdar eller stödjer en närstående (oavsett om denne lider av fysisk eller psykisk ohälsa) en grupp som själva riskerar att drabbas av ohälsa, inklusive psykisk ohälsa. För dessa personer är det av stor vikt att de – utifrån den egna förmågan och situationen – görs delaktiga i vården av den närstående, med beaktande av den närståendes integritet. Eftersom den närståendes mående i hög grad påverkar det egna måendet är välfungerande relationer till dennes vård- och omsorgskontakter av stor vikt. Detta stöds också av PL som anger att patientens anhöriga/närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.²⁷

Utöver detta upplever dock också många ett behov av eget stöd i sin roll som anhörig, samt upplever att man i dag inte får information om och/eller tillgång till sådant stöd. Detta trots att kommunerna har ett lagreglerat ansvar att erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder. Regionerna har också enligt HSL en skyldighet att särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.²⁸

Den bristande tillgången till stöd speglas också i Socialstyrelsens noteringar om en frånvaro av rutiner i hälso- och sjukvårdens verksamheter för hur stödet till närstående ska gå till.²⁹ Utredningen bedömer därför att det är angeläget att huvudmännen och primär-

²⁷ 5 kap. 3 § PL.

²⁸ 5 kap. 7 § HSL.

²⁹ Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019.

vårdsverksamheter i såväl region som kommun säkerställer att det finns rutiner för hur stöd till närstående ska tillhandahållas.

Utredningen vill också framhålla vikten av samverkan mellan såväl olika verksamheter som olika huvudmän för att kunna erbjuda ett relevant och ändamålsenligt stöd till anhöriga. Det kan t.ex. handla om insatser för att få mer kunskap om den närståendes funktionsnedsättning/sjukdom men också om stödsamtal, rådgivning och/eller avlösarservice för den anhöriga själv.

Goda exempel

Digital peer support – verksamhetsexempel

I VGR har man arbetat med att införa internetbaserad behandling i primärvården, via Stöd- och behandlingsplattformen (SoB) på 1177 Vårdguiden, för bl.a. sömnproblem, ångest och panik, stresshantering samt depression. Kopplat till detta arbete finns också ett antal pågående forskningsprojekt, bl.a. om digital peer support.

Peer support har tidigare använts inom psykiatri och socialpsykiatri. En ny forskningsstudie visar att det är genomförbart och upplevdes som positivt av patienterna att involvera peer support även i internetbaserad vård vid psykisk ohälsa i primärvården. I studien genomgick patienter som sökte för ångestproblem i primärvården ett åtta veckors långt internetbaserat KBT-program och erbjöds extra stöd av peer supportrar under tiden för behandlingen.

Patienterna hade en positiv upplevelse av kontakten med peer supportrarna och upplevde att det gav en personlig kontakt att kunna dela svårigheter med en professionell person som hade liknande erfarenheter med sig. Resultaten visade också att patienterna, med stöd av peer support, upplevde ökad känsla av ”empowerment” (på svenska: egenmakt) tre månader efter behandlingens slut, samt att de upplevde minskade ångestsymtom efter behandlingens slut, vilket höll i sig vid en tremånaders uppföljning. Studien föreslår att man utvärderar effektiviteten av peer supportrar i internetbaserad vård i större randomiserade kontrollerade studier.

Studien genomfördes i samarbete mellan FoU primärvård Södra Älvsborg, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet och brukarorganisationen Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg (NSPHiG).

Läs mer om verksamheten:

<https://www.vgregion.se/f/regionhalsan/FoU-primarvard/forskningsplattformar/psykisk-halsa-och-ohalsa/aktuellt-inom-plattformen/peer-support/>.

Utredningens reflektion: Detta arbete visar på hur e-hälsolösningar möjliggör tillhandahållande av peer support digitalt, med goda resultat för deltagarna. Använda på rätt sätt, och utvecklade tillsammans med dem tjänsterna är till för – såsom i den aktuella studien – har e-hälsolösningar även i detta avseende möjlighet att öka ett personcentrerat stöd- och behandlingsutbud. Samtidigt måste det alltid säkerställas att digitala lösningar inte blir det enda sättet att få viss hjälp, eller på andra sätt utestänger vissa grupper.

Brukarrevision av Region Uppsalas och Uppsala läns arbete med statsbidraget psykisk hälsa

I Uppsala har man använt sig av brukarrevision för att följa upp Region Uppsalas och Uppsala läns arbete med statsbidraget för psykisk hälsa för 2019 utifrån ett brukar- och delaktighetsperspektiv. Brukarrevisionen hade också till syfte att ta fram ett underlag som tjänstemannaledningen, Hälsa, Stöd, Vård och Omsorg (HSVO) kan använda i sitt fortsatta arbete med brukardelaktighet i denna satsning och i det övergripande arbetet för att stärka brukardelaktigheten inom Uppsala län. Frågorna man ville ha svar på var:

- Hur säkerställs demokratiperspektivet, dvs. representativ brukardelaktighet utifrån faktorer som ålder, kön och olika former av psykisk ohälsa, i arbetet med statsbidraget psykisk hälsa i Uppsala län?
- På vilken eller vilka nivåer är brukarföreningarna delaktiga i arbetet med statsbidraget psykisk hälsa i Uppsala län?
- Hur får huvudmännen ut det de behöver i brukardelaktighet?
- Förbättringsförslag utifrån brukarrevisionen.

Uppdraget utfördes av Brukarrevisionsbyrån i Uppsala län och innebär att intervjua brukarföreningar och nyckelpersoner inom Region Uppsala och två utvalda kommuner i Uppsala län³⁰ som berörs av arbetet med den länsgemensamma handlingsplanen för psykisk hälsa 2019. Intervjuerna skedde både i grupp och enskilt med representanter från psykiatriföreningarna i Uppsala och Tierps kommun som är verksamma inom området psykisk hälsa samt med Funktionsrätt Uppsala län och Forum för brukarinflytande. Intervjuer genomfördes med tjänstemän inom Region Uppsala, Uppsala kommun och Tierps kommun.

Förbättringsförslagen från psykiatriföreningarna kunde samlas under tre huvudsakliga områden:

1. Ett ökat stöd som kan ta sig uttryck i form av anställning, stöd och arvodering. För att möjliggöra medverkande.
2. Kommunikation: mer och tydligare kommunikation samt fungerande kommunikationsvägar.
3. Bemötande och lika villkor.

Läs mer om verksamheten: <https://briu.se/wp-content/uploads/2020/02/Brukarrevision-Psykisk-ha%CC%88lsa-slutversion-200215.pdf>.

Utredningens reflektion: Som vi sett ovan har utvärdering av typen brukarrevision hittills främst använts i psykiatriska och socialpsykiatriska verksamheter. Exemplet från Uppsala visar dock på hur man använt samma struktur för att titta på helheten i arbetet under länets – här i bemärkelsen både region och kommuner – arbete med statsbidragen som följer av överenskommelsen om psykisk ohälsa. Detta bör kunna tjäna som exempel och inspiration för att tillämpa metoden på fler områden och verksamheter. Grundprinciperna för modellen bör med fördel kunna utvecklas och användas i hela vårdkedjan, inklusive primärvården.

³⁰ På grund av arbetsområdets omfattning valde uppdragsgivarna att koncentrera sig på två av regionens kommuner.

Återhämtningsguiden

Återhämtningsguiden är ett pedagogiskt verktyg som fokuserar på återhämtning för personer med psykisk ohälsa och är ett självhjälp-verktyg som tagits fram av brukarrörelsen (NSPH Skåne) i samarbete med professionen, med finansiering av Allmänna Arvsfonden. Den som i sin yrkesroll möter målgruppen kan också använda Återhämtningsguiden som ett stöd i arbetet. Materialen är skrivna av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och bygger på en framtagningsprocess bestående av egenerfarna, anhöriga, professionella, forskare m.fl. I nuläget finns tre olika återhämtningsguider:

- *Återhämtningsguiden för dig som mår dåligt.* Riktat sig till den som mår dåligt och har behov av återhämtning. Den är uppdelad i fyra kapitel och innehåller bl.a. berättelser om återhämtning, vart en kan söka stöd, samt vad som varit hjälpsamt för andra som mått dåligt. Den innehåller också verktyg som ger möjlighet till reflektion kring vad en kan göra för att må bättre.

Materialet kan användas i verksamheter som möter personer som mår dåligt, t.ex. hälso-/vårdcentraler, öppenvårdsmottagningar, socialpsykiatri, studenthälsan, företagshälsovården, föreningar med flera.

- *Återhämtningsguiden för dig som står nära någon som mår dåligt.* Materialet är uppdelat i fem kapitel och innehåller bl.a. berättelser från andra anhöriga, vanliga tankar och känslor, förhållningssätt och bemötande samt vart en kan söka stöd. Den innehåller också verktyg som ger möjlighet till reflektion om vad som kan vara viktigt i den egna återhämtningen.

Materialet kan användas i verksamheter som möter anhöriga, t.ex. av anhängkonsulenter, inom psykiatri, socialpsykiatri, studenthälsan, företagshälsovården, föreningar m.fl.

Denna guide tas fram genom ett projekt från Allmänna Arvsfonden under perioden 2019–2022 och kommer på sikt även att lanseras som mobilapplikation samt studiecirkel.

- *Återhämtningssguiden för dig inom heldygnsvård*. Ett verktyg för den som är inlagd på en heldygnsvårdsavdelning och syftar till att skapa en förståelse för nuläget och en plan för såväl återhämtning, som tiden efter utskrivning.

Läs mer om verksamheten: <http://www.aterhamtningsguiden.se/>.

Utredningens reflektion: Att återhämta sig efter en kris eller period av psykisk ohälsa är en individuell process, som ofta kan vara utmanande. Som vi sett i avsnitt 2.2.5 kan psykoedukation medföra att det blir lättare att hantera olika svårigheter och diagnoser, genom att man får mer kunskap om och förstår varför olika saker och situationer känns svåra. Återhämtningssguiderna är exempel på sådana material, initierade av egenerfarna och framtagna tillsammans med såväl dem de berör som med forskare. Dessa kan spela en viktig roll, både vad gäller att förmedla hopp om att livet kan bli bättre igen, och samtidigt visa på att processerna ofta tar tid. Återhämtningssguiden kan bidra till förståelse för det.

6.3.2 Utbildning och kompetensförsörjning

Bedömning: Nationella vårdkompetensrådet bör inom ramen för sitt uppdrag kartlägga behoven av kompetensförsörjning vad gäller psykisk ohälsa i primärvården. I ett sådant arbete bör man särskilt beakta den kommunala hälso- och sjukvårdens behov.

Huvudmännen bör säkerställa erforderlig kompetens i primärvården vad gäller psykisk ohälsa och vid behov tillhandhålla nödvändiga kompetensutvecklingsinsatser.

Mot bakgrund av verksamhetens behov, och att det återkommande refereras till grundläggande psykoterapiutbildning som kompetenskrav i huvudmännens förfrågningsunderlag, bedömer utredningen vidare att regeringen bör överväga att utreda om det finns behov av att standardisera och kvalitetssäkra utbildningen.

För att kunna stödja andra människor till hälsa måste också goda förutsättningar finnas för den egna hälsan. Därför bör huvudmännen särskilt beakta att det erbjuds ändamålsenliga insatser till stöd för medarbetarnas hälsa.

Skäl för utredningens bedömning

Ökad kunskap om kompetensbehoven

Nationella vårdkompetensrådet med tillhörande kansli inrättades den 1 januari 2020 på Socialstyrelsen. Rådet är ett samverkansforum mellan regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och UKÄ. Nationella vårdkompetensrådets uppdrag innebär att långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att tillgängliggöra sammanställningar av fakta- och kunskapsunderlag och utifrån dessa göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven, inklusive behovet av framtidens vårdkompetenser. Syftet är att främja samverkan mellan berörda aktörer och säkerställa att samtliga aktörer har en gemensam bild av kompetensförsörjningsbehoven i vården. Rådets verksamhet omfattar offentlig och privat hälso- och sjukvård, inklusive kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och tandvård. Uppdraget fokuserar initialt på högskoleutbildade yrkesgrupper. Rådet kan lämna bedömningar om behov av förändringar av dimensionering, utbud och innehåll i utbildningar.

Utifrån våra kartläggningar och analyser i kap. 3 gör vi bedömningen att rådet särskilt bör kartlägga behovet av kompetenser för att möta psykisk ohälsa i primärvården, eftersom detta inte går att utläsa av nuvarande rapportering. En sådan sammanställning bör omfatta såväl regioner som kommuner. Sammanställningen bör utgå mer från just den samlade situationen i primärvården, och olika professioners samverkan där, och i mindre utsträckning från kartläggning av enskilda yrkesgrupper som separata stuprör. Digitaliseringens påverkan på kompetensförsörjningen bör beaktas. Det bör noteras i sammanhanget att inom området psykisk ohälsa verkar många yrkesgrupper utan högskoleutbildning, i kommunens verksamheter, men också i regionernas. Exempel på detta är undersköterskor, skötare och i vissa fall personer med grundläggande psykoterapiutbildning. Yrkestitlar som KBT-behandlare och samtalsterapeut förekommer utan närmare specifikation av utbildningsnivå. Då dessa inte är reglerade titlar finns det inte någon fastslagen standard för vilka kompetenskrav som ska gälla, och inte någon systematisk uppföljning på nationell, eller vad vi känner till, regional nivå. Utredningens bedömning är att det vore att föredra att översynen av kompetensförsörjningen omfattar samtliga ingående yrkesgrupper. Om detta

inte är möjligt inom ramen för vårdkompetensrådets uppdrag skulle en sådan översyn också kunna genomföras, vad gäller icke legitimerade yrkesgrupper, av annan aktör, t.ex. Socialstyrelsen.

Bristen på medarbetare med kompetens att utföra psykologiska behandlingar har upprepade gånger lyfts av Socialstyrelsen i uppföljning av nationella riktlinjer, och det har också varit i fokus för överenskommelser mellan staten och SKR. Vi gör därför bedömningen att bättre kunskap om kompetensförsörjningen och gapen på området är av avgörande betydelse för att uppnå de mål avseende kvalitet och patientsäkerhet som ställs inom området.

Vi bedömer vidare att huvudmännen behöver säkerställa att man har erforderlig kompetens i primärvården vad gäller psykisk ohälsa. Samt identifiera behov av utbildningsinsatser. Det finns därmed ett behov av regionala och lokala inventeringar, för att utifrån resultaten kunna tillhandahålla relevanta kompetenshöjande insatser. Såväl till styrnings- och ledningsfunktioner som i de kliniska verksamheterna.

Särskilt om grundläggande psykoterapiutbildning

Utredningen bedömer att regeringen bör överväga att utreda om det finns behov av att standardisera och kvalitetssäkra den grundläggande psykoterapiutbildningen. Som framgår av vår kartläggning av kompetenser finns en särskild historik gällande denna (se avsnitt 3.7.2). Som där beskrivet hänvisar examensordningen för psykoterapeutexamen fortfarande till ”grundläggande psykoterapiutbildning”, och trots att delningen av psykoterapiutbildningen i två steg formellt upphörde för över 30 år sedan lever den kvar i praktiken. Utbildningar så som basutbildning i psykoterapi, steg 1-utbildning eller dyl., ges i dag av ett stort antal utbildningsanordnare, och med olika krav på förkunskaper. Innehållet i utbildningarna varierar stort. Det illustreras bl.a. av att det förekommer att utbildningar som kallas grundläggande psykoterapiutbildning inte ger behörighet till psykoterapeutprogrammen.

Som beskrivet i kap. 3 hänvisar omkring en tredjedel av regionerna i sina förfrågningsunderlag till kompetenskrav uttryckt som t.ex. minst grundläggande psykoterapiutbildning, grundutbildning i psykoterapi, som lägst basutbildning i psykoterapi eller steg 1-utbildning. Ett sådant krav säger ingenting om vilken formell kompetens

som efterfrågas av huvudmannen, och även om många av de enskilda individer som genomgått grundläggande psykoterapiutbildning förstås besitter stor individuell kunskap och skicklighet är detta inte med säkerhet tillfredsställande ur kvalitets- och patientsäkerhetssynpunkt.

Förutsättningar för medarbetarnas hälsa

För att kunna stödja andra människor till hälsa måste också goda förutsättningar finnas för den egna hälsan. Att i stor utsträckning möta människor med psykisk ohälsa ställer särskilda krav på en hållbar arbetsmiljö för primärvårdens medarbetare. Sjukfrånvaron relaterad till psykisk ohälsa hos personer med s.k. kontaktyrken i vård och omsorg är hög. I våra kartläggningar och dialoger har lyfts att trots att medvetenheten är stor om att andelen patienter som söker primärvården med anledning av psykisk ohälsa är stor, är frånvaron av strukturerade data, och därmed i många fall tillräcklig och adekvat resurs- och kompetenssättning, påtaglig. Det förefaller också vara så att beroende på historik och tradition förekommer strukturerat stöd i form av t.ex. handledning i olika utsträckning för olika yrkesgrupper som alla möter människor med psykisk ohälsa. Utredningen gör bedömningen att huvudmännen särskilt bör beakta att det erbjuds ändamålsenliga insatser till stöd för medarbetarnas hälsa.

Gott exempel

4 Ess (Smart Samverkan i Småland Sydost)

4 Ess står för Smart Samverkan i Småland Sydost. Projektet pågick mellan 2017 och 2020, i Torsås, Ljungby och Vimmerby kommuner. Syftet med projektet var att minska sjukskrivningstalen bland kommunanställda. Idéen var att koppla in arbetsgivarna tidigt i processen och ge dem bättre möjlighet att ta sitt ansvar för att förebygga ohälsa. Fokus låg på första linjens chefer, och en önskan att rusta dem med bättre verktyg. Konkret innebar projektet att kommunen som arbetsgivare samverkade med Försäkringskassan och med hälso-centraler.

Projektet bestod dels av en strukturell del, som handlade om att förebygga sjukskrivningar på organisatorisk nivå. Projektets olika parter träffades på ortgruppsmöten för att finjustera insatser och samarbete. Man utbildade också alla chefer i arbetsmiljöarbete.

Den andra delen av projektet var individuell. Den vände sig till kommunanställda som antingen var, eller låg i riskzonen för att bli, långtidssjukskrivna. Till den delen bjöd man in runt hundra deltagare via deras närmaste chef eller via hälsocentralen. En viktig poäng var att fånga upp dem tidigt, redan vid de första signalerna på psykisk ohälsa eller diffus smärtproblematik. Sedan fick de snabbt komma på ett möte med sin chef, kommunens HR-person, Försäkringskassans handläggare och hälsocentralens rehabkoordinator. Under mötet lades en plan för rehabiliteringen upp. Efter mötet och uppföljnings-samtalet övertog arbetsgivaren ansvaret att fortsätta rehabiliteringen. Projektet rapporteras ha gett tydliga resultat avseende sjukskrivningstal och Torsås kommun har fortsatt med samma arbetssätt efter avslutad projekttid.

Läs mer om projektet här:

<https://www.suntarbetsliv.se/artiklar/hallbar-rehabilitering/4-ess-sankte-sjukskrivningstalen-i-smaland/>.

Utredningens reflektion: Att strukturerat arbeta med att försöka identifiera framgångsfaktorer vad gäller de ökande sjukskrivningstalen hos personer i s.k. kontaktyrken i vård och omsorg är nödvändigt. Sjukfrånvaron i gruppen ligger i stor utsträckning inom området psykisk ohälsa. Effekten av tidiga insatser som involverar flera aktörer, inklusive hälso-/vårdcentralen, behöver vidare undersökas. Att göra det i en lokal kontext, och koppla strukturerad uppföljning till arbetet, bidrar till ökad kunskap inom området. När det gäller att sprida goda exempel är det viktigt att det finns kanaler för att göra detta på ett strukturerat sätt. Sunt Arbetsliv ger inspiration och verktyg i arbetet för friska arbetsplatser inom kommun- och regionsektorn. Plattformen, som drivs av de fackliga organisationerna i samverkan med SKR och regionerna samt Sobona, är i sig ett gott exempel på arbete för sådan spridning.

6.3.3 Uppföljning och forskning

Systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå

Bedömning: I betänkandet *God och nära vård*. En primärvårdsreform (SOU 2018:39) gjorde vi bedömningen att en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå brådskande bör byggas upp. Utan en sådan saknas möjligheter att på ett ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen mot en god och nära vård. Bedömningen kvarstår och är av lika stor betydelse för att kunna följa den psykiska ohälsan såväl som den fysiska.

Utredningen vill därmed understryka vikten av det utredningsarbete som görs av Socialstyrelsen om möjligheter för uppgiftsinsamling på primärvårdsnivå, vilket ska redovisas i februari 2021.

Utredningen bedömer slutligen också att det är av stort vikt att primärvårdens arbete med psykisk ohälsa blir belyst i det förslag på indikatorer för att följa omställningen till en god och nära vård som utvecklas av Socialstyrelsen.

Skäl för utredningens bedömning

Som utredningen i tidigare betänkanden beskrivit³¹ ser vi det som en central förutsättning för den påbörjade omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård att Sverige brådskande börjar bygga upp en nationell systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå.

Utan en sådan saknas i stor utsträckning också solida underlag för statistik och forskning samt för att systematiskt följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra majoriteten av den hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige, då den bedrivs i primärvården. I likhet med Socialstyrelsen, Vård- och omsorgsanalys, SCB och internationella organisationer såsom OECD anser vi att detta är problematiskt.

Detta leder även till påtagliga utmaningar gällande vad vi kan säga om hur vi hanterar psykisk ohälsa inom svensk hälso- och sjukvård. Majoriteten av t.ex. de med depression eller ångestsyndrom söker vård inom primärvården, och många kommer aldrig till den specialiserade psykiatrin utan bedöms och behandlas i primärvården. Dessa grupper inkluderas då inte i t.ex. forskning, som använder patient-

³¹ Se framför allt avsnitt 5.3 och 8.4 i SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

registret för att skapa sina populationer. För att få en proxyvariabel för omfattningen av psykisk ohälsa hanterad i primärvården vänder sig många till läkemedelsregistret, där man kan få data om t.ex. mängden antidepressiva förskrivna i primärvården. Detta innebär en betydande osäkerhet, då läkemedel i registret inte är kopplade till indikation. Vi har i dag heller ingen nationell systematisk datainsamling om andra interventioner än farmakologisk behandling, och heller inte interventioner av andra yrkesgrupper än läkare, som bedrivs i primärvården.

I juli 2019 gav regeringen Socialstyrelsen ett tredelat uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården (se avsnitt 3.5.1). Den första delen avser just möjligheter till nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Socialstyrelsen ska inom uppdraget ge förslag på vilka variabler och personalkategorier som bedöms vara nödvändiga att omfattas av regionernas uppgiftslämnande. I uppdraget ingår att göra detta utifrån vad som bedöms stå i proportionalitet till integritetsintrånget och det allmännas intresse av uppföljning av primärvården avseende vårdens kvalitet, jämlikhet och som möjliggörare för djupare analyser på nationell nivå. Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2021. Mot bakgrund av ovan och tidigare beskrivna utmaningar vill utredningen understryka vikten av detta utvecklingsarbete för såväl hela omställningen mot en god och nära vård som det specifika uppdrag vi här behandlar.

Det andra deluppdraget handlar om förutsättningarna för att på aggregerad nivå inhämta resultat för ett antal utvalda indikatorer i syfte att följa omställningen till en mer nära vård. Som vi sett i avsnitt 3.5.1 inkluderar det preliminära förslag som Socialstyrelsen hittills utvecklat indikatorer rörande diagnoserna depression och ångest, samt besök och tillgänglighet i primärvården respektive specialiserad vård relaterat till psykisk ohälsa. Utredningen bedömer att det är av stort vikt att primärvårdens arbete med psykisk ohälsa blir belyst i det förslag på indikatorer för att följa omställningen till en god nära vård, som slutligt läggs fram av Socialstyrelsen.

Forskning

Bedömning: Möjligheterna till forskning inom primärvården gällande psykisk ohälsa bör stärkas. Genom att stärka forskningen i primärvården ökar kunskapen och det blir möjligt att i större utsträckning erbjuda ändamålsenliga och effektiva insatser. Att finansiera forskning i primärvård är en fortsatt utmaning, och insatser bör göras, på såväl statlig som huvudmannanivå, för att på olika sätt stimulera denna.

Skäl för utredningens bedömning

Vi har i tidigare betänkanden belyst problematiken med kulturen och förutsättningarna att bedriva forskning i primärvårdens verksamheter.³² Vi vill återigen lyfta området när det gäller det breda området psykisk hälsa. Våra tidigare resonemang, inklusive vad gäller finansiering av allmänmedicinsk forskning och forskning i primärvården gäller i lika hög utsträckning för området psykisk som fysisk hälsa. Utredningen ser därför mycket positivt på satsningarna på såväl ökad forskningskompetens i primärvården som generellt på området psykisk hälsa i den nyligt presenterade forskningspropositionen.³³

Som tidigare konstaterats finns områden som berör stora grupper människor, såväl i form av lidande som ur samhällsekonomiskt perspektiv, där kunskapen i dag är bristfällig. Ett sådant område är t.ex. stressrelaterade besvär och utmattningssyndrom. Det förekommer att arbetsformer och metoder som inte är beforskade används i den kliniska vardagen. Där skulle forskning just i primärvårdspopulationen ge stora möjligheter till ökat lärande och högre effektivitet i de insatser som erbjuds. Detta i syfte att undvika såväl över- som underbehandling, och tillgodose att den gemensamma resursen används på bästa möjliga sätt.

Primärvårdens breda uppdrag erbjuder unika möjligheter till tvärsektorieell forskning som inte bara ser till hälso- och sjukvårdens insatser, utan också till samspelet mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer som har en del i att påverka individens psykiska hälsa.

³² SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, kap. 9; SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, kap. 8; SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, kap. 6.

³³ Prop. 2020/21:60, *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige*.

Vi vill därför återknyta och igen betona vikten av att de förslag och bedömningar utredningen tidigare gjort vad gäller behovet av ökade forskningsinsatser i primärvården är valida även vad gäller området psykisk ohälsa.

Kunskapsstöd

Nationell nivå

Bedömning: För att tillhandahålla ändamålsenliga insatser är det av största vikt att befintliga kunskapsunderlag ger ett gott stöd för att möta såväl fysisk som psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa bör tydligare uppmärksammas i kommande översyner av Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Detta avseende såväl effekten av levnadsvanor på den psykiska hälsan, som vikten av hälsosamma levnadsvanor för dem med samtidig psykisk ohälsa.

Ett arbete med ett nationellt kunskapsstöd avseende stressrelaterade besvär och utmattningssyndrom bör initieras av Socialstyrelsen, även om kunskapsläget vad gäller behandlingar är bristfälligt, i syfte att ge förutsättningar för mer jämlik vård i hela landet samt möjlighet till strukturerad uppföljning och forskning av de insatser som ges hos huvudmännen.

Utifrån ökad kunskap om interventioner vid lindrig depression bör övervägas att vid kommande översyn av de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom särskilja insatser vid lätt respektive måttlig depression. Detta också för att underlätta för huvudmännen i den lokala organiseringen av insatser.

Skäl för utredningens bedömning

För att säkerställa en god och jämlik vård i hela landet är gemensamma och adekvata kunskapsunderlag avgörande. Detta gäller såväl diagnostik som olika typer av behandlingar och interventioner, inkluderande förebyggande insatser. För att säkerställa en väl sammanhållen hälso- och sjukvård behöver samtliga berörda vårdnivåer inkluderas i sådana kunskapsunderlag. Det finns en tendens att vissa områden historiskt betonats mer än andra i framtagandet av kunskapsunder-

lag. Det kan gälla den fysiska hälsan i förhållande till den psykiska, eller förebyggande insatser i förhållande till behandlande. Utredningen gör bedömningen att i kommande översyn av Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor vore det önskvärt att aspekter kopplade till den psykiska hälsan tydligare synliggjordes. Detta avseende såväl effekten av levnadsvanor på den psykiska hälsan, som avseende vikten av hälsosamma levnadsvanor för dem med samtidig psykisk ohälsa. Likaså bör arbetet med hälsosamma levnadsvanor, och kopplingen till adekvata kunskapsstöd, tydligt kopplas till övrigt arbete med nationella riktlinjer gällande psykisk ohälsa.

Stressrelaterade besvär och utmattningssyndrom är ett område där evidensen vad gäller behandling är svaga. Samtidigt är det en stor samhällsutmaning, orsakande mänskligt lidande och höga kostnader inte minst i form av sjukfrånvaro. Vilken vård som erbjuds varierar också stort över landet, till följd av avsaknad av gemensamma riktlinjer. Socialstyrelsen tillhandahåller i dag ett försäkringsmedicinskt stöd för tillståndet. I brist på evidens vad gäller behandling finns inte några nationella riktlinjer i övrigt. Utredningen gör bedömningen att till följd av problematikens omfattning, såväl vad gäller antal individer som gällande samhällskostnader och det ojämlika utbudet av insatser som erbjuds i landet, bör ett arbete med ett nationellt kunskapsstöd på området genomföras. Utredningen förespråkar ett sådant uppdrag till Socialstyrelsen. Det riktlinjearbete som pågår via Svenska psykiatriska föreningen³⁴ bör beaktas vid ett sådant nationellt riktlinjearbete. Ytterligare ett syfte med ett sådant kunskapsunderlag blir möjliggörandet av standardiserad uppföljning av de i ett sådant underlag förordade insatserna, och därmed en ökad kunskap på området.

Ytterligare ett stort diagnosområde som involverar primärvårdsnivån är depressioner och ångestsyndrom. Till följd av tillkommande kunskap och viss ökad evidens för nya interventioner, ofta andra än läkemedelsbaserade, vid framför allt lindrig depression gör utredningen bedömningen att det bör övervägas om det vore att föredra att insatser för lindrig och måttlig depression beskrevs var för sig i framtida riktlinjearbete, eller i annat tillhörande kunskapsunderlag. Detta skulle också kunna bidra till en ökad tydlighet på huvudmannan- och vårdgivarnivå om var i systemet en insats bäst ska ske utifrån lokala förutsättningar och förhållanden. Utredningen ser positivt på

³⁴ Svenska psykiatriska föreningen, *SPF:s kliniska riktlinjer*.

det pågående arbetet hos Socialstyrelsen med att tydligare inkludera förebyggande insatser i riktlinjearbetet.

I samtliga riktlinjer gällande psykisk ohälsa bör förebyggande insatser inkluderas tydligare än i dag, och den kommunalt finansierade hälso- och sjukvårdens behov tydligt beaktas.

Huvudmanna- och verksamhetsnivå

Bedömning: Såväl regionens som kommunens primärvård bör ha tillgång till relevanta kunskapsstöd, utformade utifrån primärvårdskontext, för att triagera, bedöma och behandla personer med psykisk ohälsa. Utredningen bedömer att arbetet med regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning, och de insatsprogram som där tas fram, kan utgöra sådana kunskapsstöd.

Utredningen bedömer vidare att standardiserade vårdförlopp, med avsikt att inkludera såväl primärvård som annan hälso- och sjukvård och socialtjänst, kan möta behovet av kunskap i eller inför mötet mellan individ och personal.

Skäl för utredningens bedömning

Vi har tidigare beskrivit det nationella arbetet med vård- och insatsprogram för psykisk ohälsa i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning (se avsnitt 3.3.3). De nationella vård- och insatsprogrammen arbetas fram av en nationell arbetsgrupp (NAG) med deltagare från regioner och kommuner med spridning över landet. Arbetet sker inom ramen för Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa. En styrka är att NPO psykisk hälsa har en bred representation från såväl regioner som kommuner. Utredningen gör bedömningen att dessa vård- och insatsprogram väl skulle kunna motsvara det upplevda behovet av kunskapsstöd i primärvården vad gäller omhändertagande av psykisk ohälsa. I dagsläget finns sådana insatsprogram för Depression och ångestsyndrom, Schizofreni och liknande tillstånd, Självskadebeteende och Missbruk och beroende. Program för ADHD är under utveckling.

Under 2019 påbörjades arbetet med att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom en rad olika sjukdomsområden, bl.a. förstagningsinsjuknande i schizofreni och utredning av kognitiv svikt och demenssjukdomar. Under 2020/21 ska ytterligare vårdförlopp tas fram, bl.a. gällande självskadebeteende samt ångest och depression.

En styrka med de standardiserade vårdförloppen är avsikten att utgående från en persons symtom omfatta samtliga aktörer som kan tänkas involveras i patientens process. Detta stämmer väl överens med utredningens syn på behovet av integrerade och samordnade insatser mellan såväl primärvård, som annan hälso- och sjukvård och socialtjänst där så är behövligt. Processen för framtagande av ytterligare standardiserade vårdförlopp utgår från en förfrågan till de nationella programområdena, som själva får anmäla intresse för att ta fram vårdförlopp. Under arbetets gång är avsikten att involvera såväl företrädare för patienter som vårdens professioner. Utredningen bedömer att detta arbetssätt har möjlighet att ge goda förutsättningar att framgångsrikt bidra till adekvata kunskapsstöd inom området. Ytterligare ett skäl för utredningen att lyfta arbetet med de standardiserade vårdförloppen är den breda representationen i NPO psykisk hälsa från såväl region som kommun. Härmed skapas goda förutsättningar för en sammanhållen och integrerad vård.

6.3.4 Framtida statliga satsningar

Bedömning: Framtida statliga satsningar inom området psykisk hälsa/ohälsa bör ha en ramstruktur som tydligt adresserar de olika nivåerna av arbete med psykisk ohälsa i hälso- och sjukvården, i syfte att inte enbart beakta delarna utan helheten. De bör därför omfatta såväl specialiserad psykiatri som primärvård (regional och kommunal), och samordningen dem emellan.

Utredningen bedömer att detta är centralt för att säkerställa att delar av finansiella medel och utvecklingsarbete tar sikte på arbetet med psykisk ohälsa i såväl kommunernas som regionernas primärvård. Och att sådant utvecklingsarbete kan bedrivas med viss långsiktighet.

Utredningen bedömer också att det är önskvärt att än mer samla de olika satsningarna på hälso- och sjukvårdens arbete mot psykisk ohälsa.

Skäl för utredningens bedömning

I enlighet med budgetpropositionen för 2021 beslutade riksdagen om en ökning med 1 177,5 miljoner kronor under 2021 till anslaget för bidrag till psykiatri. Totalt uppgår därmed anslaget till cirka 2 164 miljoner kronor.³⁵ För 2022 beräknas en motsvarande ökning av resurserna. Medlen ska användas till att utveckla det förebyggande och främjande arbetet på grupp- och befolkningsnivå samt att stärka tillgänglighet och kvalitet i vård, omsorg och andra stödinsatser för personer med psykisk ohälsa och sjukdom. En starkt samverkan mellan huvudmän och ett utvecklat arbete med suicidprevention är viktiga delar i detta arbete. I budgeten aviserades vidare att regeringen bedömer att evidensbaserade behandlingsmetoder behöver användas i större utsträckning samt att det kvalitets- och utvecklingsarbete som bl.a. har initierats genom stöd till kvalitetsregister behöver fortgå. Samt att det finns ett behov av att prioritera forskning kring psykisk hälsa, vilket är särskilt angeläget mot bakgrund av covid-19.³⁶

I linje med detta, och för att främja en jämlik tillgång till vård vid psykisk ohälsa, vill utredningen framhålla bedömningen att det är centralt att statliga tillskott inom området framöver även adresserar utvecklingen av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Detta inte bara i form av enskilda satsningar enstaka år, utan uthålligt och med avsikt att stärka primärvården som den första linje för psykisk ohälsa som den faktiskt är i systemet. Därför bedömer utredningen att kommande statliga satsningar inom området psykisk hälsa/ohälsa bör ha en ramstruktur som tydligt adresserar samtliga de olika nivåerna av arbete med psykisk ohälsa i hälso- och sjukvården. Detta innebär att finansiella medel avsätts för såväl specialiserad psykiatri som primärvård, det senare med både region och kommun som huvudman.

³⁵ Prop. 2020/21:1, *Budgetpropositionen för 2021*, UO9, anslag 1:8.

³⁶ Prop. 2020/21:1, *Budgetpropositionen för 2021*, UO9, s. 107 f.

För att huvudmännen ska kunna arbeta långsiktigt och kvalitativt bedömer utredningen vidare att det finns behov av en tydlighet om inriktningen på dessa satsningar som sträcker sig över en längre tids-horisont. Utifrån tidigare utvärderingar³⁷ från såväl Socialstyrelsen som huvudmännen, samt mot bakgrund av de analyser och bedömningar kopplade till modellen Rätt stöd för psykisk hälsa som vi lagt fram i avsnitt 6.2, bedömer vi att satsningar vad gäller primärvården bör inriktas mot följande områden:

1. Vägen in

- Intensifierat arbete för att implementera den förstärkta vårdgarantin i primärvården, samt förbättrad triagering, bedömning, diagnostisering och behandling inom området psykisk ohälsa.
- Initiering av ett arbete, genom Inera, för att förstärka egenvårdsråd och beslutsstöd rörande psykisk ohälsa på 1177 Vårdguiden.

2. Organisering

- Utveckling och implementering av övergripande strukturer, hos respektive huvudman, för omhändertagande av psykisk ohälsa. Strukturen bör inkludera såväl primärvård som specialiserad vård, och samverkan dem emellan. Den bör utgå från relevanta kunskapsunderlag, såsom Socialstyrelsens nationella riktlinjer, samt kunskapsstöd inom ramen för huvudmännens gemensamma modell för kunskapsstyrning.
- Förbättrad dokumentation och uppföljning av patienter med psykisk ohälsa, såväl på nationell som på huvudmann- och utförarnivå.

3. Samverkan

- Utveckling av metoder och verktyg för en strukturerad samverkan med civilsamhället.
- Initiering av metoder och verktyg för en strukturerad samverkan med civilsamhället.

³⁷ Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018* Slutrapport, 2019, s. 98; Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019.

Slutligen konstaterar utredningen att de senaste dryga tio åren har satsningar mot psykisk ohälsa kanaliserats genom minst två parallella överenskommelser. Dels en övergripande om psykisk hälsa, dels olika överenskommelser med fokus på sjukskrivningsprocessen. De senare har haft just personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa, som ska behandlas inom primärvården, som uttalad målgrupp för delar av stödet. Utredningen bedömer att det är önskvärt att samla de olika satsningarna på hälso- och sjukvårdens arbete mot psykisk ohälsa i en och samma överenskommelse, för att säkerställa koherens för verksamheter och patienter samt förenkla administration hos huvudmännen.

6.3.5 Utvecklingsarbeten

Bedömning: Regeringen bör initiera två till tre utvecklingsarbeten som syftar till att utveckla modeller för hur primärvården inom ett geografiskt län – såväl den regionala som den kommunala primärvården i samverkan – kan skapa metoder och strukturer för ett stegvis integrerat omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. Modellerna bör även inkludera gränssnittet till specialiserad psykiatri samt andra aktörer såsom det civila samhället i linje med den modell som beskrivs i avsnitt 6.2, Rätt stöd till psykisk hälsa.

Utvecklingsarbetena bör pågå under tre år och ha såväl strukturerad uppföljning som forskning av oberoende aktör knuten till sig från start.

Skäl för utredningens bedömning

Som redogjorts för i bakgrunds- och analysdelarna i detta betänkande, och vidare analyserats i förslag och bedömningar, är bristen på kunskap om vad som görs (gällande både metoder/interventioner och arbetssätt) och vilka effekter det får en utmaning för att kunna ge tydliga rekommendationer om hur primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bör bedrivas. Som beskrivet i avsnitt 6.3.3 bedömer vi därmed att möjligheterna till forskning inom primärvården gällande psykisk ohälsa bör stärkas.

För att bidra till den nödvändiga kunskapsutvecklingen gällande primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bedömer utredningen att regeringen bör initiera två till tre utvecklingsarbeten, som löper över tre år. Dessa bör syfta till att utveckla modeller för hur primärvården inom ett geografiskt län – såväl den regionala som den kommunala primärvården i samverkan – kan skapa metoder och strukturer för ett stegvis, integrerat, omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. Modellerna bör även inkludera gränssnittet till specialiserad psykiatri samt andra aktörer såsom det civila samhället. Tydliga strukturer för involvering av patienter/brukare i såväl utveckling som genomförande bör vara ett krav.

Sådana utvecklingsprojekt skulle kunna utarbetas på liknande sätt som, och med beaktande av erfarenheter från, pilotprojekten om samordnat folkhälsoarbete på regional nivå samt från de modellområden för god och nära vård som etablerats i de fyra regionerna i Norra sjukvårdsregionen, utifrån regeringens stöd till vård i glesbygd. I likhet med folkhälsopiloterna skulle ett sådant arbete kunna göras i två steg, där steg 1 innebär att utvalda regioner och kommuner tillsammans tar fram en projektplan, och att man utifrån dessa sedan i steg 2 ger uppdrag om genomförande av projektplanerna. I sådana projektplaner bör också ingå en plan för hur utvecklingsarbetet skulle kunna inlemmas i den ordinarie styrningen av hälso- och sjukvården, efter projekttidens slut.

Respektive utvecklingsarbete bör även ha såväl strukturerad uppföljning som forskning av oberoende aktör knuten till sig från start, vilket bör beskrivas i projektplanen. Likaså bör det etableras en form av gemensam övergripande stödgrupp för projekten, i vilken förslagsvis såväl SKR som företrädare för relevanta statliga myndigheter bör kunna vara representerade. Detta för att underlätta att erfarenheter och lärdomar sprids såväl mellan de ingående områdena som i systemet som helhet.

Utredningen bedömer att huvudmännen själva bör få anmäla intresse, och att sådana utvecklingsarbeten har störst sannolikhet att bli framgångsrika om de bedrivs där huvudmännen själva redan initierat grundläggande arbeten för att ta ett mer strukturerat grepp kring primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. I ett sådant läge kan statliga stöd för ett utvecklingsarbete bidra till bättre förutsättningar att t.ex. tidigt koppla in såväl forskning som samverkan. Detta såväl

inom olika delar av regionernas hälso- och sjukvård som mellan regional och kommunal primärvård, men även med det civila samhället.

Mot bakgrund av detta bedömer utredningen att exempel på geografiska regioner som skulle kunna vara lämpliga för sådana utvecklingsarbeten är Dalarna, Gävleborg, Uppsala, Västra Götaland och Östergötland.

Finansieringen av stöd till sådana utvecklingsarbeten bör kunna ske genom medel från UO 9, anslag 1:8, vilket får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för insatser inom psykiatri och psykisk hälsa. Anslaget får även användas för utgifter för forskning inom psykiatri och psykisk hälsa.

7 Författningskommentar

7.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

13 a kap.

1 §

Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.1. Ett reglerat grunduppdrag för primärvården behandlades i prop. 2019/20:164, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, och är ett resultat av den pågående omställningen av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, med målet att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Det reglerade grunduppdraget fastställer en minsta gemensam nivå för vad primärvården i hela landet ska kunna erbjuda. Vad som utgör primärvård definieras i 2 kap. 6 § HSL. Den första punkten i 13 a kap. 1 § HSL anger att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov.

Tillägget av *fysiska och psykiska* i fråga om vilka vanligt förekommande vårdbehov som avses, görs i syfte att särskilt adressera den psykiska ohälsan i den omställning av hälso- och sjukvården och i den primärvårdsreform som nu pågår. Redan i dag svarar primärvården för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster i fråga om psykisk ohälsa. Av definitionen av primärvård i 2 kap. 6 § HSL framgår att primärvården inte är avgränsad i fråga om t.ex. sjukdomar. Formerna för att tillhandahålla och följa upp hälso- och sjukvårdstjänster för psykisk ohälsa är dock generellt sett inte lika strukturerade som formerna för detta i fråga om fysisk ohälsa. De psykiska vårdbehoven hamnar i detta avseende ofta i skymundan av arbetet som avser de fysiska vårdbehoven. Tillägget synliggör primärvårdens roll avseende båda dessa former av vårdbehov och skapar därigenom bättre förutsättningar för en jämlik nära vård för både fysisk och psykisk ohälsa.

Vad som närmare avses med vanligt förekommande psykiska vårdbehov och vad som därmed ska omhändertas i primärvården är, liksom avseende vanligt förekommande fysiska vårdbehov, upp till respektive huvudman att avgöra (jfr anförd prop., s. 117 f.). Frågan aktualiseras endast för regionerna, eftersom all hälso- och sjukvård som kommunerna bedriver med stöd av HSL är på primärvårdsnivå. Psykisk ohälsa som kan falla inom ramen för vanligt förekommande vårdbehov kan t.ex. vara mild till måttlig depression eller ångestsyndrom. Socialstyrelsens nationella riktlinjer kan utgöra ledning i huvudmännens bedömning i denna fråga. De hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose dessa vårdbehov kan vara av såväl enkelt som mer kvalificerat slag. De inkluderar förebyggande åtgärder. I tredje punkten anges särskilt att förebyggande insatser faller inom ramen för primärvårdens grunduppdrag, vilket omfattar såväl fysisk som psykisk hälsa.

Av bestämmelsens ordalydelse, som inkluderar både *hälso- och sjukvårdstjänster* och *vårdbehov*, framgår att primärvårdens uppdrag är begränsat till sådan ohälsa, såväl fysisk som psykisk, som faller inom ramen för vad som ska omhändertas av hälso- och sjukvården.

Efterord

Utredningen avslutas – vad händer nu?

I och med detta allra sista betänkande är det dags för utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård att avslutas. Det har varit en fantastisk resa för oss som arbetat i utredningskansliet under de här ganska precis fyra åren. Vi har fått bidra med fem betänkanden, varav förslagen i flera av dem redan tagits vidare i den lagstiftande processen. De har utgjort underlag för lagändringar i syfte att skapa en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.

Nu är det dags för andra att ta över, och på olika sätt och utifrån sitt uppdrag och sammanhang bidra till ett genomförande i enlighet med den målbild som riksdagen beslutat; hälso- och sjukvården bör ställas om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

För oss som arbetat i utredningen känns det förstas väldigt bra med de regeringsuppdrag som hittills lämnats till Socialstyrelsen, IVO och Vård- och omsorgsanalys att på olika sätt stödja omställningen. Likaså med det pågående arbete som genomförs av SKR, och av landets många regioner och kommuner.

Samtidigt vill vi skicka med några avslutande ord: det är, och kommer fortsatt att vara, helt avgörande för framgång i denna reform att invånare, patienter och hälso- och sjukvårdens medarbetare aktivt involveras i arbetet med omställningen. Inte enbart informeras, utan *involveras* i framtagandet av strategier och i beslutsprocesser och

genomförande på regional, lokal och verksamhetsnivå. Det är också avgörande att de ekonomiska resurser som avsätts av stat, region och kommun för omställningen verkligen tydligt kommer primärvården till godo, och på ett sätt som syns för dess medarbetare.

Vi skrev om tillit i systemet, eller snarare bristen på tillit, redan i vårt allra första betänkande i juni 2017 och har sedan haft tillitsproblematiken återkommande med i våra betänkanden. Här vilar ett stort ansvar på stat och huvudmän att nu visa såväl invånare som medarbetare i hälso- och sjukvården en beslutsamhet och uthållighet i genomförandet av en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Ett hälso- och sjukvårdssystem som också ger förutsättningar för en god arbetsmiljö och ett hållbart yrkesliv för medarbetarna.

Vi är glada att ha fått bidra med vår del i arbetet, vi som i olika faser varit med i utredningens arbete. En hälso- och sjukvård med både hjärta och hjärna. En hållbar hälso- och sjukvård med hög kvalitet, där man som patient och närstående känner delaktighet och trygghet, som skattebetalare känner förtroende och där man som medarbetare väljer att arbeta.

Vi som arbetat i utredningen har lärt oss så mycket av er alla. Vi vill återigen rikta ett stort och varmt tack till alla som gjort vårt arbete möjligt med ert engagemang, er kunskap och er stora vilja att bidra!

Referenser

Författningar

Lagar m.m.

FN:s konvention om barnets rättigheter.

Föräldrabalken.

Regeringsformen.

Arbetsmiljölagen (1977:1160).

Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Lag (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina.

Socialtjänstlagen (2001:453).

Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Skollagen (2010:800).

Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Patientlagen (2014:821).

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Kommunallagen (2017:725).

Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter.

Lag (2020:1043) om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Förordningar

Högskoleförordningen (1993:100).

Förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

Förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Förordning (2020:429) om statsbidrag till ideella organisationer inom området för psykisk hälsa och suicidprevention.

Myndighetsföreskrifter m.m.

Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.

Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2014:1) om bidrag till arbetsgivare.

Socialstyrelsen, *Läkarnas specialiseringstjänstgöring Föreskrifter och allmänna råd Målbeskrivningar 2015.*

Socialstyrelsen, *Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen, 2012.*

Socialstyrelsen, *Se tecken och ge rätt stöd – vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, 2013.*

Socialstyrelsen, *Att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa – vägledning för verksamhetsansvariga inom socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård samt primärvård, 2013.*

Offentliga tryck

Riksdagstryck

Socialutskottets betänkande 1981/82:51, *om hälso- och sjukvårdsdrag, m.m.*

Kulturutskottets betänkande 2009/10:KrU7, *En politik för det civila samhället.*

Riksdagsskrivelse 2009/10:195.

Propositioner och skrivelser m.m.

Lagradsremiss, *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, 2018.

Prop. 1967:48, *angående hälso- och sjukvård samt motionsverksamhet för studerande.*

Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdsdrag, m.m.*

Prop. 1982/83:129, *om vissa studiesociala frågor (hälsovård för högskolestuderande, gymnasieelevers resor och återbetalning av studiemedel).*

Prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*

Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*

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

Prop. 1998/99:120, *Företagshälsovård.*

Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården.*

Prop. 2008/09:82, *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående.*

Prop. 2009/10:55, *En politik för det civila samhället.*

Prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*

Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020.*

Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Prop. 2020/21:1, *Budgetpropositionen för 2021.*

Prop. 2020/21:60, *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.*

Skr. 2014/15:72, *Riksrevisionens rapport om primärvårdens styrning.*

Statens offentliga utredningar

SOU 1990:105, *Studenten och tvångsanslutningen.*

SOU 2014:6, *Män och jämställdhet.*

SOU 2016:2, *Effektiv vård.*

SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform.*

SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa.*

SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg.*

SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan.*

SOU 2019:56, *Idéburen välfärd.*

SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*

SOU 2020:24, *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.*

SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*

Delrapportering Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess S 2018:06.

Departementsserien och promemorior

Ds 2020:15, *Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser.*

Kommittédirektiv

Dir. 2017:88, *Bättre möjligheter för elever i de obligatoriska skolformerna att nå de kunskapskrav som minst ska nås.*

Dir. 2019:37, *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet.*

- Dir. 2019:93, *En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*.
- Dir. 2020:18, *Tilläggsdirektiv till Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07)*.
- Dir. 2020:68, *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd*.
- Dir. 2020:81, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.

Rapporter

- Department of Health, *IAPT three-year report. The first million patients*, 2012.
- Folkhelseinstituttet, *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*, 2016.
- Folkhälsoinstitutet, *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer (FHI 2006:08)*, 2006.
- Folkhälsoinstitutet, *Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa (FHI 2008:12)*, 2008.
- Folkhälsomyndigheten, *Hälsa på lika villkor*, 2018.
- Folkhälsomyndigheten, *Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa. En kartläggande litteraturöversikt – uppdatering 2018*, 2019.
- Folkhälsomyndigheten, *Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*, 2019.
- Folkhälsomyndigheten, *Ojämligheter i psykisk hälsa. Kunskapssammanställning*, 2019.
- Folkhälsomyndigheten, *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner*, 2020.
- Folkhälsomyndigheten, *Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten*, 2020.
- Försäkringskassan, *Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning, Korta analyser 2017:1*.
- Försäkringskassan, *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2019*, 2019.

- Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, 2020.
- Helsedirektoratet, *Rask psykisk helsehjelp – 12 pilotkommuner, veiledende materiell*, 2013.
- Högskoleverket, *Högskolans ansvar för studenthälsovården, Tillsynsrapport 1999:6 R*, 1999.
- Högskoleverket, *Studier – karriär – hälsa – en utvärdering av högskolornas arbete med studie vägledning, karriär vägledning och studenthälsovård, Rapport 2007:24 R*, 2007.
- Högskoleverket, *En ny psykoterapeutexamen, Rapport 2011:20 R*, 2011.
- Inspektionen för vård och omsorg, *Elevhälsan. Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*, 2015.
- London School of Economics and Political sciences, Centre for Economic Performance, *The Depression report, A New deal for Anxiety and Depression Disorders*, 2006.
- McDaid D, Hewlett E, Park A, *OECD Health Working Papers No. 97, Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness*, 2017.
- Mind, *Unga mår allt sämre – eller?*, 2018.
- Myndigheten för Delaktighet, *Rivkraft 18 – hälsa, kost och fysisk aktivitet*, 2017.
- NSPH, *Vem hjälper dem som hjälper?*, 2015.
- OECD, *Health at a glance: Europe 2018, State of Health in the EU cycle*, 2018.
- Riksrevisionen, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?*, RiR 2014:22.
- Riksrevisionen, *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner*, RiR 2015:19.
- SBU, *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården, en systematisk litteraturöversikt*, 2012.
- SKR, *Basmodell för uppföljning av primärvård*, 2014.
- SKR, *Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård*, 2019.

- Socialstyrelsen, *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa*, 2003.
- Socialstyrelsen, *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*, 2014.
- Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*, 2015.
- Socialstyrelsen, *Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*, 2016.
- Socialstyrelsen, *Försäkringsmedicinskt underlag. Utmattningssyndrom*, 2017.
- Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2017 Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialpsykiatri) Guide för att tolka resultaten*, 2017.
- Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning*, 2018.
- Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre*, 2018.
- Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning av 2016 och 2017 års överenskommelse mellan staten och SKL. Delrapport*, 2018.
- Socialstyrelsen, *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Behovs- och problemanalys avseende god vård*, 2019.
- Socialstyrelsen, *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*, 2019.
- Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018. Slutrapport*, 2019.
- Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2019.
- Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet*, 2020.
- Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*, 2017, uppdaterade 2020.

- Socialstyrelsen, *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019*, 2020.
- Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Ett förslag på indikatorer*, 2020.
- Svenska psykiatriska föreningen, *Suicidnära patienter. Kliniska riktlinjer för utredning och vård*, 2013.
- The Harvard School of Public Health, World Economic Forum, *The global economic burden of non-communicable diseases*, 2011.
- UKÄ, *Studenthälsovården vid Sveriges universitet och högskolor*, 2020.
- Uppsala Kommun, *Socialpsykiatri – Utredning, kartläggning och analys av verksamhetsområdet socialpsykiatri*, Uppsala kommun 2015, 2016.
- Vårdanalys, *Från mottagare till medskapare*, Rapport 2018:8, 2018.

Övrigt

- 1177 Vårdguiden, *KBT på nätet*, <https://www.1177.se/om-1177-varldguiden/e-tjanster-pa-1177-varldguiden/det-har-kan-du-gora-nar-du-loggat-in/stod-och-behandling-pa-natet/kbt-pa-natet/> (hämtad 20-12-14).
- 1177 Vårdguiden, *Psykoterapi och psykologisk behandling*, 2020, <https://www.1177.se/liv--halsa/psykisk-halsa/att-soka-stod-och-hjalp/psykoterapi-och-psykologisk-behandling> (hämtad 20-10-29).
- Ansseau et al., *High prevalence of mental disorders in primary care*, *Journal of affective disorders*, 78(1), 49–55, 2004.
- Argentzell E, *Som en länk mellan patient och personal – Utvärdering av införandet av mentorer som en ny yrkeskategori inom Psykiatri Skåne*, 2017.
- Boström A-M, Marmstål Hammar L, Swall A, *Vårdkvaliteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, 2020.

- Departementen, *Mestre hele livet, Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*, 2017,
https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
(hämtad 20-11-01).
- Dietisternas Riksförbund, *Specialistordning för dietister, inrättad 2011*, 2020,
(<https://drf.nu/wp-content/uploads/2020/01/SPECIALISTORDNING-2020-Redigerad-Version-25-jan.pdf>)
(hämtad 20-12-09).
- Folkhälsomyndigheten, *Hälsan hos personer med funktionsnedsättning*, 2020,
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/funktionsnedsattning/halsan-hos-personer-med-funktionsnedsattning/> (hämtad 20-11-24).
- Folkhälsomyndigheten, *Suicidförsök*, 2020,
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/suicidforsok/> (hämtad 20-11-23).
- Forskning och framsteg, *Få söker vård för hög alkoholkonsumtion*, 2020-11-19, <https://fof.se/tidning/2020/11/artikel/fa-soker-vard-for-hog-alkoholkonsumtion> (hämtad 20-12-12).
- FPA, *FPA-statistik Rehabilitering 2019*, 2020,
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/315063/Kelan_kuntoutustilasto_2019.pdf?sequence=5&isAllowed=y
(hämtad 20-12-16).
- FPA, *Rehabiliterande psykoterapi*,
<https://www.kela.fi/web/sv/rehabiliterande-psykoterapi>
(hämtad 20-08-14).
- Fysioterapeuterna, *Specialistordning för fysioterapeuter, Inrättad 1993*, 2014,
https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/specialistordning/specialistordning_fysioterapeuterna_lowres_uppdaterad-200206.pdf (hämtad 20-12-12).

- Helsedirektoratet, *Regelverk for tilskuddsordning: Rask psykisk helsehjelp*, 2019,
https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-rask-psykisk-helsehjelp/Tilskuddsregelverk%20RPH%202019.pdf/_/attachment/inline/b8f8b81a-275a-45ab-ab68-99a9937beb9e:087be0978b3d803f3bfc042806398c0b9cf6067f/Tilskuddsregelverk%20RPH%202019.pdf
(hämtad 20-11-01).
- Hirvikoski T, Boman M, *Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: a population-based study*, Psychol Med., Jun 26:1-12, 2019.
- Holst A, et al, *Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study*, BMJ open 8.11, 2018.
- Inera, *1177 Vårdguiden på telefon*, 2020,
<https://www.inera.se/tjanster/1177-varldguiden/1177-varldguiden-pa-telefon/> (hämtad 20-12-20).
- Inera, *Första linjens digitala vård*, 2020,
<https://www.inera.se/utveckling/forsta-linjens-digitala-varld/om-forsta-linjens-digitala-varld/#section-1425>
(hämtad 20-12-17).
- Kallioinen M, Bernhardsson J, Grohp M et al, *Enkät besvarad av över 2 000 patienter. Psykisk ohälsa stort problem hos primärvårdens patienter*, Läkartidningen, 2010;107(23), 2010.
- Knapstad et al, *Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial*, Psychoterapy and Psychosomatics 2020;89:90–105, 2020.
- Kompetenscentrum psykisk ohälsa, Region Stockholm, *En stegvis vårdmodell*,
<https://www.kompetenscentrumpsykiskohalsa.se/utbildning/stegvis-varld/en-stegvis-varldmodell/> (hämtad 20-11-21).
- Läkartidningen, *Internet-KBT ger effektiv behandling*, 2017,
<https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/varldutveckling/2017/01/internet-kbt-ger-effektiv-behandling/> (hämtad 20-12-14).

- Malmö stad, *Handlingsplan för Socialpsykiatri*, 2019, <https://motenmedborgarportal.malmo.se/welcome-sv/namn-styrelser/funktionsstodsnamnden/mote-2019-12-16/agenda/handlingsplan-for-socialpsykiatri.pdf?downloadMode=open> (hämtad 20-12-12).
- Mind, *Föräldralinjen*, 2020, <https://mind.se/hitta-hjalp/foraldralinjen/> (hämtad 20-12-17).
- Mind, *Självordslinjen*, 2020, <https://mind.se/hitta-hjalp/sjalvmordslinjen/> (hämtad 12-12-17).
- Mind, *Äldrelinjen*, 2020, <https://mind.se/hitta-hjalp/aldrelinjen/> (hämtad 20-12-17).
- MyNewsDesk, *50 miljoner till bättre vård för psykisk hälsa* <https://www.mynewsdesk.com/se/mp-sll/pressreleases/50-miljoner-till-baettre-vaard-foer-psykisk-haelsa-3045984> (hämtad 20-12-03).
- NAPHA, *Rask psykisk helsehjelp*, <https://www.napha.no/content/13931/Rask-psykisk-helsehjelp> (hämtad 20-08-13).
- NAPHA, *Rask psykisk helsehjelp dobbelt så effektiv som vanlig oppfølging* <https://www.napha.no/content/23829/Rask-psykisk-helsehjelp-dobbelt-sa-effektiv-som-vanlig-oppfolging> (hämtad 20-08-14).
- Natur & Kultur, *Psykologilexikon*, <https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=psykoedukation> (hämtad 20-12-12).
- NHS, *Adult Improving Access to Psychological Therapies programme*, <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/> (hämtad 20-08-12).
- NHS, *NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20 – 2023/24*, 2019, <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/07/nhs-mental-health-implementation-plan-2019-20-2023-24.pdf> (hämtad 20-11-01).
- NHS Digital, *Psychological Therapies, Annual report on the use of IAPT services 2019–20*, 2020, <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/psychological-therapies-annual-reports-on-the-use-of-iapt-services/annual-report-2019-20> (hämtad 20-08-12).

- Nilsson I, *Kan morgondagens medicin vara social samvaro på recept?*, Hälsa nummer 3, 2020.
- NSPHiG, *Brukarstyrd brukarrevision som inventerings- och uppföljningsverktyg*, 2015, <http://nspbig.se/wp-content/uploads/2019/01/metodhandbok-final.pdf> (hämtad 20-12-13).
- OECD, *Factsheet on Promoting Mental Health*, 2018.
- OECD, *Mental Health Performance Network*, <https://www.oecd.org/health/OECD-Mental-Health-Performance-Framework-2019.pdf> (hämtad 20-11-01).
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, inriktning psykiatrisk vård*, 2014, https://psykriks.se/wp-content/uploads/2018/07/Kompetensbeskrivning_specialist_psykiatri.pdf (hämtad 20-12-12).
- Psykologförbundet, *Specialisttjänst och PLA*, <https://www.psykologforbundet.se/Lon-och-avtal/specialisttjanst--pla---ansvarsomraden/> (hämtad 20-11-17).
- Regeringen, *Agenda 2030 för hållbar utveckling*, 2016, <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/agenda-2030-for-hallbar-utveckling/> (hämtad 20-11-01).
- Regeringen, *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck*, 2014.
- Regeringskansliet, *Delmål 5: Jämställd hälsa*, 2019, <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/jamstalldhetsdelmal-5-jamstalld-halsa/> (hämtad 20-09-22).
- Regeringskansliet (Kulturdepartementet), *Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende anslag 13:5 Insatser för den ideella sektorn*, 2019.
- Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor för att förebygga kroniska sjukdomar*, 2017.
- Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag om utvecklingsarbete i primärvården för att vid psykisk ohälsa förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor*, 2018.

- Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård*, 2019.
- Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att genomföra ett pilotprojekt avseende samordnat folkhälsoarbete på regional nivå*, 2019.
- Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att stödja hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och att ge stöd till efterlevande*, 2019.
- Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje som riktar sig till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet samt anhöriga och närstående*, 2020.
- Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023*, 2020.
- Regeringskansliet (Utbildningsdepartementet), *Uppdrag att kartlägga studenthälsovården*, 2019.
- Region Gävleborg, *Vårdlinjearbetet PV/VUP*, 2020.
<https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-vard-tandvard/kunskapsstod-och-rutiner/Dokument-och-rutiner/samverkansdokument/Psykisk-ohalsa/> (hämtad 20-12-20).
- Region Skåne, *Riskbruk, missbruk eller beroende*, 2015,
<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/levnadsvanor/handbocker/riskbruk-missbruk-eller-beroende-dec-2015.pdf> (hämtad 20-12-11).
- Region Stockholm, *Vad är riskbruk och beroende?*,
<https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/audit-utbildning/riskbruk-och-beroende/> (hämtad 20-12-11).
- Region Uppsala, *Handlingar och protokoll, Regionstyrelsen 20-03-31*, 2020,
<https://opengov.360online.com/Meetings/REGIONUPPSALA/Meetings/Details/365470?agendaItemId=213155>
(hämtad 20-12-22).
- Regjeringen.no, *Kommunalt rus og psykisk helsearbeid*, 2014,
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/kommunalt-rus-og-psykisk-helsearbeid/id2344815/> (hämtad 20-08-13).

- Roca et al., *Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care*, Journal of affective disorders, 119(1-3), 52–58, 2009.
- Rück C, *Olyckliga i paradiset*, 2020.
- SCB, *Finansiärer och utförare inom vården, skolan och omsorgen*, 2019.
- SCB, *Företag (FDB) efter näringsgren SNI2007 och storleksklass. År 2008–2020*,
http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__NV__NV0101/FDBR07N/ (hämtad 20-12-22).
- SKR, *Kraftsamling för psykisk hälsa*, 2020.
<https://skr.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/kraftsamlingpsykiskhalsa.28676.html> (hämtad 20-12-10).
- SKR, *Nationella vård- och insatsprogram*, 2020,
<https://www.vardochinsats.se/> (hämtad 20-12-10).
- SKR, *Strategi för hälsa*, 2019,
<https://skr.se/halsasjukvard/strategiforhalsa.9515.html>
(hämtad 20-12-10).
- Social- och hälsovårdsministeriet, *Mentalvårdstjänster*,
<https://stm.fi/sv/mentalvardstjanster> (hämtad 20-08-14).
- Social- och hälsovårdsministeriet, *Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030*, 2020.
- Social- och hälsovårdsreformen, *Programmet Framtidens social- och hälsocentral*, <https://soteuudistus.fi/sv/programmet-framtidens-social-och-halsocentral> (hämtad 20-08-14).
- Socialstyrelsen, *Det vi inte ser. Ett flexibelt utbildningsmaterial*, 2020, <https://www.socialstyrelsen.se/det-vi-inte-ser/>
(hämtad 20-12-10).
- Socialstyrelsen, *Läkemedelsregistret*, 2020,
<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/lakemedelsregistret/> (hämtad 20-09-18).
- Socialstyrelsen, *termbanken*, <https://termbank.socialstyrelsen.se/>
(hämtad 21-01-04).
- Svensk MeSH, <https://mesh.kib.ki.se/> (hämtad 20-10-29).
- Svenska Akademiens ordböcker, <https://svenska.se/>
(hämtad 20-10-29).

- Svenska psykiatriska föreningen, *SPF:s kliniska riktlinjer*.
<http://www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer/>
(hämtad 20-12-10).
- Sveriges Företagshälsor, *Om Företagshälsovård*,
<https://www.foretagshalsor.se/sv/om-foretagshalsovard>
(hämtad 20-12-14).
- UKÄ, *Antal examina – socionomexamina 2019/20*,
https://www.uka.se/statistik--analys/statistikdatabas-hogskolan-i-siffror/statistikomrade.html?statq=https%3A%2F%2Fstatistik-api.uka.se%2Fapi%2Ftotals%2F24%3Funiversity%3D1%26year%3D2019%252F20%26group_slug%3D05e750677fee383f73c651a89286be3d8ee74830 (hämtad 20-12-12).
- UKÄ, *Antal sökande per antagen (söktryck) till yrkesexamensprogram – socionomexamen HT2020*, 2020,
https://www.uka.se/statistik--analys/statistikdatabas-hogskolan-i-siffror/statistikomrade.html?statq=https%3A%2F%2Fstatistik-api.uka.se%2Fapi%2Ftotals%2F99%3Funiversity%3D1%26year%3DHT2020%26group_slug%3D0da39aa2adac5cd8af0ae78608a3220cc666a6b5 (hämtad 20-11-22).
- University of East Anglia, *About IAPT and the history of the programme*,
<https://www.uea.ac.uk/medicine/departments/psychological-sciences/cognitive-behavioural-therapy-training/-about-iapt-and-the-history-of-the-programme> (hämtad 20-08-07).
- Uppdrag psykisk hälsa, *Primärvårdens arbete med psykisk ohälsa*,
<https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/primarvard/>
(hämtad 20-12-03).
- Vården i siffror, *PrimärvårdsKvalitet – rapport på vården i siffror*, 2020,
<https://vardenisiffror.se/report/view?id=5ef18c3dcaa52c133839bd6b> (hämtad 20-12-20).
- Vårdförbundet, *Reflektionssamtal*,
https://www.vardforbundet.se/siteassets/rad-och-stod/regelverket-i-varden/vagledning-etisk-stress/high_2_vfb_a4_reflektionssamtal_rgb.pdf (hämtad 20-12-07).

Västra Götalandsregionen, *Vårdsamordnare psykisk ohälsa, Funktionen*, [https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/wardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/wardval-wardcentral/wardsamordnare-psykisk-ohalsa/funktionen/](https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/vardval-wardcentral/wardsamordnare-psykisk-ohalsa/funktionen/) (hämtad 20-09-26).

WHO, *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*, 2010.

WHO, *Mental Health Action Plan 2013-2020*, 2013.

Kommittédirektiv 2017:24

Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården

Beslut vid regeringssammanträde den 2 mars 2017

Sammanfattning

En särskild utredare ska utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.

Utredaren ska bl.a.

- fördjupa analyserna av förslag i betänkandet Effektiv vård,
- redovisa förslagens konsekvenser samt
- i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet.

Bakgrund

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus. Sverige är ett av de länder som har flest sjukhusläkare i världen per capita. Sjukvård bedrivs enligt dagens regelverk antingen som öppen eller som sluten vård. För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning finns det

sjukhus och den vården kallas för slutna vård. All annan hälso- och sjukvård är öppna vård.

I internationella jämförelser har svensk vård en hög kvalitet när det gäller medicinska resultat, men sämre resultat när det gäller kontinuitet, patientmedverkan m.m. Den demografiska utvecklingen, fler personer med kroniska sjukdomar, begränsade resurser, urbanisering och utvecklingen inom andra områden, exempelvis medicinteknik, it och behov hos vårdpersonal, kommer dock att kräva en förändring av hälso- och sjukvårdens struktur och organisation för att åstadkomma ett effektivare resursutnyttjande, ökad kvalitet och bättre tillgänglighet samt öka förtroendet hos befolkningen.

Huvudmän – och därmed de ytterst ansvariga – för hälso- och sjukvården är de landsting och de kommuner som enligt lag ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget eller som efter beslut av kommunen bor i vissa sådana boendeformer eller bostäder som avses i socialtjänstlagen (2001:453).

Primärvården har en central roll

Primärvården, som är en del av den öppna vården, har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet eftersom det är dit patienten först förväntas vända sig för att få en bedömning, behandling eller skickas vidare för utredning eller behandling inom specialistsjukvården. I dag vänder sig dock en stor andel av patienterna till andra vårdnivåer, t.ex. akutmottagningar, bl.a. på grund av brist på annan tillgänglig vårdinstans (Effektiv vård SOU 2016:2). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, ska 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 ska ges företräde till vården. Regeringen har därutöver ett delmål för jämställdhetspolitiken om att kvinnor och män ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor. I en välfungerande vårdkedja har alla tillgång till den vård och vårdnivå de har behov av och vården erbjuds i rätt tid. Utgångsläget ska vara att ingen ska behöva vårdas på sjukhus i onödan.

Vård på sjukhus som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i en icke optimal vård av patienten, i höga kostnader och vårdskador. En enda akut slutenvårdsepisod motsvarar i genomsnitt kostnaden

för 56 läkarbesök i primärvården eller 220 hemtjänsttimmar för de mest sjuka äldre (Ingen på sjukhus i onödan, SKL 2016).

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver därför reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. En förstärkning av primärvården är därför nödvändig.

Under det senaste decenniet har primärvården i Sverige genomgått omfattande förändringar såsom införandet av vårdval, lagregleringen av vårdgarantin och möjligheterna att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård utanför det egna landstinget. Dessutom kan vård som tidigare krävde intagning på sjukhus, genom nya sätt att organisera hälso- och sjukvården samt nya behandlingsalternativ numera även utföras på andra platser än sjukhus. Detta innebär att gränsen mellan öppen och sluten vård i praktiken successivt förändras. Som exempel kan nämnas att viss vård som tidigare endast kunde ges på sjukhus numera kan erbjudas i hemmet. Den öppna vården kan således utföras på en vårdmottagning men också i patientens hem eller i ett särskilt boende.

Primärvården, och den övriga hälso- och sjukvården, har dessutom flera utmaningar att hantera, t.ex. ökade bemanningsproblem och en bristande digital arbetsmiljö i flera delar av landet. När det gäller den sistnämnda frågan visade myndigheten Vårdanalys i promemorian Ändamålsenliga journalsystem i primärvården att i en internationell jämförelse mellan tio länder så är svenska primärvårdsläkare minst nöjda med sina elektroniska journalsystem. Endast 37 procent svarade att de var nöjda eller mycket nöjda medan motsvarande siffra i Storbritannien var 86 procent. Läkarnas nöjdhet med journalsystemen varierar vidare betydligt mellan olika landsting och regioner inom landet, från 10 procent i Skåne till 78 procent i Kronoberg. Därutöver kommer antalet patienter som behöver ha kontinuerlig kontakt med vården, och flera delar av vården, att öka eftersom fler lever allt längre och därmed hinner utveckla och leva under lång tid med kroniska sjukdomar.

Enligt 5 § HSL ska primärvården som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver

sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Förutom denna bestämmelse i HSL finns det inte någon lagstadgad definition av primärvårdens uppdrag. Vad som ingår i uppdraget till primärvården påverkas av landstingens bedömning av vilka insatser som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Det kommunala självstyret innebär dessutom att landstingen har stor frihet att själva besluta om hur hälso- och sjukvården ska organiseras och nivåstruktureras. I ett landsting kan en verksamhet ingå i uppdraget till primärvården medan samma verksamhet i ett annat landsting ingår i hälso- och sjukvårdstjänster som organiseras på annat sätt.

Det har framförts förslag om att primärvårdens uppdrag bör tydliggöras. Riksrevisionen har t.ex. granskat hur de statliga reformerna om vårdval och lagstadgad vårdgaranti påverkat möjligheterna för primärvården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I en granskningsrapport som publicerades i oktober 2014 rekommenderade Riksrevisionen att regeringen ska ta initiativ till att göra vårdvalssystemen mer lika och formulera ett nytt mer enhetligt primärvårdsuppdrag. Enligt Riksrevisionen är det en bland flera åtgärder ”som är värda att pröva i syfte att styra primärvården mot vårdens övergripande målsättningar”. Sedan den 1 januari 2015 har patienter, enligt 9 kap. patientlagen (2014:821), möjlighet att välja utförare inom eller utom det egna landstinget. Det innebär bl.a. att en person som är bosatt i ett landsting kan välja vårdcentral och fast läkarkontakt i ett annat landsting. Detta förhållande kan också i förlängningen öka medborgarnas förväntningar på att få samma eller likvärdiga tjänster oavsett landsting – och därigenom skynda på en utveckling mot en mer jämlik hälso- och sjukvård. Att primärvårdsuppdraget blir mer enhetligt över landet och tydligt för medborgarna är också viktigt för att öka förtroendet för vården.

Beträffande försörjning och finansiering av läkemedel så utgår dagens system från den lagstadgade uppdelningen av vården i öppen respektive slutna vård. Läkemedel inom den slutna vården, som ofta benämns rekvisitionsläkemedel betalas till övervägande del av landstingen. Det finns också läkemedel som rekvireras till öppen vård t.ex. till vårdcentraler. Den största delen av de läkemedel som används i den öppna vården distribueras dock på öppenvårdsapoteken och be-

kostas dels av patienten, dels av staten genom högkostnadsskyddet i den mån läkemedlen ingår i läkemedelsförmånerna.

En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

Regeringen beslutade den 21 november 2013 att ge en nationell samordnare i uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt (dir. 2013:104). Analysen skulle bl.a. belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns. Utredningen antog namnet En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. I januari 2016 överlämnades slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) till regeringen.

I betänkandet framhåller utredningen att det behövs en starkare och mer enhetlig styrning på stuktornivå i hälso- och sjukvården för att åstadkomma förändringar. Utredningen menar bl.a. att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Regeringen delar utredningens övergripande bedömning.

Enligt utredningen har primärvården svårt att klara uppdraget som första linjens vård. Primärvården är underdimensionerad både i förhållande till förväntningar och potential. Öppettiderna är alltför begränsade och tillgängligheten i akuta fall är låg. Det kan också konstateras att primärvården i Sverige i jämförelse med andra länder erbjuder en låg grad av kontinuitet för patienten. En bidragande orsak till bristande tillgänglighet och kontinuitet är de svårigheter som landstingen har med kompetensförsörjning och bemanning av bl.a. specialister i allmänmedicin. En växande användning av s.k. hyrläkare påverkar primärvårdens kostnader och därmed landstingens budget. Även kontinuitet för patienten påverkas. Såväl Konkurrensverket som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i rapporter lyft frågan och visat på eventuella negativa konsekvenser av situationen (se Konkurrensverket 2015:10 Hyrläkare i primärvården – en kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader och IVO 2016 Hyrläkare – vårdgivarens dilemma?).

Utredningen bedömer att den nuvarande strukturen vad gäller primärvård och sjukhusanknuten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården är alltför begränsad i sin funktion vad gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatser från landstingens hälso- och sjukvård, kommunernas hemsjukvård och socialtjänst.

Förslagen i Effektiv vård

I betänkandet Effektiv vård föreslås en förändring av de grundläggande styrprinciperna för vårdens organisering. Utredningen menar att de styrande principerna för hälso- och sjukvårdens organisering i dag i stor utsträckning utgår från slutna vård vid sjukhus. Därför föreslår utredningen att lagstiftningen ska utgå från att vården ska organiseras nära befolkningen om det inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl är motiverat att koncentrera vården. Huvudprincipen ska vara öppen vård men där öppenvård inte är möjlig ska vården ges som slutna vård. Detta synsätt är enligt utredaren egentligen praxis redan i dag. Utredningen påpekar även att det finns anledning att överväga om det fortsatt behövs en uppdelning i öppen respektive slutna vård. Vidare anges att gränserna mellan öppen och slutna vård nu är så oklara att det sannolikt inte är ändamålsenligt att upprätthålla någon exakt distinktion. När det gäller den slutna vården föreslår utredningen att denna ska kunna ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Utredningen föreslår dessutom en lagstiftning med ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. Det innebär att primärvården ska vara befolkningens första kontakt med vården, ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov, ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus, remittera till annan vård vid behov samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten och se till patientens samlade förutsättningar och behov.

Utredningen menar att en principiellt viktig skillnad mot nuvarande lagstiftning är att primärvården ska ta hand om ”de allra flesta vårdbehov” och inte bara ”grundläggande behov” som i dag. Utredningen anser att mer och mer avancerad vård behöver utföras i primär-

vården, och att det kommer att innebära att primärvården behöver förstärkas med personella resurser.

Därutöver innehåller betänkandet förslag som innebär att primärvården ska få ett tydligare akutuppdrag. Primärvården ska vara lättillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar. Det finns behov av en lagstiftning för att komma till rätta med problemet att patienter söker vård på sjukhusens akutmottagningar för åkommor som kan hanteras på annan vårdnivå.

Utredningen föreslår även att landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti ska ändras på så sätt att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning inom primärvården, dvs. lagstiftningen ska inte styra patienten till en specifik profession. Den nuvarande bestämmelsen om vårdgarantin ska således ändras så att ”besöksgarantin” i primärvården istället blir en ”bedömningsgaranti”. Om ”besöksgarantin” blir en ”bedömningsgaranti”, gör utredningen bedömningen att tidsfristen skulle kunna förkortas. Utredningen föreslår därför att en bedömning ska kunna lämnas inom tre dagar från patientens kontakt med vården.

Utredningens bedömning är att det finns en bred uppslutning kring uppfattningen att primärvården behöver stärkas i form av resurser och strukturer. Landstingen behöver omfördela resurser inom sina respektive organisationer. Resurser behöver föras över från sjukhusen till primärvården. Överföringen av resurser bör dock ske gradvis, med en tydlig långsiktig viljeinriktning och ett konsekvent agerande. Små och gradvisa steg är att föredra för att tillväxten ska ske dynamiskt och inte riskera att sjukhusvården påverkas negativt i fråga om kvalitet och effektivitet.

Remittering av betänkandet

Betänkandet har remitterats (dnr S2016/00212/FS). I remissvaren till betänkandet instämmer en stor majoritet av instanserna i utredningens bedömning att Sverige har ett sjukhustungt system och de välkomnar att primärvården ska stärkas och vara första linjens vård. Det betonas dock att detta måste ske gradvis och det finns behov av ytterligare analys. Instanserna är vidare positiva till ett nationellt utformat uppdrag för primärvården och att primärvården får ett tydligare akutuppdrag. En del instanser önskar att den resursöverföring

från sjukhusen till primärvården, som utredningen bygger förslagen på, tydligare hade beskrivits.

Andra kartläggningar och analyser

År 2010 hade Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) följa upp hur vårdval har införts i primärvården. Inom ramen för detta uppdrag studerade Socialstyrelsen även hur landstingen beskrev primärvårdens grunduppdrag och vilka likheter och skillnader som fanns mellan huvudmännen med avseende på hur uppdraget var formulerat. Resultatet av uppföljningen visade att det trots vissa skillnader fanns en ganska stor överensstämmelse mellan landstingen om vad som utgör ett grund- eller basåtagande inom primärvården med utgångspunkt från det allmänmedicinska kompetensområdet.

Socialstyrelsen gjorde även 2012 ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården. I uppdraget ingick bland annat att utarbeta ett konkret förslag på hur en rikstäckande datainsamling inom primärvården kan genomföras samt att föreslå vilka uppgifter som bör samlas in om patienternas besök i primärvården. I dag är uppföljningen av primärvården begränsad och därmed saknas viktig information för att få en mer fullständig bild av hälso- och sjukvården.

År 2012 genomförde SKL en jämförelse av landstingens uppdrag till primärvården. Syftet var att kartlägga och jämföra vårdvalssystemen i samtliga 21 landsting utifrån uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter, samt att studera hur dessa villkor förändrats sedan vårdvalet infördes. Jämförelsen visar att landstingen arbetar med likartade övergripande principer men att det finns skillnader.

Socialstyrelsen genomförde 2013 en kartläggning och analys av primärvårdens insatser för de mest sjuka äldre. Ett flertal utvecklingsområden för primärvården identifierades, bland annat förslag som syftade till att förbättra samordningen av vården och behandlingen för de mest sjuka äldre.

Enligt en undersökning om befolkningens (55 år eller äldre) erfarenheter av hälso- och sjukvården framgår att bland de respondenter som angav att de besökt en akutmottagning de senaste två åren, ansåg 29 procent att deras tillstånd kunde ha behandlats av deras ordinarie läkare eller mottagning. Någon skillnad mellan kvinnor och mäns uppfattning framgår inte av rapporten. (Vården ur patienternas perspektiv, Vårdanalys 2014). I rapporten Utveckling av indikatorer för äldres rehabilitering identifierade Socialstyrelsen två studier kring undvikbara akuta tillstånd eller besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå, varav den ena studien avsåg ett litet urval av besök i ett enskilt landsting och den andra studien riktade sig mot äldre kvinnor och män som besökte akutmottagningar. Även om det är svårt att fastslå hur stor andel besök vid sjukhusbundna akutmottagningar som gäller undvikbara akuta tillstånd eller inte sker på ändamålsenlig vårdnivå, skriver Socialstyrelsen att i storleksordningen en femtedel av besöken hade varit möjliga att behandla i primärvården. I Socialstyrelsens rapport redovisas inte om det föreligger någon skillnad mellan kvinnor och män.

Socialstyrelsen har i en nyligen utförd kartläggning (Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade, 2016) konstaterat att kärnverksamheten i primärvården på en övergripande nivå fortfarande är relativt överensstämmande mellan landstingen. Samtidigt har myndigheten i denna studie fördjupat sig i innehållet i kärnverksamheten och har då observerat att det finns variation mellan landstingen i hur kärnuppdraget till primärvården är formulerat och vad som anses ingå i uppdraget. Myndigheten bedömer att en tydligare definition på nationell nivå kan bidra till att minska skillnaderna mellan landstingen.

När det gäller primärvårdens förutsättningar att tillhandhålla en jämlik och patientcentrerad vård har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att göra en fördjupad analys utifrån ett patient- och medborgarperspektiv (dnr S2015/08135/RS). Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 april 2017.

Inom ramen för överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar genomför SKL bl.a. insatser för att främja utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskilt fokus på primärvården. I överenskommelsen ingår bl.a. att främja spridningen och tillämpningen av nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer för ett stort antal kroniska sjukdomar

samt att utveckla ledarskap och stödja uppföljningen av patientresultat i primärvården. I överenskommelsen ingår även att främja utvecklingen av patientcentrerade arbetssätt och metoder i primärvården inom ramen för ett projekt som kallas ”flippen”. I detta arbete ingår att stödja utveckling av vårdtjänster på vårdcentraler som passar olika patientgruppers behov och förutsättningar samt att stödja spridningen av ett sådant arbetssätt inom landstingen och erfarenhetsutbyte mellan sjukvårdsregionerna. Överenskommelsen med SKL pågår t.o.m. 2017 och en redovisning av arbetet ska ske i mars 2018.

Utvecklingen av primärvården har även en central roll i andra överenskommelser mellan regeringen och SKL, bl.a. överenskommelsen om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa samt överenskommelsen om psykisk hälsa.

När det gäller finansieringsmodellen för läkemedel har regeringen tillsatt en utredning som har i uppdrag att se över finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (dnr S2016/07174/FS). Översynens övergripande mål är ett långsiktigt hållbart system som möjliggör en samhällsekonomiskt effektiv användning av läkemedel och följer den etiska plattform som gäller inom hälso- och sjukvården samtidigt som läkemedelskostnaderna kan hållas på en rimlig nivå. Utredningen ska bland annat analysera och överväga om det finns ett fortsatt behov av uppdelning av läkemedel i öppenvårdsläkemedel respektive slutenvårdsläkemedel eller någon annan form av uppdelning. Utredaren ska senast den 1 november 2017 lämna en delredovisning som innehåller en övergripande problembeskrivning och en beskrivning av inriktningen för det fortsatta arbetet. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 december 2018.

Behovet av ett utvecklingsarbete

Hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att bättre utveckla kvaliteten och tillgängligheten samt främja effektivitet och jämlikhet. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förutsättningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för de patientgrupper som har störst behov, framför allt personer med kroniska sjukdomar och personer med komplexa vårdbehov. Ett steg i detta är att vidareutveckla primärvården. Primärvårdens samordnande roll kan bidra till en hel-

hetsyn på patienten och skapa förutsättningar för samverkan mellan olika yrkeskategorier. Det möjliggör ett förebyggande förhållningssätt som är en viktig förutsättning för en hållbar hälsoutveckling. Det är angeläget att primärvården förmår bidra till livsstilsförändringar för att förebygga kroniska eller andra långvariga sjukdomar samt till att minska risken för felaktig läkemedelsanvändning. Insatser för att förebygga psykisk ohälsa och för att minska antalet sjukskrivningar är angelägna utvecklingsområden för primärvården.

Flera studier visar att investeringar i primärvård kan ha en positiv betydelse för hälso- och sjukvårdens övergripande kvalitet och effektivitet. Det gäller inte minst förutsättningarna för att uppnå en jämlikhet fördelning av vårdens resurser. WHO har även i sin världshälso-rapport 2008 lyft fram vikten av en väl fungerande primärvård.

Primärvården måste vara föränderlig och kunna möta de utmaningar som den står inför, bl.a. den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning och att allt fler lever med kroniska sjukdomar. Ett tydliggörande av primärvårdens uppdrag och ansvarsfördelning kan bidra till att öka befolkningens förtroende för primärvården och underlätta samverkan med andra delar av vården och omsorgen.

Förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar

Forskning och erfarenheter visar att många av dagens kroniska sjukdomar både kan förebyggas och behandlas. En förbättrad sjukvård för personer med dessa sjukdomar är därför viktig för patientens välbefinnande. Historiskt har dock vården av personer med kroniska sjukdomar varit lägre prioriterad än andra områden. Personer med kroniska sjukdomar har stort behov av kontinuitet och behöver en hälso- och sjukvård som är anpassad till långa och komplexa sjukdomsförlopp och med hög delaktighet från patienten.

Det finns tecken på en positiv utveckling av vården för kroniskt sjuka, bl.a. genom den uppmärksamhet som området fått de senaste åren. Regeringen beslutade 2014 om en satsning för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar, och den presenterades i form av en nationell strategi. Strategin syftade till att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård i Sverige.

Den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården menar att en komponent i lösningen för att effektivisera vården för personer med kroniska sjukdomar är att utveckla primärvården för att bättre än i dag kunna ta detta ansvar.

En bättre vård för personer med kroniska sjukdomar är också viktig för samhällsekonomin. I Sverige har närmare halva befolkningen minst en kronisk sjukdom och ca 80–85 procent av vårdens kostnader kan knytas till vården av dessa patientgrupper (Vårdanalys (2014) VIP i vården). När fler personer lever allt längre med kroniska sjukdomar får det stora ekonomiska konsekvenser både för den enskilde och för samhället. Dessa personer är också i högre grad långtidssjukskrivna och står utanför arbetsmarknaden jämfört med dem utan kroniska sjukdomar.

En väl fungerande primärvård är sannolikt den enskilt viktigaste åtgärden hälso- och sjukvården kan göra för en mer jämlik hälsa

Primärvården har betydelse för att vården ska ges på lika villkor och fördelas jämligt över befolkningen. Att vården generellt sett i dag har problem med att nå socioekonomiskt svaga grupper och tillmötesgå hälso- och sjukvårdsbehov hos dessa är väl känt.

Ojämlighet i hälsa är ett problem, såväl ur ett individ- som ett samhällsperspektiv. Ökad jämlikhet i hälsa leder till bättre utnyttjande av tillgängliga resurser, och insatser för jämlikhet i hälsa är därför samhällsekonomiskt väl motiverade. Regeringen tillsatte i juni 2015 en kommitté – Kommissionen för jämlik hälsa – med uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna minskar. Kommissionen har lämnat två delbetänkanden och ska slutredovisa sitt uppdrag den 31 maj 2017.

En utbyggnad av primärvården är en åtgärd som landstingen kan göra för att uppnå en mer tillgänglig och jämlik vård oavsett om det gäller jämlikhet mellan geografiska områden eller mellan olika grupper i befolkningen.

Ett nationellt utformat primärvårdsuppdrag kan bidra till detta genom att vårdens innehåll och organisering blir mer likartad över landet och på ett mer transparent sätt kan ge underlag för analyser, jämförelser och utveckling.

Det krävs dock ytterligare analys för att det ska vara möjligt att skapa goda förutsättningar för att primärvården bättre ska kunna tillgodose kvinnors och mäns, flickors och pojkars skilda behov och förutsättningar och fungera som basen i ett effektivt och modernt hälso- och sjukvårdssystem.

Resursöverföring från sjukhusvården

En förstärkning av primärvårdens kapacitet är enligt betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) nödvändig för att nuvarande primärvård ska klara av det primärvårdsuppdrag som samordnaren föreslår. Det kommer därför att krävas en resursöverföring från sjukhusen till primärvården för att primärvården ska kunna ta ett större ansvar för akuta vårdbehov samt för att koordinera hälso- och sjukvårdens insatser. Det bedöms bl.a. handla om att flytta kompetenser och funktioner från sjukhus och annan öppenvård till primärvårdsorganisationen. Sådana exempel finns det gott om, t.ex. att specialister på sjukhusen tjänstgör på vårdcentraler i varierande grad. Det kan göras på flera sätt och måste anpassas till den lokala kontexten. Hur en resursöverföring ska genomföras utan att riskera en försämring av kvaliteten i vården i sin helhet måste analyseras vidare.

En insats i ett större sammanhang

En reformering av hälso- och sjukvården förutsätter att en mängd olika insatser genomförs, där förslagen i Effektiv vård utgör en viktig del. Därutöver är det viktigt att bl.a. stimulera patientkontrakt, slutföra det påbörjade arbetet med betänkandet Träning ger färdighet (SOU 2015:98) samt att ge förutsättningar för att utveckla en god uppföljning av primärvården. Andra centrala delar för en utveckling av vården är fortsatt arbete med kompetensförsörjningsfrågorna och att ta tillvara digitaliseringens möjligheter. Sammanfattningsvis förutsätter en reformering av hälso- och sjukvården att en mängd olika insatser genomförs som tillsammans lägger grunden för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.

Uppdraget

För att kunna möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete, där en del handlar om att organisera vården utifrån allmänhetens och patienternas behov. Mot bakgrund av ovanstående får en särskild utredare i uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet *Effektiv vård* stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Målsättningen är att på sikt förverkliga denna strukturreform av hälso- och sjukvården. En utveckling av primärvården förbättrar också förutsättningarna för en mer tillgänglig vård. Primärvården ska vara det naturliga förstahandsvalet för alla som söker vård, inte minst vid behov av regelbundna vårdkontakter. Till uppdraget ska flera referensgrupper knytas, bl.a. bestående av företrädare för politiska partier och företrädare för professionerna och patienterna.

Analys av förslagen i Effektiv vård

Utredaren får i uppdrag att göra en bred analys av de förslag som den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården lämnade när det gäller primärvården i betänkandet *Effektiv vård*. Utredaren ska beakta följande förslag:

- förändring av grundläggande styrande principer för vårdens organisering
- att sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning
- ett nationellt utformat uppdrag för primärvården
- ett tydligare akutuppdrag för primärvården
- en professionsneutral vårdgaranti och en ändrad tidsfrist för en medicinsk bedömning
- resursöverföring från sjukhusvård till primärvård.

I detta ingår att analysera hur ett genomförande skulle kunna ske i praktiken utan att riskera en sämre kvalitet i vården i dess helhet och identifiera och analysera vilka framgångsfaktorer, problem och hinder

som finns för att primärvården ska utvecklas på ett framgångsrikt sätt. En utgångspunkt ska vara kvinnors respektive mäns behov och förutsättningar. En analys ska även göras av de ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenserna. Analysen ska visa på hur förslagen påverkar patienter samt aktörer så som landsting, vårdgivare m.fl.

Dialog med berörda aktörer

En viktig del av uppdraget består i att initiera samarbeten och samordna diskussioner mellan företrädare för landstingen, myndigheter och andra berörda aktörer, såsom i synnerhet kommuner samt organisationer som företräder patienter och professionerna, när det gäller hur primärvården ska utvecklas. Arbetet ska utgå från förslagen i Effektiv vård, den analys som utredaren har i uppdrag att göra utifrån förslagen i betänkandet.

Med utgångspunkt i detta behöver det formuleras strategier och tas fram regionalt anpassade modeller för utvecklingen av primärvården och en mer effektiv vård. I denna del ingår det bl.a. att se över vilka resurser som behöver föras över från sjukhusvården till primärvården, i enlighet med förslagen i Effektiv vård, och hur detta bör ske. Utredaren ska dock inte ta över det ansvar som landstingen, vårdgivarna och andra myndigheter har utan enbart stödja deras arbete och verka för att arbetet samordnas på nationell och regional nivå.

Även andra förutsättningar som är centrala i utvecklingen av primärvården, som t.ex. kompetensförsörjning och kunskaps- och verksamhetsstöd, ska beaktas i analysen och dialogen med huvudmännen. I uppdraget ingår även att lyfta fram exempel på organisering av primärvården som gett gott resultat. Det kan även ske jämförelser med hur primärvården har organiserats i de nordiska grannländerna.

Utredaren ska även stödja arbetet med andra närliggande frågor, som t.ex. utvecklingen av uppföljningen av primärvården i Socialstyrelsens patientregister, kvalitetsregister, nationell kunskapsstyrning och den nationella väntetidsdatabasen.

Vidare ska utredaren lämna en nationell plan där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagets konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer. I synnerhet ska konsekvenserna för kvinnor, män och flickor och pojkar, samt hälso- och sjukvårdens och berörda myndigheters roll beskrivas. Även konsekvenserna för en jämlik vård ska beskrivas, både vad gäller jämlik vård mellan olika grupper och kön samt jämlik vård över landet.

Samråd och redovisning av uppdraget

Samråd och kunskapsinhämtning

Utredaren ska samråda med SKL och med företrädare för landstingen samt med samtliga myndigheter med centrala uppgifter som berör uppdraget och andra berörda aktörer. I den mån det bedöms lämpligt ska utredaren även föra dialog med andra pågående utredningar, bl.a. utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (dir. 2015:127), utredningen som ska genomföra en översyn av dagens system för finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (dir. 2016:95) samt generaldirektören med uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet (S2017/00594/FS).

Utredaren ska även inhämta synpunkter från de referensgrupper som ska biträda utredaren i arbetet, varav en ska vara parlamentariskt sammansatt.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren ta tillvara på kunskaper och erfarenheter från den analys som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att göra när det gäller en jämlik och patientcentrerad primärvård samt de projekt som SKL genomför för att främja nya patientcentrerade arbetssätt i primärvården som ingår i överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. Utredaren ska även ta hänsyn till tidigare utredningar och kartläggningsarbeten som kan vara av betydelse för uppdraget.

Även annat pågående arbete på välfärdsområdet bör beaktas, såsom hanteringen av betänkandet Träning ger färdighet (SOU 2015:98) och övriga insatser som regeringen har initierat och som syftar till att

utveckla primärvården, t.ex. delar av överenskommelserna om att förbättra förlossningsvården och förbättra kvinnors hälsa samt stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa.

Redovisning

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet och ska senast den 9 juni 2017 lämna en delredovisning som innehåller en beskrivning av inriktningen för det kommande arbetet som utgår från att de nuvarande styrande principerna för vårdens organisering bör ersättas av nya principer som anger närheten till patienten och en tidsplan för detta. Delredovisningen ska även innehålla en analys inklusive konsekvensanalys av förslagen om den nationella vårdgarantin.

En nationell plan, där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten, samt en analys av övriga förslag i Effektiv vård ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 juni 2018. Denna redovisning kan även vid behov innehålla förslag till ytterligare lagändringar. Uppdraget ska sedan slutredovisas senast den 31 mars 2019. Slutredovisningen ska sammanfatta erfarenheterna och beskriva resultatet av det arbete utredaren har bedrivit samt de initiativ som har tagits.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2017:97

Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 21 september 2017

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 kommittédirektiv om Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården (dir. 2017:24). Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Sammanfattning av tilläggsuppdraget

Utredaren ska utöver vad som framgår av redan beslutade kommittédirektiv,

- analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen vård och sluten vård i relation till utredningens övriga förslag samt redogöra för vilka konsekvenser en förändring respektive borttagning av dessa begrepp skulle kunna få, och
- utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

Utredningens nuvarande uppdrag

Regeringen gav den 2 mars 2017 en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredaren ska även i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2019. Utredningen har antagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård.

Uppdraget utvidgas med två frågeställningar

Är uppdelningen i öppen och sluten vård ändamålsenlig?

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus. Sjukvård bedrivs enligt dagens regelverk antingen som öppen eller som sluten vård. Med sluten vård avses enligt 2 kap. 4 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Vidare anges i 7 kap. 4 § HSL att det för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska finnas sjukhus. Med öppen vård avses enligt 2 kap. 5 § HSL annan hälso- och sjukvård än sluten vård.

I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) görs bedömningen att den nuvarande strukturen vad gäller öppen och sluten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. I betänkandet anges att det finns anledning att överväga om det fortsatt behövs en uppdelning i öppen respektive sluten vård. Nya behandlingsalternativ och nya sätt att organisera hälso- och sjukvården har lett till att vård som tidigare krävde intagning på sjukhus numera även kan utföras på andra platser, så som en öppen vård-enhet eller i patientens hem, ibland med hjälp av digitala lösningar. Detta innebär att gränsen mellan öppen och sluten vård i praktiken

successivt förändras. I betänkandet Effektiv vård anser utredaren att gränserna mellan öppen och sluten vård i dag i realiteten är så flytande att begreppen inte längre är relevanta att upprätthålla. När det gäller den slutna vården föreslås det i betänkandet att denna ska kunna ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Uppdelningen i öppen och sluten vård är direkt kopplad till huvudmannafrågan där landstinget är huvudman för den slutna vården medan den öppna vården kan ha antingen landsting eller kommun som huvudman. Många vårdprocesser går fram och tillbaka över gränserna mellan öppen och sluten vård, bl.a. när det gäller de standardiserade vårdförlopp som införs i cancervården. Uppdelningen påverkar också organiseringen av åtskilliga separata funktioner och aktiviteter i hälso- och sjukvårdssystemet. Försörjning och finansiering av läkemedel utgår exempelvis i dagens system från denna uppdelning. Läkemedel inom den slutna vården, som ofta benämns rekvisitionsläkemedel, betalas till övervägande del av landstingen. Det finns också läkemedel som rekvireras till öppen vård, t.ex. till vårdcentraler. Den största delen av de läkemedel som används i den öppna vården distribueras dock via öppenvårdsapoteken och bekostas dels av patienten, dels av staten genom högkostnadsskyddet i den mån läkemedlen ingår i läkemedelsförmånerna. När det gäller finansieringsmodellen för läkemedel har regeringen tillsatt en utredning som har i uppdrag att se över finansiering, subvention och prisättning av läkemedel (S 2016:07). Utredningen har tagit namnet Läkemedelsutredningen. Inom ramen för den utredningen ska det bl.a. analyseras om det finns ett fortsatt behov av uppdelning av läkemedel i öppenvårdsläkemedel respektive slutenvårdsläkemedel eller någon annan form av uppdelning. I direktiven aviseras även att tilläggsdirektiv ska komma att beslutas om att se över regelverket för läkemedelsförsörjningen.

Läkemedelsfrågan och huvudmannafrågan är bara två exempel på aspekter av det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet som beror på, eller påverkas av, uppdelningen i öppen och sluten vård. I delbetänkandet (SOU 2017:53) från utredningen S 2017:01 föreslås att vård ska ges som öppen vård i första hand och att en överflyttning av resurser från sluten vård skulle kunna ge kostnadsbesparingar.

Uppdelningen tydliggör ansvarsfördelning och finansieringsansvar men det är angeläget att den inte hindrar effektiva vårdprocesser och kontinuitet eller skapar otrygghet för den enskilda patienten. I ljuset

av en omfattande omorganisation av hälso- och sjukvården behöver denna uppdelning därför utredas närmare.

I tillägg till det tidigare kommittédirektivet (dir. 2017:24) ska utredaren därför

- analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård med utgångspunkt att vården ska organiseras och bedrivas effektivt med god kvalitet utifrån den enskildes vårdbehov
- göra analysen utifrån ett patientperspektiv i relation till utredningens övriga förslag och
- redogöra för vilka konsekvenser en förändring skulle kunna få för kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner och landsting, ur ett samhällsekonomiskt perspektiv samt avseende ansvarsfördelning och samverkan mellan huvudmännen.

Hur kan samverkan mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg underlättas?

Ädel-reformen 1992 innebar att kommunerna övertog viss typ av vård från landstingen. Både landstingen och kommunerna är därmed huvudmän för hälso- och sjukvård. Med kommunal hälso- och sjukvård avses sjukvård som genom kommunens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas. Kommunerna ansvarar enligt 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilt boende, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med landstinget, även i hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad. I alla landsting utom ett har skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende överlåtits till kommunerna. I och med detta har kommunernas betydelse som huvudmän för hälso- och sjukvård ökat.

Enligt såväl socialtjänstlagen (2001:453) som HSL har kommunerna och landstingen skyldighet att samverka både på övergripande nivå och på patientnivå. Ett exempel är bestämmelsen om samordnad individuell plan som ska upprättas av landsting och kommun tillsammans för personer som behöver både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten. Enligt 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821) ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av

trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Vad gäller primärvården ska landstinget enligt 7 kap. 3 § HSL organisera den så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Tidigare lagstiftning talade om patientansvarig läkare.

Kontinuitet och samordning utgör emellertid fortfarande stora utmaningar i hälso- och sjukvården och det är ofta svårt för patienterna att navigera rätt. I betänkandet *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer* (SOU 2017:21) beskrivs hur samspelet mellan huvudmännen allt för ofta brister men att det finns goda exempel att lära ifrån. Under åren 2010 till 2014 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting överenskommelsen *Bättre liv för sjuka äldre*. Inom ramen för överenskommelsen stimulerades en rad verksamheter och initiativ så som *Mobilt hembesöksteam* i Uppsala och *Närvård* i västra Skaraborg. Flera av projekten har permanentats.

Regeringen har i år, efter pilotprojekt i tre landsting, aviserat en nationell satsning på s.k. Patientkontrakt. Ett patientkontakt är en sammanhållen plan över inplanerade vårdinsatser som gör patienten mer delaktig i sin vård.

I betänkandet *Effektiv vård* anförs att primärvården i dag är alltför begränsad i sin funktion när det gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får samt att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vidare anförs att insatser från olika huvudmän och verksamheter i dag inte är tillräckligt integrerade med varandra och inte möter individens samlade behov.

I betänkandet *Effektiv vård* föreslås ytterligare ny lagstiftning som ställer krav på att landsting och kommun ska utföra verksamhet gemensamt för äldre med omfattande behov. Förslaget är ett led i att skapa en juridisk ram för verksamhet som behöver hänga ihop. Personer med komplexa behov av vård och omsorg rör sig ofta mellan olika vårdnivåer och huvudmän och det är angeläget, inte minst ur ett patientperspektiv, att vården och omhändertagandet sker smidigt och sömlöst. Betänkandet lyfter också fram behovet av samverkan mellan huvudmännen kring prevention och att förebyggande åtgärder behöver prioriteras mer.

Även patienter som får sitt huvudsakliga behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen har ofta en eller flera läkare i primärvården med ett medicinskt ansvar för patienten. För att säkra kontinuiteten är det därför angeläget att även primärvården deltar i samarbetet kring den enskilde. Detta tydliggörs också i den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård som träder i kraft den 1 januari 2018. En stor mängd vårdplatser uppehålls i dag av utskrivningsklara patienter och det bidrar till överbeläggningar i slutenvården. I den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård tydliggörs att både kommunala verksamheter och primärvård tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från slutet vård. Informationsöverföringen mellan huvudmännen måste fungera och beredskap finnas för att ta emot de utskrivna patienterna. Några behövs skrivas ut till ett kommunalt boende medan andra kan komma hem under förutsättning att primärvård och kommunen kan erbjuda den vård och omsorg som behövs. Den nya lagen kommer att påverka både primärvårdens och kommunernas arbetssätt och samverkan. Ett tydligt syfte med lagen är att skapa en större delaktighet från primärvården i den fortsatta planeringen för patienten.

En god samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen är alltså en förutsättning för ett gott omhändertagande och en förbättrad kontinuitet för många patienter. Det är angeläget att närmare utreda relationen mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen. Utredaren ska därför lämna förslag på

- hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och
- hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

Genomförande och redovisning av uppdraget

För frågan som berör ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och slutet vård ska utredningen föra dialog med Läkemedelsutredningen (S 2016:07). Utredningen förväntas i frågan om samverkan och gränssnitt mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg särskilt beakta införandet av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet. Uppdraget ska fortfarande redovisas senast den 31 mars 2019.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2018:90

Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 23 augusti 2018

Utvidgning av och förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Den 21 september 2017 beslutade regeringen även om tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2017:97). Utredningen har lämnat två delbetänkanden (SOU 2017:53 och SOU 2018:39).

Utredningens uppdrag utvidgas till att även omfatta förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter med omfattande och komplexa vårdbehov och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan. Vidare ingår att utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapeuter, ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvals-system samt övrig öppenvård, i samklang med övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 mars 2020. En delredovisning ska lämnas den 7 juni 2019.

Samordning av vårdinsatser från flera aktörer

Att samordna insatser för patienter och brukare med omfattande och komplexa vårdbehov är en av de stora utmaningarna för vården och omsorgen. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys är det ca en miljon personer i Sverige som har flera vårdbehov och som samtidigt har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. Gruppen förväntas därtill växa för varje år i takt med att befolkningen blir äldre. Det ställer stora krav på vården och omsorgen att organisera och möta patienter och brukare efter en komplex behovsbild hos en växande patientgrupp.

Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården har lyft fram behovet av att utveckla samordningen av vårdinsatser mellan olika aktörer och huvudmän. I slutbetänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) framhåller samordnaren att det finns väldokumenterade problem med samverkan och samordning av vården, särskilt när det gäller multisjuka äldre, och att problemen bl.a. består i att vårdens organisering är fragmenterad. Samordnaren drar slutsatsen att det inte är ändamålsenligt att dra skarpa gränser mellan huvudmän och att en sådan styrning snarare är kontraproduktiv ur ett effektivitetsperspektiv. Det krävs ökade ansträngningar för att få tillstånd samordnade insatser från olika verksamheter och huvudmän. När samordningen brister riskerar patienter ohälsa och ett försämrat hälsotillstånd vilket i sin tur kan leda till att behovet av akutsjukvård ökar. Detta bidrar i sin tur till ökade kostnader för vården. Behovet av samordning av vården gäller, förutom multisjuka äldre, i hög grad även andra patienter i alla åldrar med allvarliga kroniska sjukdomar, cancer och psykiska sjukdomar.

Regeringen ser behov av att stärka förutsättningarna för samordning i hälso- och sjukvården. Av den anledningen har regeringen bl.a. tagit initiativ till s.k. patientkontrakt. Ett patientkontrakt är en sammanhållen vårdplan som ska användas som ett stöd för gemensam planering och samordning av patientens samtliga vårdkontakter. Den ska ge patienter och närstående en översikt över inplanerade vård- och behandlingsinsatser. Patientkontrakt ska också leda till bättre samordning, tillgänglighet och delaktighet för berörda patienter. Regeringen har ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården, den så kallade patientmiljarden, för

att stimulera utvecklingen av och införandet av patientkontrakt i vårdens verksamheter. För att patientkontrakt ska kunna användas som en övergripande vårdplan som innefattar insatser från flera aktörer och huvudmän behöver den rättsliga regleringen för patientkontrakt och de befintliga krav på vårdplaner som finns i den nuvarande lagstiftningen ses över.

Regeringen ser ett behov av att utreda hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare, i alla åldrar, med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras och om patientkontrakt bör författningsregleras för att underlätta samordningen av insatser från flera aktörer och huvudmän. Det är en viktig förutsättning för att effektivisera vården för dessa patienter. Befintliga krav på planer inom vård och omsorg ska ses över med denna inriktning. Primärvården ska vara en viktig bas för de samordnande insatserna. Förslagen ska beakta ett patient-, brukar och jämställdhetsperspektiv. Syftet är att säkerställa en sömlös, sammanhållen vård och omsorg utifrån patienternas individuella behov.

Utredaren ska

- undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras
- se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman,
- klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, så kallad SIP.

Vårdgivare som får ersättning enligt den nationella taxan bör integreras bättre i primärvården

Genom införandet av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF) övertog landstingen den 1 januari 1994 det direkta kostnadsansvaret för ersättning till vissa privata läkare och fysioterapeuter anslutna till Försäkringskassan. Ett särskilt ersättningssystem för de privata läkarna och fysioterapeuterna infördes genom förordningen

(1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi, den så kallade nationella taxan. Vårdgivare som får ersättning enligt den nationella taxan är verksamma i den öppna vården och vissa av läkarna återfinns i primärvården.

I slutet av 2016 inleddes inom Socialdepartementet en översyn av den nationella taxan. Utgångspunkten var att göra en bred översyn av det nuvarande systemet och föreslå en långsiktig lösning. Regeringen har nyligen skickat ut departementsskrivelsen Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi (Ds 2018:31) på remiss. Promemorian innehåller förslag till ändringar i LOL och LOF, bl.a. att det ska vara möjligt att göra avsteg från kravet på heltidssysselsättning för att få ersättning samt att läkarna och fysioterapeuterna ska medverka till uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. I skrivelsen görs även bedömningen att mer omfattande förändringar av systemet med LOL och LOF kan behöva genomföras på sikt. Detta bör då ske i överensstämmelse med den övriga utvecklingen av hälso- och sjukvården och utifrån den nationella taxans effekter på dagens hälso- och sjukvårdssystem.

Utformningen och regleringen av den nationella taxan har berörts av tidigare utredningar. En gemensam slutsats från dessa utredningar är att det förekommer betydande skillnader i tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet i den vård som ges inom ramen för den nationella taxan. Regeringen bedömer att den promemoria som nu är ute på remiss utgör ett första steg i utvecklingen av den nationella taxan, men att det finns behov av att fortsätta detta utvecklingsarbete och utreda hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning inom ramen för den nationella taxan bättre ska kunna integreras i den ordinarie öppna vården. Utgångspunkten ska vara att bidra till en mer tillgänglig och jämlik vård av hög kvalitet.

Utredaren ska

- utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapi, ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalsystem samt i övrig öppenvård, i samklang med de övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården,
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet. En delredovisning ska lämnas den 7 juni 2019 om uppdragets inriktning och hur arbetet fortlöper. Utredningstiden förlängs till den 31 mars 2020 då uppdraget ska slutredovisas.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2019:49

Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 15 augusti 2019

Utvidgning och förlängd tid

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Den 21 september 2017 och den 23 augusti 2018 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2017:97 och dir. 2018:90). Utredningen har lämnat två delbetänkanden (SOU 2017:53 och SOU 2018:39).

Utredaren ska, utöver vad som sägs i tidigare uppdrag, utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar och vid behov lämna förslag om hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt. Det nya deluppdraget bygger på en överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna.

Utredningstiden förlängs. De delar som utredningen enligt tidigare beslutade direktiv skulle slutredovisa den 31 mars 2020 ska i stället redovisas i form av ett delbetänkande samma datum. Uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa ska redovisas senast den 15 januari 2021.

Bakgrund till uppdraget

I dag finns det ingen tydlig definition av psykisk ohälsa. Nedsatt psykiskt välbefinnande kan indikera lättare besvär av psykisk ohälsa. Folkhälsomyndigheten genomför vartannat år den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. 2018 års undersökning visar bl.a. att 17 procent av befolkningen uppgav att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande. Bland kvinnor var andelen 20 procent och bland männen 14 procent. Andelen har ökat sedan mätningen 2016, men ökningen är inte statistiskt säkerställd.

Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligast bland unga och i synnerhet bland unga kvinnor. I åldersgruppen 16–29 år angav 33 procent av kvinnorna och 19 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. I undersökningen uppgav 39 procent av befolkningen i åldern 16–84 år lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Det är en ökning sedan 2016 då andelen var 36 procent. Av de tillfrågade kvinnorna angav 46 procent besvär av ängslan, oro eller ångest. Motsvarande andel bland männen var 32 procent. Män söker dock vård för psykisk ohälsa i mindre utsträckning än vad kvinnor gör och de väntar längre innan de gör det.

Andelen som anger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande är vidare dubbelt så stor bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Transpersoner tenderar att ha ytterligare nedsatt psykiskt välbefinnande (Regeringskansliets strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck).

Enligt Försäkringskassan är psykiatrisk diagnos den vanligaste orsaken till sjukskrivning och det tar lång tid att komma tillbaka i arbete för personer sjukskrivna i psykiatriska diagnoser. Genomsnittstiden för att avsluta ett sjukfall är 44 dagar för samtliga diagnoser. För personer sjukskrivna i psykiatriska diagnoser är genomsnittstiden 75 dagar. Psykiatriska diagnoser har därmed de längsta sjukskrivningarna, längre än både hjärt-kärlsjukdomar och tumörsjukdomar (Försäkringskassan, 2017). I december 2016 var, enligt statistik från Försäkringskassan, drygt 130 600 kvinnor sjukskrivna, varav 49 procent var sjukskrivna i psykiatriska diagnoser. Samma månad var drygt 66 000 män sjukskrivna, varav 37 procent i psykiatriska diagnoser.

Många äldre lider av ensamhet och ett minskat socialt sammanhang. En rapport från Socialstyrelsen visar dessutom att psykisk ohälsa är vanligare hos äldre kvinnor och män som är över 65 år än hos yngre personer som är mellan 18 och 64 år (Socialstyrelsen 2019, Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre, uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. Öppna jämförelser.). Rapporten visar bl.a. att en högre andel patienter i åldern 65 år eller äldre har förskrivits antipsykotiska läkemedel och tre eller fler psykofarmaka än den yngre gruppen med psykisk ohälsa. Det har uppmärksammats att äldre i vissa fall enbart behandlas med hjälp av läkemedel trots att de kan ha behov av andra insatser. Andra grupper med stora behov som inte alltid uppmärksammas i tillräckligt hög grad är personer med funktionsnedsättning, personer med riskbruk, liksom personer som vårdar eller stöder en närstående. Det är även viktigt att primärvården samverkar med socialtjänsten vid behov för att kunna beakta personens hela livssituation, t.ex. bakomliggande orsaker till psykisk ohälsa som exempelvis kan handla om våld i nära relationer och ekonomisk utsatthet.

Hälso- och sjukvårdsinsatser för personer med psykisk ohälsa ges både inom primärvården och den specialiserade vården. Primärvård omfattar inte bara landstingens insatser inom första linjen utan även den kommunala hälso- och sjukvården. Även andra verksamheter såsom studenthälsan och företagshälsovården kommer i kontakt med personer som har behov av stöd och t.ex. samtal vid lättare psykisk ohälsa.

Mot denna bakgrund ser regeringen att det finns ett behov av att skyndsamt kunna erbjuda stöd till personer med lättare psykisk ohälsa. Skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom den nära vården skulle dels kunna förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar, dels avlasta och därmed förbättra tillgängligheten till den specialiserade psykiatrin för dem med behov av specialiserad vård.

Utreda införandet av en ny form av insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa

Det är viktigt att primärvården, såsom första linjens vårdnivå och som del av den nära vården, klarar att skyndsamt ge ändamålsenligt stöd till personer med lättare psykisk ohälsa, såväl kvinnor som män och personer som identifierar sig på annat sätt. Primärvården har

redan i dag ett sådant uppdrag men tillgängligheten till vården är inte alltid god. Det kan leda till att personer som har behov av vård som hade kunnat ges inom primärvården vänder sig till sjukhusets akut-mottagning eller annan specialiserad vård som i första hand vänder sig till personer med mer akuta eller komplicerade medicinska behov.

Det är vidare angeläget att den nära vården inte fragmentiseras i onödan. Det uppdrag som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har skapar förutsättningar för en sammanhängande första linjens vårdnivå. Utredaren har ett brett kontaktnät och kan därmed löpande förankra sina förslag och bedömningar hos verksamheter i hälso- och sjukvården. Även detta tilläggsuppdrag kräver goda kontakter och ingående kunskap om primärvårdens uppdrag och hur den är organiserad.

Fokus för uppdraget är lättare psykisk ohälsa som inte kräver specialiserad vård. Begreppet lättare psykisk ohälsa bör för uppdragets genomförande definieras närmare. Det skulle till exempel kunna handla om sådan nedstämdhet som inte kan diagnostiseras som depression eller sådan upplevd stress som ännu inte har uppnått sådana nivåer att en stressdiagnos kan sättas. Det är dock upp till utredaren att bedöma vilken form av lättare psykisk ohälsa som ska erbjudas den nya formen av insatser.

För att en person som har behov av insatser från hälso- och sjukvården för sin psykiska hälsa ska få rätt vård krävs en bedömning av hur allvarlig den psykiska ohälsan är. Det är viktigt inte minst för att säkerställa att den som har behov av mer kvalificerad vård får det på rätt vårdnivå.

Utredaren ska därför

- utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjuk-skrivningar,
- överväga vilka målgrupperna ska vara för de nya insatserna och hur deras behov av stöd ska definieras och vilka typer av insatser som är bäst lämpade för målgrupperna,
- överväga hur och när en medicinsk bedömning av behoven ska ske utifrån syftet att stödet ska kunna ges skyndsamt och på rätt vårdnivå,

- överväga hur insatserna ska passas in i primärvårdens uppdrag och organisation,
- överväga hur verksamheter såsom studenthälsovård och företagshälsovård kan bidra till och komplettera primärvårdens uppdrag, samt
- utreda hur föreslagna insatser ska följas upp och hur effekterna ska utvärderas.

Utredaren ska vidare

- kartlägga om liknande lösningar för personer med lättare psykisk ohälsa har utformats i något land inom EU eller EES-området, exempelvis i Norge eller Storbritannien och överväga i vad mån dessa kan tjäna som goda exempel för verksamheter i Sverige, samt
- i sina överväganden beakta och synliggöra eventuella skillnader som beror på kön, inklusive när det gäller förutsättningar för vården att nå ut till personer med lättare psykisk ohälsa.

Utbildningsinsatser

Det är viktigt att personer som har behov av hjälp och behandling får detta snabbt från medarbetare i vården med rätt kompetens men också på rätt vårdnivå. Det är också viktigt med ett gott bemötande som utgår från olika människors behov och förutsättningar, exempelvis funktionsnedsättning eller ålder. Den specialiserade vården ska ta emot patienter med svår problematik eller diagnos. Primärvården, som en central del i den nära vården, behöver kunna erbjuda vård till patienter som lider av lättare psykisk ohälsa. Dessa patienter ska inte behöva vänta på att få tid inom vuxenpsykiatri eller till exempelvis psykolog i primärvården. Mycket pekar dock på att det saknas tillräckliga resurser i form av bl.a. utbildad personal för att ta hand om lättare psykisk ohälsa i första linjens hälso- och sjukvård.

Det finns därför anledning att överväga hur fler medarbetare inom den nära vården ska kunna bidra med stöd till patienter med lättare psykisk ohälsa. Utbildningsinsatser för befintliga medarbetare kan naturligtvis vara aktuellt men även för andra som kan bidra till en mer behovsanpassad nära vård. Kompetensförsörjning är en stor

utmaning för hälso- och sjukvården och det är i dag brist på personal, såväl i den nära vården som i den specialiserade vården.

Utredaren ska därför

- överväga vilka kompetenser som bör ligga till grund för det nya stödet, kartlägga nuvarande kompetenser inom primärvården, analysera vilka utbildningsinsatser som finns i dag och bedöma det eventuella behovet av nya utbildningsinsatser och hur sådana i så fall kan erbjudas över hela landet på ett kostnadseffektivt sätt, samt
- överväga vilka personalkategorier i primärvården som i första hand bör erbjudas kompetensinsatser och om även personer som i dag inte arbetar inom hälso- och sjukvården kan utbildas för arbete inom primärvården.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagets konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer. Konsekvensbeskrivningen för jämställdhet ska inkludera möjligheterna att fånga upp psykisk ohälsa hos kvinnor respektive män samt personer som identifierar sig på annat sätt i ett tidigt skede.

Utredaren ska beräkna och beskriva de administrativa, organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna av de förslag som läggs fram. Om förslagen innebär kostnadsökningar för stat respektive landsting och kommun ska utredaren föreslå hur förslagen ska finansieras enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474). Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som föranlett förslagen särskilt redovisas (se 14 kap. 3 § RF).

Utredaren ska särskilt

- beskriva konsekvenserna för primärvården, den specialiserade psykiatrien och berörda myndigheter, samt
- bedöma vilka konsekvenser som på sikt kan uppstå för sjukskrivningstalen och för vuxna med psykisk ohälsa.

Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska samråda med andra statliga utredningar vars uppdrag särskilt berör första linjens hälso- och sjukvård samt även fortsättningsvis arbeta utåtriktat för att på bästa sätt förankra uppdraget hos berörda aktörer.

Utredningstiden förlängs. De delar som utredningen enligt tidigare beslutade direktiv skulle slutredovisa den 31 mars 2020 ska i stället redovisas i form av ett delbetänkande samma datum. Uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa ska redovisas senast den 15 januari 2021.

(Socialdepartementet)

PM: Begrepp inom området psykisk hälsa

En modell som behöver användas och fortsätta utvecklas

I detta PM föreslås en modell och några ingående begrepp för området psykisk hälsa. Detta är en första version modellen och vi ser fram emot att den kommer att utvecklas löpande: på kort sikt när modellen prövats i praktiken; på medellång sikt när exempelvis den svenska versionen av det internationella diagnosystem ICD-11 är färdigställd; på lång sikt utifrån hur språket i samhället utvecklas.

Innehållsförteckning

1. OM DETTA PM.....	3
1.1. BAKGRUND OCH SYFTE	3
1.2. MÅL.....	3
1.3. AVSÄNDARE	3
1.4. MÅLGRUPP	3
1.5. METOD.....	3
2. BEGREPP INOM OMRÅDET PSYKISK HÄLSA	4
2.1. MODELL FÖR ATT BESKRIVA HUR BEGREPP INOM OMRÅDET PSYKISK HÄLSA FÖRHÅLLER SIG TILL VARANDRA	4
2.2. PSYKISK HÄLSA.....	4
2.3. PSYKISKT VÄLBEFINNANDE	5
2.4. PSYKISK OHÄLSA	5
2.4.1. <i>Psykiska besvär</i>	5
2.4.2. <i>Psykiatriska tillstånd</i>	5
2.4.2.1. Psykiska sjukdomar och syndrom.....	6
2.4.2.2. Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser	6
3. PRINCIPER FÖR ATT BESKRIVA PSYKISK HÄLSA I BEFOLKNINGEN	7
4. BEGREPP SOM KAN ERSÄTTAS MED DE BEGREPP SOM FÖRESLÅS I DETTA PM.....	8
BILAGA 1: METOD OCH KÄLLFÖRTECKNING	9
BAKGRUND	9
DELTAGARE I ARBETSGRUPPEN	9
TILLVAGAGÅNGSSÄTT.....	10
METOD.....	10
INTERNATIONELLA MODELLER	11
VILKA MODELLER ANVÄNDS AV DELTAGANDE ORGANISATIONER?	14
VAL AV MODELL	15
SVENSKA BEGREPP	15
EN MODELL SOM BEHOVER ANVÄNDAS OCH FORTSÄTTA UTVECKLAS	16
KÄLLFÖRTECKNING	17

1. Om detta PM

1.1. Bakgrund och syfte

Psykisk hälsa är ett begrepp som ofta används i det allmänna samtalet men som ges olika innebörd i olika sammanhang. Ibland avses dess positiva dimension i form av psykiskt välbefinnande. Ofta avses dock psykisk ohälsa som kan inkludera alltifrån lättare oro till svåra psykiatriska tillstånd. Detta innebär en risk för sammanblandning, att olika trender kan missförstås och att felaktiga slutsatser dras.

Syftet med detta PM är att föreslå en enhetlig användning av några centrala begrepp som ofta används inom området psykisk hälsa. Detta förväntas kunna bidra till att beskrivning av nuläge och utveckling inom området, liksom insatsförslag kan baseras på tydliga och gemensamma grunder.

1.2. Mål

Målen med detta PM är att:

- i. Beskriva och tydliggöra följande **begrepp**:
 - a. Psykisk hälsa
 - b. Psykiskt välbefinnande
 - c. Psykisk ohälsa
 - d. Psykiska besvär
 - e. Psykiatriska tillstånd
 - f. Psykiska sjukdomar och syndrom
 - g. Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser
- ii. Beskriva en **modell** som underlättar förståelse av hur begreppen förhåller sig till varandra.
- iii. Beskriva ett antal **principer** för hur begreppen bör användas för att på ett tydligt och enhetligt sätt beskriva nuläge och utvecklingen i Sverige.

1.3. Avsändare

De nationella kunskapsmyndigheterna Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SBU samt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) står bakom de beskrivningar, den modell och de principer som lyfts fram i detta PM.

1.4. Målgrupp

Detta dokument riktar sig till deltagande statliga myndigheter och Sveriges regioner och kommuner, men kan användas av andra aktörer som analyserar och publicerar information inom området psykisk hälsa.

1.5. Metod

Detta begrepps-PM har tagits fram av en arbetsgrupp bestående av tio personer från deltagande organisationer. Arbetsgruppen genomförde sammanlagt elva arbetsmöten mellan 15 oktober 2019 – 16 juni 2020. Mellan varje arbetsmöte bearbetades utkastet på PM och vissa övergripande genomgångar av vetenskaplig litteratur, rapporter samt svenska och internationella begreppsmodeller studerades och sammanställdes. En närmre beskrivning av metoden inklusive källförteckning återfinns i bilaga 1.

2. Begrepp inom området psykisk hälsa

2.1. Modell för att beskriva hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra



Figur 1 Modell för att beskriva hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra

I figuren ovan visas en övergripande modell för hur olika begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra. Modellen ger en förenklad beskrivning i syfte att underlätta förståelse för och en enhetligare användning av begreppen, men verkligheten är mer komplicerad.

Modellen börjar i det överordnade paraplybegreppet **psykisk hälsa** som har dimensionerna **psykiskt välbefinnande** och **psykisk ohälsa**. Psykiskt välbefinnande och psykiatriska tillstånd är olika dimensioner och inte varandras motsatser. Även om det finns samband mellan dimensionerna så kan exempelvis personer som inte har någon psykisk ohälsa uppleva ett lågt psykiskt välbefinnande. På samma sätt kan personer med psykiatriska tillstånd uppleva psykiskt välbefinnande.

Psykisk ohälsa delas in i **psykiska besvär** och **psykiatriska tillstånd** beroende på om den psykiska ohälsan uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos.

Psykiatriska tillstånd delas i sin tur in i **psykiska sjukdomar och syndrom** respektive **utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser** (kallas i vardagligt tal neuropsykiatriska funktionsnedsättningar) beroende på när i ålder som de debuterar.

De olika begreppen i modellen beskrivs närmre i avsnitten nedan.

2.2. Psykisk hälsa

Psykisk hälsa är ett paraplybegrepp som inbegriper **psykiskt välbefinnande** och **psykisk ohälsa**. Begreppet psykisk hälsa används när diskussioner förs kring området på en övergripande nivå som omfattar hela samhället.

2.3. Psykiskt välbefinnande

Psykiskt välbefinnande handlar inte enbart om frånvaro av sjukdom eller besvär, utan om ett tillstånd som har ett värde i sig och som omfattar både välbefinnande och funktionsförmåga. Mer konkret handlar det om att kunna balansera positiva och negativa känslor, att känna tillfredsställelse med livet, att ha goda sociala relationer och att utveckla sin inre potential. Det handlar även om att kunna känna njutning, lust och lycka. Psykiskt välbefinnande är en grundläggande resurs för att man ska kunna bemästra livets olika svårigheter men det är också en tillgång för samhället ur en social och ekonomisk synvinkel.

2.4. Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för tillstånd med olika svårighetsgrad och varaktighet. Hit hör både **psykiska besvär** och **psykiatriska tillstånd**. Gemensamt är att båda orsakar lidande, antingen för individen själv eller för omgivningen.

Psykisk ohälsa är ofta förenat med svårigheter att fungera i vardagslivet, till exempel i relation till andra människor eller att arbeta eller studera. Dessa svårigheter kan dock se väldigt olika ut bland annat beroende på individens egenskaper, det sociala sammanhanget och vilken typ av psykisk ohälsa det handlar om. Psykiska besvär har vanligen mindre påverkan på vårt sätt att fungera än psykiatriska tillstånd.

Psykisk ohälsa inkluderar alltså såväl psykiska besvär som psykiatriska tillstånd där det finns fastställda diagnoskriterier. Psykiska besvär kan i vissa fall senare leda till att en individ utvecklar psykiatriska tillstånd.

2.4.1. Psykiska besvär

Psykiska besvär är vanligt förekommande i befolkningen och är något vi alla kan drabbas av från tid till annan. Ofta handlar det om normala reaktioner på påfrestningar i livet. Besvären kan vara mildare eller svårare och de kan pågå under kortare eller längre perioder. Psykiska besvär är mindre komplexa än psykiatriska tillstånd och kan till exempel bestå av enstaka besvär. Ibland kan psykiska besvär ge kroppsliga symtom som exempelvis huvudvärk, magont, ryggvärk eller yrsel.

De psykiska besvären kan beroende på typ och omfattning i olika grad påverka förmågan att klara av viktiga och nödvändiga vardagsfunktioner – arbeta, studera, ägna sig åt fritidsaktiviteter och hobbyer, ta hand om sig själv och andra – i den miljö som man lever i.

Exempel på psykiska besvär är:

- Koncentrationssvårigheter
- Oro och ångest
- Nedstämdhet
- Psykisk trötthet
- Självhat och destruktivitet
- Självmodstankar
- Sömnsvårigheter

I begreppsmodellen används **psykiska besvär** för psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos inte är uppfyllda.

2.4.2. Psykiatriska tillstånd

Psykiatriska tillstånd är psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos är uppfyllda. Till skillnad från psykiska besvär måste flera kriterier föreligga för att en diagnos

ska kunna ställas. Symptomen måste även ha varit närvarande under en viss sammanhängande tidsperiod, vanligen minst 14 dagar och medföra en nedsättning av psykisk funktionsförmåga. Psykiatriska tillstånd kan vara av bestående eller av övergående natur och avgränsas utifrån diagnostiska kriterier i internationella diagnossystem (ICD/DSM).

Bland personer med psykiatriska tillstånd inkluderas de som, om de hade sökt hälso- och sjukvård, hade uppfyllt kriterierna för en viss psykiatrisk diagnos, som om den hade ställts av läkare inom specialiserad hälso- och sjukvård, rapporterats till Patientregistret. Ett psykiatriskt tillstånd kan alltså förekomma oavsett om diagnosen fastställts och registrerats av hälso- och sjukvården eller inte. I de mätningar som görs av psykiatriska tillstånd i befolkningen är det av praktiska skäl oftast enbart fastställda och registrerade diagnoser som inkluderas.

Psykiatriska tillstånd kan delas in i **psykiska sjukdomar och syndrom** respektive **utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser**.

2.4.2.1. Psykiska sjukdomar och syndrom

Psykiska sjukdomar och syndrom kan debutera när som helst under livet till skillnad från utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser som utvecklas under barndomen.

Exempel på psykiska sjukdomar och syndrom är:

- Depressiva syndrom
- Ångestsyndrom
- Skadligt bruk och beroende
- Tvångssyndrom
- Trauma- och stressrelaterade syndrom
- Utagerande beteende- och impulskontrollstörningar
- Personlighetssyndrom
- Schizofrenispektrumssyndrom, andra psykoser samt katatoni

2.4.2.2. Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser

Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser¹ är psykiska funktionsavvikelser som debuterar i barndomen. De kvarstår oftast i vuxen ålder. I vardagligt tal kallas de även neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF).

Exempel på utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser är:

- Adhd
- Autismspektrumssyndrom inklusive autism och Aspergers syndrom
- Intellektuell funktionsnedsättning
- Kommunikations- eller språkstörningar
- Specifika inlärningssvårigheter (dyslexi, dyskalkyli)
- Tics/Tourettes syndrom

¹ I den modell som föreslås i detta PM används begreppet "utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser" utifrån benämningen av dessa tillstånd i DSM V: "neurodevelopmental disorders". I den svenska översättningen av DSM V benämns "neurodevelopmental disorders" enbart "utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser". För att förtydliga att det inte handlar om alla utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser läggs ordet "psykiska" till i begreppet.

3. Principer för att beskriva psykisk hälsa i befolkningen

- Psykisk hälsa och psykisk ohälsa är begrepp på olika nivåer och bör inte användas som varandras motsatser (se modellen). Paraplybegreppet psykisk hälsa inkluderar förutom psykisk ohälsa även psykiskt välbefinnande. Oftast när vi avser psykisk hälsa rör detta en övergripande nivå.
- Vid beskrivning av nuläge eller utveckling baserat på mätningar av enbart psykiska besvär eller enbart psykiatriska tillstånd bör de specifika begreppen (psykiska besvär respektive psykiatriska tillstånd) användas istället för samlingsbegreppet psykisk ohälsa.
- Vid beskrivning av nuläge eller utveckling inom området psykisk hälsa bör alltid anges:
 - Vad beskrivningen avser: psykisk hälsa, psykiskt välbefinnande, psykisk ohälsa, psykiska besvär, psykiatriska tillstånd, psykiska sjukdomar och syndrom, utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser, eller ett specifikt tillstånd eller besvär.
 - Vad som har mätts, exempelvis prevalens i befolkningen, förekomst utifrån en viss datakälla, vårdkonsumtion eller behandlingar.
 - Om data avser självrapporterade besvär eller symptom eller om det handlar om observerade och registrerade symptom eller funktioner.
 - Vilka datakällor som använts.
 - Vilka felkällor som kan behöva tas hänsyn till exempelvis förändrad diagnos-sättning, insamlingsmetodik eller rapporteringsfrekvens.
 - Vad man kan uttala sig om utifrån det som har analyserats eller mätts, och vad man inte kan uttala sig om.

4. Begrepp som kan ersättas med de begrepp som föreslås i detta PM

Begrepp	Föreslaget begrepp i detta PM
Diagnostiserad psykisk ohälsa	Psykiatriska tillstånd
Diagnostiserbara psykiska tillstånd	Psykiatriska tillstånd
God psykisk hälsa	Psykiskt välbefinnande
Hedoniskt och eudaimoniskt välbefinnande	Psykiskt välbefinnande
Positiv psykisk hälsa	Psykiskt välbefinnande
Psykiatriska sjukdomar	Psykiska sjukdomar och syndrom
Psykiska sjukdomar	Psykiska sjukdomar och syndrom
Psykiska tillstånd	Psykiatriska tillstånd
Psykiskt välmående	Psykiskt välbefinnande

Bilaga 1: Metod och källförteckning

Bakgrund

Psykisk hälsa är ett begrepp som ofta används i det allmänna samtalet men som ges olika innebörd i olika sammanhang. Ibland avses dess positiva dimension i form av psykiskt välbefinnande. Ofta avses dock psykisk ohälsa som kan inkludera alltifrån lättare oro till svåra psykiatriska tillstånd. Detta innebär en risk för sammanblandning, att olika trender kan missförstås och att felaktiga slutsatser dras.



Med detta som utgångspunkt bildade SKR, Folkhälsomyndigheten, SBU och Socialstyrelsen en arbetsgrupp bestående av tio personer från organisationerna som skulle utarbeta förslag på hur några centrala begrepp inom området psykisk hälsa ska användas.

Deltagare i arbetsgruppen

SKR: Mikael Malm, Lisa Minell och Ing-Marie Wieselgren

Folkhälsomyndigheten: Hillevi Busch, Sara Fritzell och Regina Winzer

SBU: Marit Eskel

Socialstyrelsen: Martina Barnevik Olsson, Ylva Ginsberg och Kristina Sinadinovic



Extern stöd i framtagandet: Jonas Lundberg och Josefin Klingvall, Lumell Associates.

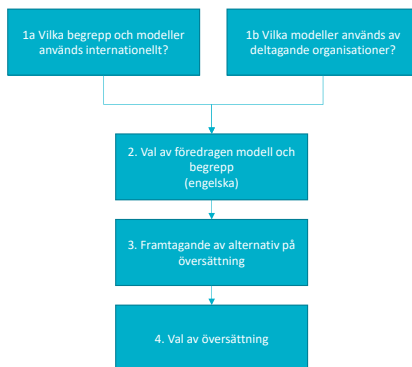
Tillvägagångssätt

PM:et utarbetades av arbetsgruppen under hösten 2019 och våren 2020. Sammanlagt genomförde arbetsgruppen elva arbetsmöten (15 oktober 2019 – 16 juni 2020). Mellan varje arbetsmöte bearbetades utkastet på PM och vissa övergripande genomgångar av vetenskaplig litteratur, rapporter samt svenska och internationella begreppsmodeller studerades och sammanställdes.



Metod

Metoden finns schematiskt beskriven i figuren nedan. Arbetet inleddes med (1a) en genomgång av vilka olika begrepp och modeller som används internationellt. I tillägg gjordes (1b) en genomgång av vilka begrepp och modeller som används av de deltagande organisationerna. I efterföljande arbetsmöten diskuterades för- och nackdelar med de olika modellerna och (2) en föredragen typmodell med engelska begrepp valdes ut. Därefter togs (3) olika alternativ på svenska begrepp fram utifrån vilka arbetsgruppen som ett sista steg (4) enades om en svensk översättning.



Begrepp inom området psykisk hälsa – version 1.0 – 23 juni 2020

10

När modellen och tillhörande svenska begrepp var klara utarbetade arbetsgruppen detta PM som ska underlätta förståelse av hur begreppen förhåller sig till varandra samt beskriva ett antal principer för hur begreppen bör användas för att på ett tydligt och enhetligt sätt beskriva nuläge och utvecklingen i Sverige.

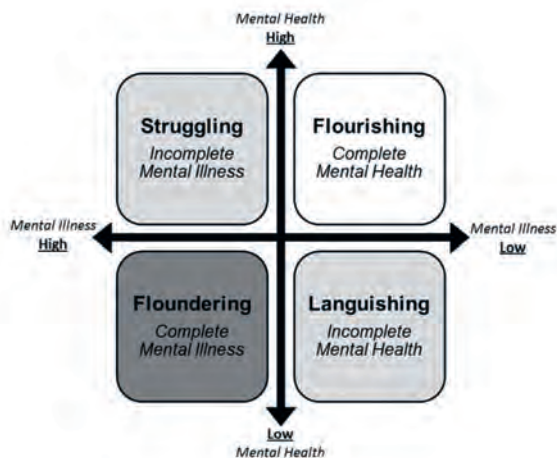
Internationella modeller

Arbetsgruppen identifierade två huvudtyper av modeller som används internationellt: (1) Dual continuum model, (2) Single continuum model. Därutöver identifierades även modeller som enbart fokuserade en av de två dimensionerna i dual continuum model (antingen välbefinnande eller ohälsa).

Dual continuum model

De modeller av typen "dual continuum model" har olika dimensioner för det som på engelska brukar benämnas "mental health" respektive "mental illness" (exv. C. L. Keyes, 2002, 2005; Westerhof & Keyes, 2010). Det finns flera varianter av "dual continuum model" där det är vanligt att dimensionerna visas som ett kors (exv. Tenga, Venning, Winefield, & Crabb, 2015; Tudor, 1996). I detta fall så skapar korset fyra kvadranter som på engelska ofta benämns "struggling" (High mental health; High mental illness), "flourishing" (high mental health; low mental illness), "floundering" (high mental illness; low mental health) och "languishing" (low mental health, low mental illness). Det finns även exempel där dimensionerna visas som helt separata. (exv. Health and Welfare Canada, 1988).

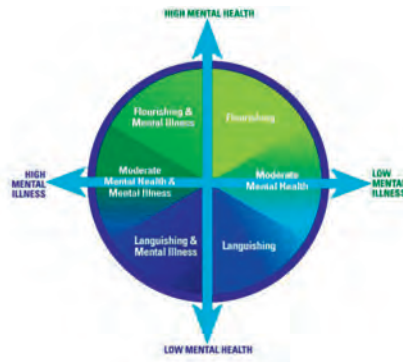
Exempel på "dual continuum model"



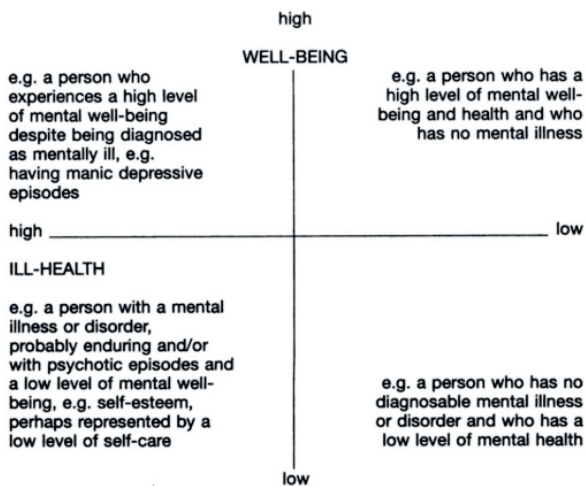
Tenga et al. (2015) visualisering utifrån C. L. Keyes (2002)

Begrepp inom området psykisk hälsa – version 1.0 – 23 juni 2020

11

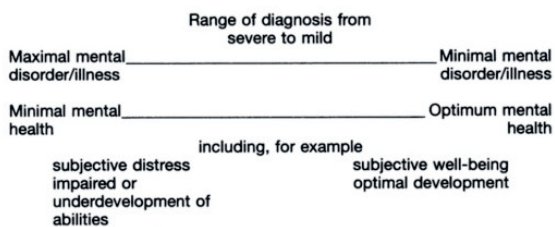


Corey LM Keyes (2014)



Tudor (1996) baserad på Downie, Fyfe, and Tannahill (1990)

Begrepp inom området psykisk hälsa – version 1.0 – 23 juni 2020

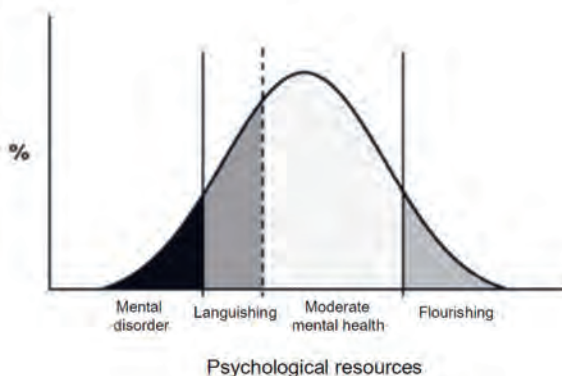


Tudor (1996) baserad på Health and Welfare Canada (1988)

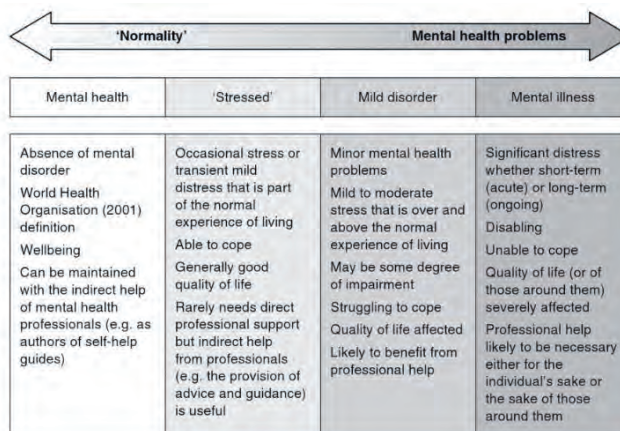
Single continuum model

I modeller av typen "single continuum model" visas "mental health" och "mental illness" som två ytterligheter på en och samma dimension. (exv. Huppert, 2009; Pryjmachuk, 2011).

Exempel på "single continuum model"



Huppert (2009)



Prjmachuk (2011)

Vilka modeller används av organisationer i andra länder?

Dual continuum model används bland annat av bland annat CDC i USA: *“Although the terms are often used interchangeably, poor mental health and mental illness are not the same things. A person can experience poor mental health and not be diagnosed with a mental illness. Likewise, a person diagnosed with a mental illness can experience periods of physical, mental, and social well-being.”* (Centers for Disease Control and Prevention, 2018) och av NHS Scotland: *“‘mental health’ is used as an umbrella term to refer to both the concepts of mental health problems and mental wellbeing.”* (NHS Health Scotland, 2016).

Samtidigt som NHS Scotland i vissa rapporter använder sig av dual continuum model så använder den skotska regeringen en single continuum model i sin strategi för psykisk hälsa: *“The term mental health is used in many different ways. It applies to a continuum from emotional wellbeing like happiness and sadness, to mental disorder like the acute reaction that can happen to stress, to mental illness like schizophrenia”* (The Scottish Government, 2017). Single continuum används också av exempelvis den kanadensiska armén i deras program *“CAF Road to Mental Readiness”*(Atuel et al., 2017).

Vilka modeller används av deltagande organisationer?

Det finns exempel på både dual continuum (Folkhälsomyndigheten, 2018, 2019b; Socialstyrelsen, 2019a, 2019b, 2019c; Sveriges kommuner och landsting, 2016) och single continuum modeller (exv. Folkhälsomyndigheten, 2019a) som använts av deltagande organisationer. I vissa fall är det tydligt uttryckt vilken typ av modell som används, medan det i andra fall går att utläsa indirekt. I den genomgång som gjordes inom ramen för detta arbete så framstod det som vanligast att använda en dual continuum modell även om det i

flera fall enbart var en av dimensionerna som beskrevs i rapporterna (antingen "mental health" eller "mental illness").

Val av modell

Baserat på de underlag som hade gått igenom och vilka modeller som organisationerna tillämpar idag enades arbetsgruppen om att föreslå en "dual continuum" modell som inkluderade följande delar:

- Ett överordnat paraplybegrepp som kan användas för att beskriva både det som på engelska benämns "mental health" (eller "mental wellbeing") och "mental illness" (eller "mental disorders")
- Ett begrepp för dimensionen "mental health"
- Ett samlingsbegrepp för dimensionen "mental illness", med en uppdelning i
 - Tillstånd som uppfyller kriterierna för en diagnos
 - Tillstånd som *inte* uppfyller kriterierna för en diagnos

Svenska begrepp

Deltagande organisationer använder i första hand "psykisk hälsa" som översättning av paraplybegreppet för hela området. Vad gäller samlingsbegreppet "mental illness" använder deltagande organisationer begreppet "psykisk ohälsa".

För den dimension som på engelska benämns "mental health" (eller "mental wellbeing") använder deltagande organisationer framför allt begreppen "psykisk hälsa", "psykiskt välbefinnande", "positiv psykisk hälsa" eller "god psykisk hälsa".

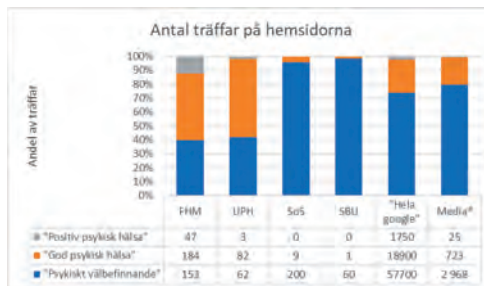
För de tillstånd av psykisk ohälsa som uppfyller kriterierna för en diagnos använder deltagande organisationer bland annat begreppen: "psykiatriska tillstånd", "psykiatrisk diagnos", "psykiska sjukdomar", "psykiatriska tillstånd och psykiska sjukdomar", "olika psykiska syndrom som uppfyller kriterier för en diagnos", "psykisk sjuklighet", "mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos", "allvarliga tillstånd eller funktionsnedsättningar" och "psykiska sjukdomar och psykisk funktionsnedsättning".

För de tillstånd av psykisk ohälsa som *inte* uppfyller kriterierna för en diagnos använder deltagande organisationer bland annat begreppen: "psykiska besvär", "självrapporterade psykiska besvär", "mindre allvarliga psykiska problem", "tillfälliga besvär av oro, nedstämdhet eller sömnbesvär", "lindriga psykiska tillstånd", "psykiska eller psykosomatiska besvär", och "nedsatt psykiskt välbefinnande".

Val av svenska begrepp

Begreppen "psykisk hälsa" (för det överordnade paraplybegreppet) och "psykisk ohälsa" (för samlingsbegreppet "mental illness") valdes ut då de redan idag är klart vanligast använda. I och med att "psykisk hälsa" valdes för det överordnade begreppet kunde det inte användas för dimensionen "mental health" (eller "mental wellbeing"), för detta valdes

istället ”psykiskt välbefinnande” då det var det mest frekvent använda av de tre återstående alternativen samt en bra översättning av ”mental wellbeing”.



Googlesökning genomförd i april 2020. *För media är sökning gjord i ReTriver.

För tillstånd av psykisk ohälsa som uppfyller kriterierna för en diagnos valdes begreppet ”psykiatriska tillstånd”; psykiatriska tillstånd istället för psykiska tillstånd då diagnoser sätts i hälso- och sjukvården; psykiatriska tillstånd istället för psykiatriska diagnoser då arbetsgruppen uppfattar ett det finns ett värde i att fokusera på tillståndet som individen har snarare än att fokusera på diagnosen som sätts av vården.

För tillstånd av psykisk ohälsa som *inte* uppfyller kriterierna för en diagnos valdes begreppet ”psykiska besvär” då detta är det begrepp som Folkhälsomyndigheten i första hand använder för detta, samt att de psykiska besvaren inte nödvändigtvis behöver vara lindrigare eller mindre allvarliga än vissa psykiatriska tillstånd.

I tillägg gjordes valet att komplettera modellen genom att dela in ”psykiatriska tillstånd” i två delar: ”Psykiska sjukdomar och syndrom”, som kan debutera när som helst under livet respektive ”Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser” som utvecklas under barndomen.

En modell som behöver användas och fortsätta utvecklas

Den föreslagna modellen och ingående begrepp kommer att behöva utvecklas löpande; på kort sikt när modellen prövats i praktiken; på medellång sikt när exempelvis den svenska versionen av det internationella diagnossystem ICD-11 är färdigställd; på lång sikt utifrån hur språket i samhället utvecklas.

Källförteckning

- Atuel, H., Dworak-Peck, S., Black, T., Castro, C., Cox, D., de Boer, C., . . . Mb, R. (2017). *Veterans' Identities and Well-being in Transition to Civilian Life-A Resource for Policy Analysts, Program Designers, Service Providers and Researchers*.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Learn About Mental Health. Retrieved from www.cdc.gov/mentalhealth/learn
- Downie, R. S., Fyfe, C., & Tannahill, A. (1990). *Health promotion: models and values*.
- Folkhälsomyndigheten. (2018). *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige?* Retrieved from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/628f1bfc932b474f9503cc6f8e29fd45/varfor-psykiska-ohalsan-okat-barn-unga-18023-2-webb-rapport.pdf>.
- Folkhälsomyndigheten. (2019a). Så tar vi fram statistik om psykisk hälsa och suicid. Retrieved from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/sa-tar-vi-fram-statistik-om-psykisk-halsa-och-suicid/>
- Folkhälsomyndigheten. (2019b). Vad är psykisk hälsa? Retrieved from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>
- Health and Welfare Canada. (1988). Mental health for Canadians: Striking a balance. In: Minister of Supply and Services Canada Ottawa.
- Huppert, F. A. (2009). Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences†. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137-164. doi:10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x
- Keyes, C. L. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of health and social behavior*, 43(2), 207-222. doi:10.2307/3090197
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*, 73(3), 539-548. doi:10.1037/0022-006x.73.3.539
- Keyes, C. L. (2014). Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. In *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 179-192): Springer.
- NHS Health Scotland. (2016). *Good mental health for all*.
- Prymachuk, S. (2011). *Mental Health Nursing: An Evidence Based Introduction*: Sage.
- Socialstyrelsen. (2019a). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6481.pdf>.
- Socialstyrelsen. (2019b). *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga - Öppna jämförelser 2019*. Stockholm Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2019-12-6475.pdf>.
- Socialstyrelsen. (2019c). *Våga tala om psykisk ohälsa!* Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-27.pdf>.
- Sveriges kommuner och landsting. (2016). *Positionspapper: Psykisk hälsa, barn och unga*. Retrieved from <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-328-4.pdf?issuusl=ignore>.

- Tenga, E., Venning, A., Winefield, H., & Crabb, S. (2015). Half Full or Half Empty: The Measurement of Mental Health and Mental Illness in Emerging Australian Adults. *Social Inquiry into Well-being*, 1(1), 1-12. doi:10.13165/SIIW-15-1-1-01
- The Scottish Government. (2017). *Mental Health Strategy: 2017-2027*. Retrieved from <https://www.gov.scot/publications/mental-health-strategy-2017-2027/>.
- Tudor, K. (1996). *Mental health promotion: Paradigms and practice*: psychology press.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119. doi:10.1007/s10804-009-9082-y

Välkommen till verkligheten

– en exempelsamling

Rubriken på denna bilaga är ett citat från ett av våra verksamhetsbesök, närmare bestämt på Piteå hälsocentral. Vi lånar det som illustration till allt det goda arbete som görs runt om i landet av så många engagerade människor. Under utredningens arbete med att beskriva mer ändamålsenliga insatser i primärvården för att möta den psykiska ohälsan har vi stött på många exempel på förbättringsarbeten på mer strategisk och/eller verksamhetsnära nivå. Vår bedömning är att det säger något om såväl behoven av insatser på området, som om den maktlöshet många känner i rollen som politiker, tjänsteperson och medarbetare i vården när det gäller att möta behoven i befolkningen gällande psykisk ohälsa. Som vi tidigare beskrivit i betänkandet saknas många gånger kunskap om hur dessa behov bäst kan mötas, liksom om hur omfattande behoven egentligen är och vilket ansvar som åligger olika aktörer i systemet.

Kunskapen behöver öka. Ett sätt att göra det är att i det lilla, utifrån verksamhetens kunskap och erfarenhet, bedriva förbättringsarbeten, och till dessa koppla strukturerad uppföljning för ökat lärande. Ett annat sätt är att bidra till att goda exempel sprids.

Ett gott exempel är gott, ibland just i kraft av hur en insats har planerats, genomförts, följts upp och anpassats utifrån en enskild verksamhet, och sedan kunnat skalas upp och visat sig vara generaliserbar till andra verksamheter. Det kan också vara gott i det att sättet att leda, agera och inkludera i en verksamhet skapat en lärandekultur, som genom att beskrivas och spridas kan möjliggöra nya förbättringsarbeten i andra verksamheter.

I det följande vill vi bidra till förbättring genom att sprida goda exempel som kommit till oss på olika sätt under vårt arbete. Det har efterfrågats en sammanställning av pågående arbeten och initiativ, för att undvika att samma hjul uppfinns om och om igen.

En reflektion från utredningens sida är att det pågår väldigt mycket inom området psykisk ohälsa, men också att strukturerade utvärderingar, uppföljningar och följeforskning inte så sällan saknas. En förhoppning med denna bilaga är därför att kunna koppla ihop verksamheter med forskare och forskningsintresserade. Vi vill understryka att varje exempel förstås måste ses i sin lokala kontext, men tror att även den kontexten kan vara till nytta att studera för den intresserade.

Vi hoppas denna sammanställning kan vara hjälpsam, och att en motsvarande projektportfölj kanske kan sammanställas och förvaltas av någon aktör i systemet i framtiden. Exempelen presenteras utan inbördes ordning och utan någon värdering från utredningens sida.

MindShift Gotland

I syfte att främja psykisk hälsa är Region Gotland tillsammans med flera andra aktörer med i en rörelse, MindShift, för att lyfta frågan om främjande av psykisk hälsa. MindShift Gotlands första projekt är Guldhjärnan, med mål att sprida kunskap om Första hjälpen till psykisk hälsa så att 10 procent av befolkningen har den kunskapen inom 5 år.

Läs mer här: <https://www.gotland.se/mindshift>.

Rådrummet i Norrtälje

Rådrummet är en verksamhet som drivs i samverkan mellan Fokus-huset Tiohundra, Kommunalförbundet Sjukvård och Omsorg i Norrtälje (KSON) och Norrtälje Kommun. Rådrummet vänder sig till vuxna som behöver prata med någon utomstående om allt från livskriser till vägval i livet.

Läs mer här: <https://www.tiohundra.se/radrummet-2020>.

Cederkliniken i Piteå

Cederkliniken i Piteå är en hälsocentral som arbetar på uppdrag av Region Norrbotten. Vid hälsocentralen har medarbetarna tillsammans utarbetat ett arbetssätt i syfte att med hög tillgänglighet snabbt kunna hjälpa den som drabbats av psykisk ohälsa. Målet med Cedermodellen är att individen så snabbt som möjligt ska få ökade kunskaper om vad man själv kan göra för att må bättre, och vid kvarstående besvär, att ändamålsenliga insatser snabbt ska kunna planeras och genomföras.

Läs mer här: <http://www.ptj.se/cederkliniken/psykisk-ohalsa/>.

Vårdcentralen Aroma i Vetlanda

Vårdcentralen Aroma startade 2010 och är en vårdcentral som arbetar på uppdrag av Region Jönköpings län. Vårdcentralen strävar efter en hög synlighet och ett engagemang i lokalsamhället. Bland annat drivs ett gym i verksamhetens lokaler för att uppmuntra till friskvård och rörelse hos alla, även de som kanske inte annars är vana gymbesökare. Vårdcentralen håller utbildningar och föreläsningar för allmänheten om exempelvis levnadsvanor och har ett brukarråd för tillvaratagande av egnerfarna personers tankar och idéer om hur verksamheten kan utvecklas.

Läs mer här: <https://www.vardcentralenaroma.se/>.

Psykosociala teamet på Frölunda Vårdcentral, i Göteborg

På Frölunda vårdcentral i Göteborg arbetar man i ett psykosocialt team bestående av rehabiliteringskoordinator, psykiatrisjuksköterska/vårdsamordnare, medicinsk rådgivare, psykolog och PTP. Teamet har veckovisa möten om patienterna där remisser går igenom och patienter fördelas mellan personerna i teamet. Teamet har även veckovisa möten med läkargruppen.

Läs mer här: <https://www.narhalsan.se/hitta-mottagning/goteborg/goteborg-vastra/narhalsan-frolunda-varldcentral/>.

Psykosociala teamet Hertsöns hälsocentral i Luleå

Vid Hertsöns hälsocentral i Luleå finns ett psykosocialt team bestående av en arbetsterapeut/rehabiliteringskoordinator, fysioterapeut, kurator och vårdsamordnare dit alla patienter med misstanke om psykisk ohälsa triageras. All personal på hälsocentralen har också utbildats för att kunna identifiera psykisk ohälsa, bemöta patienten och triagera rätt.

Läs mer här: <https://www.norrboten.se/sv/Halsa-och-sjukvard/Vardcentraler1/Lulea/Lulea-Hertsons-halsocentral/Psykosociala-teamet/>.

Må bra med kultur, Stockholm

För att motverka psykisk ohälsa, bryta isolering och skapa känsla av sammanhang bland unga nyanlända och asylsökande provas ”Må bra med kultur”. Projektet går ut på att undersöka om dans, skriva, musik och teater fungerar som buffert mot stress och psykisk ohälsa. Satsningen genomförs av Akademiskt PrimärvårdsCentrum i nära samarbete med asylmottagningar och kommunernas kulturförvaltningar och kulturinstitutioner på uppdrag av hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm. Projektets övergripande syfte är att ta fram effektiva modeller för att kunna ordinera kulturaktiviteter för unga asylsökande och nyanlända i åldrarna 15–20 år, som riskerar eller har uttalad psykisk ohälsa. Kulturaktiviteterna ligger utanför vården och leds av professionella kulturkoordinatorer och kulturpedagoger från kommunerna. Potentiella deltagare bedöms och rekryteras av sjuksköterskor/processledare på de asylmottagningar som är med i projektet. De ungdomar som deltar i projektet följs upp av sjuksköterskorna på de medverkande asylmottagningarna. Projektet utvärderas också vetenskapligt. Förhoppningen är att projektet kan fungera som en bro mellan hälso- och sjukvård och övriga delar av samhället.

Läs mer här: <http://akademisktprimarvardscentrum.se/nyheter?view=paper&id=811>.

Vårdsamordnare i Västra Götaland

I Västra Götalandsregionen (VGR) har beslutats att vårdcentralerna i regionen ska erbjuda en vårdsamordnare till patienter med lindrig till medelsvår depression eller ångestsyndrom samt till patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa. Funktionen vårdsamordnare har utvärderats vetenskapligt i samarbete med Göteborgs universitet.

Läs mer här: [https://www.vgregion.se/halsa-och-ward/wardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/wardval-wardcentral/vardsamordnare-psykisk-ohalsa/](https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/vardval-wardcentral/vardsamordnare-psykisk-ohalsa/).

Digitalt stöd vid psykisk ohälsa i Norrbotten via Digitalen

Digitalen är region Norrbottens portal för e-hälsotjänster. Under 2020, i samband med corona-pandemin, har arbetet utökats till att omfatta även psykisk ohälsa. Förhoppningen är att fler ska söka vård för psykiska besvär i ett tidigt skede. Den som söker vård via Digitalen för psykisk ohälsa får chatta med en sjuksköterska. Sjuksköterskan kan sedan sätta patienten i kontakt med läkare eller boka in en chatt hos en vårdpersonal med särskild kompetens inom psykisk hälsa. Utökningen av Digitalens tjänster finansieras av ett riktat statsbidrag för att utveckla och stärka möjligheterna till vårdkontakter för personer som lider av psykisk ohälsa.

Läs mer här: <https://www.norrbotten.se/sv/Om-Region-Norrbotten/Press/Pressmeddelanden-2020/Nytt-med-ward-for-psykisk-ohalsa-via-Digitalen/>.

Storumans sjukstuga, drop in kvällstid om psykisk ohälsa och riskbruk

I Storuman arbetar man sedan 2016 i samverkansgruppen B4 (Before), i syfte att långsiktigt och systematiskt stärka och främja den psykiska hälsan i befolkningen. B4 är ett samarbete mellan Storumans kommun, Region Västerbotten och polisen i Södra Lappland. Insatserna som genomförs vilar på fyra ben: Bemöta, Behandla, Bygga, Begränsa. Man har bl.a. arbetat med suicidförebyggande insatser, och arbetet sker i samverkan med civilsamhällets aktörer. Med start under våren 2020 erbjuder regionen och kommunen öppen mottag-

ning och drop in för psykisk ohälsa och riskbruk en kväll i veckan på sjukstugan i Storuman. Tillfällena är välbesökta.

Läs mer här: <https://www.storuman.se/Omsorg--hjalp/Psykisk-ohalsa/b4-ska-arbeta-mot-psykisk-ohalsa/>.

Självhjälpsprogram för oro vid covid-19, Region Stockholm

Till följd av corona-pandemin och covid-19 finns i Region Stockholm ett KBT-baserat självhjälpsprogram mot oro. Självhjälpsprogrammet är kostnadsfritt och tillhandhålls via 1177 Vårdguiden. Programmet tar cirka tre veckor att arbeta med, och riktar sig till den som självständigt vill arbeta med att lära sig hantera sin oro. Det innehåller text, film, illustrationer och övningar. Programmet är utvecklat och vetenskapligt utvärderat av forskare vid Karolinska Institutet.

Läs mer här: <https://www.1177.se/Stockholm/om-1177-vardguiden/e-tjanster-pa-1177-vardguiden/det-har-kan-du-gor-nar-du-loggat-in/stod-och-behandling-pa-natet/program-i-stod-och-behandling---stockholm/stod-och-behandling---oro-i-samband-med-covid-19/>.

Deplyftet, en uthållig modell för implementering av kunskapsbaserad vård

Deplyftet är en modell för att implementera kunskapsbaserad vård, ge kliniska färdigheter i att bedöma och behandla depression, och värdera och hantera självmordsrisk hos barn och ungdomar. Arbetet startade inom ramen för en överenskommelse mellan SKR och regeringen 2014, utifrån målet att stödja arbetet med välutvecklade insatser för psykisk ohälsa både i första linjen och på specialistnivå. I nuläget sker en nationell implementering. Arbetet drivs av en arbetsgrupp inom Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) och administreras av Psykiatrin i Halland, Region Halland.

Läs mer här: <http://www.sfbup.se/deplyftet/>.

Chatt i Vallentuna kommun

Vallentuna kommun har startat en chatt öppen två timmar varje helgfri vardag med fokus på psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Den riktar sig till invånare i kommunen som upplever ökad press och en svår livssituation. Här kan man anonymt få vägledning om vart man kan vända sig med sin problematik.

Läs mer här: <https://www.vallentuna.se/omsorg-och-hjalp/nyheter/ny-chatt-ska-vagleda-vid-psykisk-ohalsa/>.

Sunt arbetsliv och samverkansprojektet 4 Ess i Småland

Sunt Arbetsliv drivs av de fackliga organisationerna i samverkan med SKR och Sobona och har till uppdrag att bidra till friska arbetsplatser inom kommun- och regionsektorn. 4 Ess står för Smart Samverkan i Småland Sydost och var ett samverkansprojekt 2017–2020 i Torsås, Ljungby och Vimmerby kommun med syftet att minska sjukskrivningstalen bland kommunanställda. Idéen var att koppla in arbetsgivarna tidigt i processen och ge dem bättre möjlighet att ta sitt ansvar för att förebygga ohälsa. Konkret innebar projektet att kommunen som arbetsgivare samverkade med Försäkringskassan och med hälsocentraler.

Läs mer här: <https://www.suntarbetsliv.se/artiklar/hallbar-rehabilitering/4-ess-sankte-sjukskrivningstalen-i-smaland/>.

Riddargatan 1 – mottagningen för alkohol och hälsa

Behandlingsverksamheten på Riddargatan 1 – mottagningen för alkohol och hälsa, är inriktad på personer som själva upplever att de dricker för mycket, men som inte har andra sociala hjälpbehov. Behandlingen pågår en begränsad tid, cirka tre månader, med en uppföljning efter ytterligare tre månader. Man kan komma till mottagningen på remiss, men tanken är att det ska vara enkelt för den som upplever sig ha ett riskbruk av alkohol att själv välja att kontakta mottagningen.

Läs mer här: <https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/>.

Verksamheten Promenadvän i Karlshamn

Verksamheten Promenadvän vänder sig till äldre som söker extra sällskap. Projektet går ut på att seniorer i Karlshamn paras ihop med volontärer. De träffas sedan utanför senioren bostad för en promenad och fika utomhus. Även gruppromenader förekommer. Det är den frivilliga organisationen Hej Blekinge som dragit igång projektet som finansieras av Socialstyrelsen. Samverkanspartner är Karlshamns kommun och lokalt näringsliv.

Läs mer här: <https://www.facebook.com/hejblekinge/>.

Initiativet Varmprat

Den ideella föreningen Mind vill med initiativet Varmprat uppmuntra fler till att våga ta kallpratet till nästa nivå och få oss att prata mer om vårt psykiska mående. Mind har tagit fram tio konversationsstartare som öppnar upp för djupare samtal mellan människor i vardagen.

Läs mer här: <https://mind.se/kampanj/varmprat/>.

Bättre psykisk hälsa hos äldre i Markaryd

Markaryds kommun genomför ett projekt för förbättrad psykisk hälsa hos äldre. Målet är att personal som arbetar med personer i ordinärt boende ska känna att de har kunskap om äldres psykiska hälsa och bemötandets påverkan på den enskilde individen samt att hitta de äldre som har kommunala insatser och som lider av psykisk ohälsa. Avsikten är att sociala insatser ska ge den äldre en känsla av välbefinnande och trygghet och att tiden som denne kan bo hemma ska kunna förlängas. En annan del i projektet är ett förstärkt samarbete med civilsamhället och att arbeta för att bryta ofrivillig isolering även för de målgrupper som inte nödvändigtvis har kommunala insatser.

Läs mer här: <https://www.markaryd.se/arkiv/nyheter/2018-05-28-battre-psykisk-halsa-hos-aldre.html>.

Integrerad beteendehälsa i Östergötland

Integrerad beteendehälsa, IBH, är en vårdmodell för bedömning och behandling av personer med psykisk ohälsa. Från och med 2018 pågår ett stegvis införande av modellen på intresserade vårdcentraler i Region Östergötland. Syftet med IBH är att stärka samtalsbehandlaren roll och underlätta för övriga medarbetare att arbeta med psykisk ohälsa och livsstilsrelaterade besvär på samma sätt som de arbetar med somatisk ohälsa i dagsläget.

Läs mer här: <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Riktlinjer/Primarvard/Integrerad-beteendehalsa/>.

Samverkansstrukturer i Region Gotland

Som ett resultat av modellen Regional samverkans- och stödstruktur i Region Gotland öppnades 2019 en första linje-mottagning för barns och ungas psykiska hälsa. Mottagningen vänder sig till alla mellan 6 och 17 år med lindrigare psykisk ohälsa och deras föräldrar. Här samverkar hälso- och sjukvårdsförvaltningen och socialförvaltningen i en gemensam verksamhet med avsikten att minska risken att individer blir hänvisade mellan socialtjänst och BUP. Den gemensamma insatsen omfattar såväl initial bedömning som olika behandlande insatser. Insatserna erbjuds såväl individuellt som i grupp.

Läs mer här: <https://www.gotland.se/forstalinjen/>.

Peer support, i VGR

I VGR har man infört internetbaserad behandling i primärvården för bl.a. sömnproblem, ångest och panik, stresshantering samt depression. Kopplat till detta finns ett antal pågående forskningsprojekt, bl.a. om digital peer support, som visar att det är genomförbart och upplevs som positivt av patienterna att involvera peer support även i internetbaserad vård vid psykisk ohälsa i primärvården. I en studie genomgick patienter som sökte för ångestproblem i primärvården

ett åtta veckors långt internetbaserat KBT-program och erbjöds extra stöd av peer supportrar under tiden för behandlingen.

Läs mer här: <https://www.vgregion.se/f/regionhalsan/FoU-primarvard/forskningsplattformar/psykisk-halsa-och-ohalsa/aktuellt-inom-plattformen/peer-support/>.

Brukarrevision i Region Uppsala

I Uppsala har man använt sig av brukarrevision för att följa upp Region Uppsalas och Uppsala läns arbete med statsbidraget för psykisk hälsa för 2019 utifrån ett brukar- och delaktighetsperspektiv. Uppdraget innefattade intervjuer med brukarföreningar och nyckelpersoner inom Region Uppsala och två utvalda kommuner i Uppsala län som berörs av arbetet med den länsgemensamma handlingsplanen för psykisk hälsa 2019.

Läs mer här: <https://briu.se/wp-content/uploads/2020/02/Brukarrevision-Psykisk-ha%CC%88lsa-slutversion-200215.pdf>.

Återhämtningsguiden

Återhämtningsguiden är ett pedagogiskt självhjälpssverktyg som fokuserar på återhämtning för personer med psykisk ohälsa och har tagits fram av brukarrörelsen (NSPH Skåne) i samarbete med professionen, med finansiering av Allmänna Arvsfonden. Den som i sin yrkesroll möter målgruppen kan också använda Återhämtningsguiden som ett stöd i arbetet. Materialen är skrivna av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa. I nuläget finns tre st. guider; Återhämtningsguiden för dig som mår dåligt, Återhämtningsguiden för dig som står nära någon som mår dåligt och Återhämtningsguiden för dig inom heldygnsvård.

Läs mer här: <http://www.aterhamtningsguiden.se/>.

Samarbetsvård, i Dalarna

I Region Dalarna startade 2017 ett, nu i regionen breddinfört, arbete med att förbättra omhändertagandet i primärvården av personer med psykisk ohälsa, bl.a. mot bakgrund av att omhändertagandet skilde

sig åt mellan olika vårdcentraler. Arbetet inkluderar införande av särskilt utbildade vårdsamordnare på vårdcentralsnivå, och man arbetar med konsultpsykiater som stöd. Ett initialt fokus var läkemedelsbehandling och dess uppföljning. Man har också arbetat med utökad användning av skattningsskalor, psykoedukativa insatser och strukturerad uppföljning och dokumentation.

Läs mer här: <https://skr.se/tjanster/merfranskr/larandeexempel/larandeexempel/vardsamordnaregertrygghetatpersonermedpsykiskohalsa.34898.html>.

Livsberättargrupper för äldre

Sveriges stadsmissioner startade hösten 2016 projektet Äldres existentiella och psykiska hälsa, med bl.a. Livsberättargrupper. Syftet är att bryta ensamhet, förebygga depression och ge ökad delaktighet i livet. Projektet genomförs tillsammans med S:t Lukas och den ideella föreningen Mind. Livsberättargrupper finns runt om i landet. Gruppen erbjuder ett tryggt sammanhang som kan öppna upp för att dela med sig av minnen, tankar och känslor med fokus på existentiella frågor. Varje träff har ett tema som man pratar och diskuterar utifrån. Det kan handla om barndom, uppväxt, vuxenliv eller en händelse som betytt särskilt mycket.

Läs mer här: <https://sanktlukas.se/psykoterapi/samtalsstod-for-pensionarer/aldres-halsa-livsberattargrupper/>.

Braining

Under 2017 ställdes frågan vid patient- och närståendeutbildningar vid Psykiatri Sydväst i Region Stockholm hur man på ett bra sätt kunde stödja till fysisk träning. Svaret blev ett önskemål om att fysisk träning skulle finnas på plats i verksamheten, så man skulle känna sig trygg både med miljön och situationen. Detta blev upprinnelsen till Braining. Syftet med Braining är att motivera personer med depression och ångest att träna regelbundet. Träningen vänder sig till alla patienter inom öppen och slutenvård och till medarbetarna, och man tränar alltid tillsammans. Brainingformatet inkluderar en introducerande föreläsning, träningspass, motiverande samtal och en individuell utvärdering och återkoppling efter träningsperiodens 12 veckor.

En positiv bieffekt är den sociala samvaron som skapas. Formatet gör att många som haft svårt att komma igång med träning börjar träna regelbundet. Till insatsen har redan från start knutits forskning, och vid tre kliniska uppföljningar har positiva effekter funnits på depressionssymtom, fysiska och sociala parametrar, inklusive medarbetarnas arbetsmiljö.

Läs mer här: <https://www.psykiatriforskning.se/utveckling/verksamhetsutveckling-psykiatri/braining-traning-for-hjarnan/>.

Projektet @geing Online

Umeå universitet har inom projektet @geing Online i samverkan med Finland tagit fram en applikation för mobil, avsedd att användas av seniora personer, som ger användaren kännedom om pågående eller kommande sociala aktiviteter i dennes närområde.

Läs mer här: <https://www.abo.fi/projekt/geing-online-digitala-tjanster-for-meningsfulla-sociala-aktiviteter-bland-botniaregionens-aldre/>.

Häng med oss ut i Sjöbo

Häng med oss ut var ursprungligen ett samarbete mellan socialpsykiatri i Sjöbo kommun och Friluftsförbundet Sjöbo. Projektets syfte var att "möjliggöra för kunder i socialpsykiatri att prova på friluftaktiviteter i en lokal förening". Projektet blev så lyckat att fler kommuner ville göra detsamma. Häng med oss ut 2.0 är en treårig satsning och ett samarbete mellan de socialpsykiatriska verksamheterna i Sjöbo, Ystad, Tomelilla, Skurup och Simrishamn kommun samt Friluftsförbundet.

Läs mer här: <https://www.sjobo.se/omsorg-och-stod/psykisk-halsa/hang-med-oss-ut.html>.

Dans för Hälsa

Dans för Hälsa är metodiken bakom en vetenskaplig randomiserad studie från Universitetssjukvårdens forskningscentrum, Region Örebro län och Örebro Universitet ("dansprojektet") för att stärka psykisk

hälsa hos unga. Studien visade att regelbunden dans gav hälsoeffekter för tonårsflickor med stressrelaterade kroppsliga och emotionella besvär.
Läs mer här: <https://www.dansforhalsa.se/>.

Studiecirkeln Hälsospåret

I samarbete med Studieförbundet Vuxenskolan bedrev NSPH Stockholms län under perioden 2018–2020 studiecirkeln Hälsospåret som syftade till att förbättra deltagarnas psykiska och fysiska hälsa. Cirkeln omfattade tio träffar med teman som sömn, stress, kost, motion m.m. och riktade sig till brukare/patienter och anhöriga.
Läs mer här: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/stockholmslan/studiecirkeln-med-fokus-pa-halsa-for-personer-med-psykisk-ohalsa/>.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift
– rättsliga förutsättningar för
utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och
samhällskunskap för svenskt
medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och
utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård
och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskrafts-
invandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till
psykisk hälsa. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift
– rättsliga förutsättningar för
utkontraktering. [1]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och
samhällskunskap för svenskt
medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskrafts-
invandring. [5]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och
omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk
hälsa. [6]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning.
[3]



Socialdepartementet

Remiss av betänkandet God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6)

Remissinstanser

Akademikerförbundet SSR

Arjeplogs kommun

Barnens rätt i samhället (Bris)

Barnombudsmannen

Danderyds kommun

Distriktssköterskeföreningen

E-hälsomyndigheten

FAMNA

Finska Pensionärernas Riksförbund

Finspångs kommun

Folkhälsomyndigheten

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna
Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
Föreningen Sveriges Socialchefer
Försäkringskassan
Förvaltningsrätten i Umeå
Förvaltningsrätten i Växjö
Gotlands kommun
Gävle kommun
Hiv-Sverige
Hjo kommun
Huddinge kommun
Håbo kommun
Härryda kommun
Inera AB
Inspektionen för socialförsäkringen
Inspektionen för vård och omsorg
Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)
Justitiekanslern
Jönköpings kommun
Karolinska institutet
Kommunal

KRY International AB

Kungsbacka kommun

Linköpings universitet

Linneuniversitetet

Lunds universitet

Läkemedelsverket (LV)

Malmö kommun

Mind

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Mölnåls kommun

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)

Nationella nätverket för samordningsförbund

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA)

Neuro

Nora kommun

Nordmalings kommun

Norrtälje kommun

Pensionärernas Riksorganisation (PRO)

Regelrådet

Region Blekinge

Region Dalarna

Region Gävleborg

Region Halland

Region Jämtland Härjedalen

Region Jönköpings län

Region Kalmar län

Region Kronoberg

Region Norrbotten

Region Skåne

Region Stockholm

Region Sörmland

Region Uppsala

Region Värmland

Region Västerbotten

Region Västernorrland

Region Västmanland

Region Örebro

Region Östergötland

Riksförbundet Attention

Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES)

Riksförbundet PensionärsGemenskap

Rättviks kommun

Röda Korset

Shedo

Sjukhusläkarna

SKPF Pensionärerna

Skövde kommun

Socialstyrelsen

Sollefteå kommun

SPF Seniorerna

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Statens medicinsk-etiska råd (Smer)

Statskontoret

Stockholms kommun

Suicide Zero

Svedala kommun

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Svensk förening för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP)

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)

Svenska Distriktsläkarföreningen

Svenska Logopedförbundet

Svenska Läkaresällskapet

Svenska Psykiatriska Föreningen

Svenskt Demenscentrum

Sverigefinska Pensionärer

Sveriges Farmaceuter

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Sveriges läkarförbund

Sveriges Psykologförbund

Säffle kommun

Tillsammans för ungas psykiska hälsa (TILIA)

Umeå universitet

Universitetskanslersämbetet (UKÄ)

Vetenskapsrådet

VISION

WONSA

Vårdförbundet

Vårdföretagarna

Västra Götalandsregionen

Älvkarleby kommun

Örebro universitet

Örkelljunga kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 30 september 2021**. Svaren bör lämnas per e-post till **s.remissvar@regeringskansliet.se** och med kopia till **s.fs@regeringskansliet.se**. Ange diarienummer S2021/00866 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian. Om remissen är begränsad till en viss del av promemorian, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Promemorian kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av promemorian via ett [beställningsformulär hos Elanders Sverige AB](#).

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svåra på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, betankande@elanders.com

4

Yttrande över betänkandet ”Stärkt rätt till personlig assistans” (SOU 2021:37) 21RS6308

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälsa- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS6308

Organ
Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Yttrande över betänkandet ”Stärkt rätt till personlig assistans” (SOU 2021:37)

Förslag till beslut

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutar

att förslaget till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

En statlig utredning har haft i uppdrag att se över vissa frågeställningar inom personlig assistans enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Utredningen föreslår nu ett förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser, samt ett antal andra förslag som inte har samma relevans för Region Örebro län.

För att uppnå förstärkningen av stödet vid behov av sjukvårdande insatser lämnar utredningen flera förslag. För det första föreslås en egenvårdslag som reglerar hälsa- och sjukvårdens ansvar för exempelvis samverkan, planering, instruktioner och uppföljning. För det andra föreslås en ny bestämmelse i hälsa- och sjukvårdslagen för att hälsa- och sjukvården ska ta större hänsyn till livsvillkoren när vård ska ges till personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar. För det tredje vill utredningen att behov av sjukvårdande insatser ska beaktas vid bedömning om rätt till assistans, om det finns en överenskommelse om utförandet mellan sjukvårdshuvudmannen och assistansanordnaren.

I förslaget till yttrande välkomnar Region Örebro län utredningens förslag. Den ökade arbetsinsatsen och i viss utsträckning även ökade kostnader som förslagen väntas innebära, motiveras med ökad patientsäkerhet och ökade möjligheter till ett bättre vardagsliv för berörda individer.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälsa- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS6308

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet får inga konsekvenser för de aktuella perspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

Utredningens förslag kring förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser beräknas innebära en överföring av kostnader till landets regioner som motsvarar 157 miljoner om året.

Beslutsunderlag

Föredragnings-PM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-09-29, Yttrande över betänkandet "Stärkt rätt till personlig assistans" (SOU 2021:37)
Yttrande över betänkandet "Stärkt rätt till personlig assistans" (SOU 2021:37)
Betänkandet

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Socialdepartementet

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2021-09-29

Beteckning
Dnr: 21RS6308

Er beteckning

Regeringskansliet, Socialdepartementet

Yttrande över betänkandet ”Stärkt rätt till personlig assistans” (SOU 2021:37)

Region Örebro län har fått möjlighet att yttra sig över betänkandet ”Stärkt rätt till personlig assistans” (SOU 2021:37) och vill med anledning av betänkandet lämna följande synpunkter:

Region Örebro län välkomnar utredningens förslag till stärkt assistans. De bör kunna leda till en positiv förändring för barn, ungdomar och vuxna med olika funktionsnedsättningar, och för deras möjlighet till att ha ett vardagsliv som redan är en möjlighet för andra.

Av särskilt intresse för Region Örebro län är förslagen som är avsedda att förstärka stödet vid behov av sjukvårdande insatser. Förslagen innebär bland annat att ansvaret för sjukvårdshuvudmännen tydliggörs. För att förslagen ska leda till den kvalitetsökning som utredningen eftersträvar krävs från regionernas sida bland annat förbättrade bedömningar kring egenvård, utökad planering av vårdinsatser, och närmare samverkan med assistansutförare.

Förslagen innebär därför sammantaget en ökad arbetsinsats för Region Örebro län som vårdgivare, och i viss utsträckning även ökade kostnader. Region Örebro län ställer sig ändå positiv till förslagen eftersom de ökar patientsäkerheten och möjligheterna till ett bättre vardagsliv för de berörda individerna. För att säkra den kvalitetshöjning av sjukvårdande insatser som eftersträvas bedömer dock Region Örebro län att utredningens förslag att sjukvårdshuvudmannen har rätt att fatta beslut om vilka aktörer som man vill ingå avtal med, är en viktig förutsättning.

För Region Örebro län

Från: [Inger Karlsson](#)
Till: info@autism.se; servicecenter@avesta.se; info@barnombudsmannen.se; kommunen@boden.se; medborgarcenter@botkyrka.se; info@bra.se; bastads.kommun@bastad.se; info@rdr@demensforbundet.se; do@do.se; domstolsverket@dom.se; huvudregistrator@ekobrottsmyndigheten.se; info@kvinnor-funktionshinder.se; info@fremia.se; info@frosunda.se; info@funktionsratt.se; fsdb@fsdb.org; info@socialchefer.se; info@foretagarna.se; huvudkontoret; forvaltningsrattenikarlstad@dom.se; forvaltningsrattenimalmo@dom.se; forvaltningsratteniumea@dom.se; stadsledningskontoret@stadshuset.goteborg.se; kommunen@haparanda.se; info@hjarnkraft.se; info@humana.se; info@independentliving.org; registrator@inspsf.se; registrator.vss@ivo.se; ifau@ifau.uu.se; imy@imy.se; info@intressegruppen.info; info@jamy.se; kommun@kalmar.se; kammarrattenistockholm@dom.se; karlskrona.kommun@karlskrona.se; kontakt@sobona.se; kommun@landskrona.se; kommun@linkoping.se; lunds.kommun@lund.se; kommunstyrelsen@malmo.se; markskommun@mark.se; ks@markaryd.se; motala.kommun@motala.se; kommun@mullsjö.se; info@mfd.se; info@anhoriga.se; info@neuro.se; natverket@nuft.nu; kundcenter@partille.se; info@rtp.se; info@regelradet@regelradet.se; region@regionblekinge.se; regionen@regionhalland.se; region@regionjh.se; region@regionkalmar.se; region@skane.se; regionstockholm@sl.se; regionen@regionvasterbotten.se; post@vgregion.se; Region Örebro län; region@regionostergotland.se; kansliet@dhb.se; fub@fub.se; rsmh@rsmh.se; info@jag.se; kundservice; simrishamns.kommun@simrishamn.se; info@smaforetagarna.se; socialstyrelsen@socialstyrelsen.se; spsm@spsm.se; kommunen@staffanstorp.se; info@allmannabarnhuset.se; info@stil.se; kommunstyrelsen@stockholm.se; storfors.kommun@storfors.se; kommun@stromstad.se; kommun@stromsund.se; kommunen@surahammar.se; forbundet@kommunal.se; registrator@skr.se; info@slf.se; kommunen@uddevalla.se; umea.kommun@umea.se; upplands.vasby.kommun@upplandsvasby.se; kommunstyrelsen@vingaker.se; info@vardforbundet.se; info@vardforetagarna.se; kundtjanst@are.se; Kommun@orebro.se
Kopia: betankande@elanders.com; S.Registrator
Ärende: S2021/04587 Remiss utav SOU 2021:37 Stärkt rätt till personlig assistans - svar senast 1 oktober 2021
Datum: den 16 juni 2021 08:04:20
Bilagor: [image002.png](#)
[Remissmissiv Stärkt rätt till personlig assistans.pdf](#)

Länk till SOU 2021:37: [Stärkt rätt till personlig assistans – Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser - Regeringen.se](#)

SOU 2021:37 Stärkt rätt till personlig assistans

Remissinstanser

Autism- och Aspergerförbundet

Avesta kommun

Barnombudsmannen

Bodens kommun

Botkyrka kommun

Brottsförebyggande rådet

Båstad kommun

DHR - Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet

Demensförbundet

Diskrimineringsombudsmannen

Domstolsverket

Ekobrottsmyndigheten

FQ – Forum Kvinnor och funktionshinder

Fremia

Frösunda Omsorg AB

Funktionsrätt Sverige

Förbundet Sveriges Dövsblinda (FSDB)

Föreningen Sveriges Socialchefer

Företagarna

Försäkringskassan

Förvaltningsrätten i Karlstad

Förvaltningsrätten i Malmö

Förvaltningsrätten i Umeå

Göteborgs kommun

Haparanda kommun

Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft

Humana assistans AB

Independent Living Institute

Inspektionen för socialförsäkringen

Inspektionen för vård och omsorg

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering

Integritetsskyddsmyndigheten

Intressegruppen för assistansberättigade

Jämställdhetsmyndigheten

Kalmar kommun

Kammarrätten i Stockholm

Karlskrona kommun

Kommunala företagens arbetsgivarorganisation Sobona

Landskrona kommun
Linköpings kommun
Lunds kommun
Malmö kommun
Mark kommun
Markaryds kommun
Motala kommun
Mullsjö kommun
Myndigheten för delaktighet
Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka)
Neuroförbundet
Nätverket unga för tillgänglighet (NUFT)
Partille kommun
Personskadeförbundet RTP
RBU - Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar
Regelrådet
Region Blekinge
Region Halland
Region Jämtland Härjedalen
Region Kalmar
Region Skåne
Region Stockholm
Region Västerbotten
Region Västra Götaland
Region Örebro
Region Östergötland

Riksförbundet DHB
Riksförbundet FUB
Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
Riksföreningen JAG
Rädda Barnen
Simrishamns kommun
Småföretagarnas riksförbund
Socialstyrelsen
Specialpedagogiska skolmyndigheten
Staffanstorps kommun
Stiftelsen Allmänna Barnhuset
STIL - Stiftarna av independent living i Sverige
Stockholms kommun
Storfors kommun
Strömstads kommun
Strömsunds kommun
Surahammars kommun
Svenska kommunalarbetsförbundet
Sveriges Kommuner och Regioner
Sveriges läkarförbund
Uddevalla kommun
Umeå kommun
Upplands Väsby kommun
Vingåkers kommun
Vårdförbundet
Vårdföretagarna Almega

Åre kommun

Örebro kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast fredagen den 1 oktober 2021**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.sof@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2021/04587 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett [beställningsformulär hos Elanders Sverige AB](#).

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Tony Malmborg
Departementsråd

Inger Karlsson
Kanslisekreterare
Socialdepartementet
Enheten för socialtjänst och funktionshinderspolitik (SOF)
103 33 Stockholm
Tfn 08-405 39 89
inger.karlsson@regeringskansliet.se
www.regeringen.se



Regeringskansliet



Socialdepartementet

Enheten för socialtjänst och funktionshinderspolitik
Departementssekreterare
Axel Ingvarsson
0730-304687

SOU 2021:37 Stärkt rätt till personlig assistans

Remissinstanser

Autism- och Aspergerförbundet

Avesta kommun

Barnombudsmannen

Bodens kommun

Botkyrka kommun

Brottsförebyggande rådet

Båstad kommun

DHR - Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet

Demensförbundet

Diskrimineringsombudsmannen

Domstolsverket

Ekobrottsmyndigheten

FQ – Forum Kvinnor och funktionshinder

Fremia

Frösunda Omsorg AB

Funktionsrätt Sverige

Förbundet Sveriges Dövblinda (FSDB)

Föreningen Sveriges Socialchefer

Företagarna

Försäkringskassan

Förvaltningsrätten i Karlstad

Förvaltningsrätten i Malmö

Förvaltningsrätten i Umeå

Göteborgs kommun

Haparanda kommun

Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft

Humana assistans AB

Independent Living Institute

Inspektionen för socialförsäkringen

Inspektionen för vård och omsorg

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering

Integritetsskyddsmyndigheten

Intressegruppen för assistansberättigade

Jämställdhetsmyndigheten

Kalmar kommun

Kammarrätten i Stockholm

Karlskrona kommun

Kommunala företagens arbetsgivarorganisation Sobona

Landskrona kommun

Linköpings kommun

Lunds kommun

Malmö kommun

Mark kommun

Markaryds kommun

Motala kommun

Mullsjö kommun

Myndigheten för delaktighet

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka)

Neuroförbundet

Nätverket unga för tillgänglighet (NUFT)

Partille kommun

Personskadeförbundet RTP

RBU - Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar

Regelrådet

Region Blekinge

Region Halland

Region Jämtland Härjedalen

Region Kalmar

Region Skåne

Region Stockholm

Region Västerbotten

Region Västra Götaland

Region Örebro

Region Östergötland

Riksförbundet DHB

Riksförbundet FUB

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa

Riksföreningen JAG

Rädda Barnen

Simrishamns kommun

Småföretagarnas riksförbund

Socialstyrelsen

Specialpedagogiska skolmyndigheten

Staffanstorps kommun

Stiftelsen Allmänna Barnhuset

STIL - Stiftarna av independent living i Sverige

Stockholms kommun

Storfors kommun

Strömstads kommun

Strömsunds kommun

Surahammars kommun

Svenska kommunalarbetsförbundet

Sveriges Kommuner och Regioner

Sveriges läkarförbund

Uddevalla kommun

Umeå kommun

Upplands Väsby kommun

Vingåkers kommun

Vårdförbundet

Vårdföretagarna Almega

Åre kommun

Örebro kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast fredagen den 1 oktober 2021**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.sof@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2021/04587 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett [beställningsformulär hos Elanders Sverige AB](#).

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Tony Malmborg
Departementsråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Stärkt rätt till personlig assistans

Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser

BETÄNKANDE AV
UTREDNINGEN OM
STÄRKT ASSISTANS



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:37

Stärkt rätt till personlig assistans

Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser

Betänkande av Utredningen stärkt assistans

Stockholm 2021



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:37

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0100-9 (tryck)

ISBN 978-91-525-0101-6 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 23 januari 2020 att uppdra åt en särskild utredare att se över vissa frågeställningar inom personlig assistans enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS. Den 23 januari 2020 förordnades generaldirektören Fredrik Malmberg som särskild utredare.

Som sakkunniga att biträda utredningen förordnades den 20 april 2020 departementssekreteraren Elin Persson, departementssekreteraren Lene Persson Weiss, departementssekreteraren Janna Törneman, rättssakkunniga Veronica Widell Edlund, ämnesrådet Petra Zetterberg Ferngren och kanslirådet Charlotta Örn. Den 12 november 2020 entledigades Lena Persson Weiss och Elin Persson. I deras ställe förordnades departementssekreteraren Hedvig Westphal och departementssekreteraren Joanna Hägg. Den 1 januari 2021 entledigades Charlotta Örn och i hennes ställe förordnades departementssekreteraren Axel Ingvarsson.

Som experter att biträda utredningen förordnades den 20 april 2020 verksamhetschefen Cecilia Blanck, förbundsjuristen Ellinor Englund, styrelseordföranden Jonas Franksson, verksamhetsutvecklaren Signe Holmlund Armerin, verksamhetsansvariga Sophie Karlsson, intressepolitiska chefen Mikael Klein, avdelningsjuristen Emelie Lindahl, förbundsjuristen/kanslichefen Nawal Naji, och juristen Jesper Symreng. Den 27 maj 2020 entledigades Nawal Naji och i hans ställe förordnades förbundsordföranden Maria Persdotter från och med den 28 maj 2020. Den 2 oktober 2020 entledigades Emelie Lindahl och i hennes ställe förordnades utredaren Åsa Nordström.

Anställda som sekreterare i utredningen har varit Tomas Agdalen från och med den 19 februari 2020, Katarina Leffler från och med den 2 mars 2020, Nina Karnehed från och med den 16 april 2020 och Brigitta Hultblad från och med den 1 januari 2021.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet *Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser* (SOU 2021:37). Utredningens uppdrag är härigenom slutfört.

Stockholm i maj 2021

Fredrik Malmberg

/Tomas Agdalen
Brigitta Hultblad
Nina Karnehed
Katarina Leffler

Innehåll

Förkortningar	21
Sammanfattning	23
Lättläst sammanfattning	31
1 Författningsförslag	37
1.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.....	37
1.2 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken	42
1.3 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	45
1.4 Förslag till lag om ändring av patientlagen (2014:821)	46
1.5 Förslag till lag om egenvård	47
1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade.....	52
1.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1993:1091) om assistansersättning.....	57
2 Bakgrund	59
2.1 Utredningens uppdrag.....	59
2.2 Nationella mål och internationella åtaganden.....	60
2.2.1 Mål och principer.....	60

2.2.2	FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och rätten att leva självständigt och att delta i samhället.....	62
2.2.3	Barns rättigheter enligt konventionerna.....	63
2.3	Vad är lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade?	65
2.3.1	Målet – att leva som andra	65
2.3.2	LSS är en rättighetslag.....	66
2.4	Om personlig assistans.....	67
2.5	Grunderna för rätten till personlig assistans	69
2.5.1	Personkretsen.....	69
2.5.2	Grundläggande behov och andra personliga behov.....	69
2.6	Utredningens arbete.....	73
2.6.1	Assistansanvändares och företrädares synpunkter och erfarenheter	73
2.6.2	Övriga möten och intervjuer.....	75
2.6.3	Granskning av klagomål och anmälningar.....	76
2.6.4	Statistikinhämtning.....	77
2.6.5	Tre fördjupande texter.....	78
2.6.6	Expertgrupp.....	78
2.7	Begreppen funktionsnedsättning och funktionshinder	78
2.8	Betänkandets disposition	79
3	Stöd vid behov av sjukvårdande insatser.....	81
3.1	Nationella mål och internationella rättigheter relaterade till hälsa	83
3.1.1	Nationella mål för hälso- och sjukvårdspolitiken	83
3.1.2	Hälsa som internationellt reglerad rättighet för personer med funktionsnedsättning.....	83
3.2	Den personliga assistansen som en reaktion mot vård och omsorg	85

3.3	Olika former av stöd vid behov av hjälp med sjukvårdande insatser	86
3.3.1	Ingen personlig assistans för behov av hjälp med sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen	87
3.3.2	Personlig assistans kan beviljas för behov av hjälp med egenvård	88
3.3.3	Andra insatser vid behov av hjälp med egenvård	90
3.3.4	Stöd vid behov av insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen	90
3.4	Stöd eller vård? – Relationen mellan hälso- och sjukvård, omsorg och personlig assistans	91
3.4.1	Hälso- och sjukvård eller socialtjänst – Vad säger lag och förarbeten?	91
3.4.2	Mer om vad som karaktäriserar hälso- och sjukvård, omsorg och stöd och service	92
3.5	Hälso- och sjukvård – Vad gäller?	95
3.5.1	Grundläggande principer	95
3.5.2	Hälso- och sjukvårdens aktörer – huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal	102
3.5.3	Dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser	109
3.5.4	Ansvar för hälso- och sjukvårdens kvalitet	110
3.5.5	Möjlighet till ersättning vid skada i samband med hälso- och sjukvård	115
3.5.6	Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	119
3.6	Egenvård – Vad gäller?	122
3.6.1	Egenvård – ett begrepp med olika betydelser	122
3.6.2	Vad finns det för reglering som möjliggör egenvård?	124
3.6.3	Hälso- och sjukvårdens roll vid egenvård	126
3.6.4	När den enskilde får hjälp av en personlig assistent att utföra egenvården	132
3.6.5	Vad gäller om en skada inträffar när den enskilde får hjälp av en personlig assistent att utföra egenvård?	137

3.7	Om möjligheten att utbyta information	138
3.7.1	Grundläggande regler om sekretess och tystnadsplikt i hälso- och sjukvården, socialtjänstverksamhet och hos Försäkringskassan	139
3.7.2	När får uppgifter lämnas mellan hälso- och sjukvården och en enskilds assistansanordnare eller personliga assistenter?	141
3.7.3	Hur kan Försäkringskassan få information om ändrade förhållanden som rör assistansersättningen?	144
3.7.4	Hur kan kommunen få information om ändrade förhållanden som rör den personliga assistansen?	146
3.8	När en sjukvårdande insats inte längre anses kunna utföras som egenvård	147
3.8.1	Vad betyder en förändrad egenvårdsbedömning för rätten till personlig assistans och assistansersättning?	147
3.8.2	När kan en förändrad egenvårdsbedömning leda till ändringar i den enskildes beslut?	148
4	Stödet vid behov av sjukvårdande insatser behöver förstärkas	155
4.1	Hur stort är behovet av stöd med sjukvårdande insatser?	156
4.2	Kan vad som helst utföras som egenvård? – Frågan om gränsdragning mellan egenvård och insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen	157
4.2.1	Det finns inte någon tydlig övre gräns	158
4.2.2	En förändring har skett över tid	161
4.2.3	Frågan om gränsdragning ur de beslutande myndigheternas perspektiv	163
4.2.4	Reflektioner om gränsdragningen och skillnaden mellan egenvård och insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen	164

4.3	Systemet skapar incitament till att sjukvårdande insatser utförs som egenvård.....	166
4.4	Hur väl fungerar det sätt som sjukvårdande insatser ges till personer med personlig assistans?.....	167
4.4.1	Det finns tecken på bristande patientmedverkan	168
4.4.2	Avancerade sjukvårdande insatser ges under oklara former.....	169
4.4.3	Patientsäkerheten är inte alltid i fokus vid egenvårdsbedömningen.....	172
4.4.4	Oenighet om vem som ansvarar och hur långt ansvaret sträcker sig.....	174
4.4.5	Brister i uppföljningen av hur de sjukvårdande insatserna fungerar	179
4.4.6	Svårigheter med informationsöverföring vid både egenvård och delegation	179
4.4.7	Otydlighet om vem som ska bära det slutliga ansvaret får konsekvenser för den enskilde	181
4.4.8	Ett systematiskt kvalitetsarbete försvåras.....	181
4.4.9	Alla kommuner erbjuder inte stöd vid behov av hjälp med egenvård	184
4.5	Det finns många problem med hur sjukvårdande insatser ges till personer med personlig assistans – sammanfattande analys	186
4.5.1	Det sätt som sjukvårdande insatser ges i dag säkerställer inte god vård med hög patientsäkerhet.....	186
4.5.2	De som ska hjälpa den enskilde ges inte alltid förutsättningar att kunna ge ett stöd av god kvalitet.....	190
4.5.3	Dagens regelverk möjliggör att komplexa sjukvårdande insatser utförs med lägre patientsäkerhet och leder till en ansvarsförskjutning	191
4.5.4	Problemen är inte begränsade till egenvård som utförs av personliga assistenter.....	192
4.5.5	Vi drar slutsatsen att en förändring behövs	193

4.6	Om att införa ett krav på försäkring för egenvård	193
4.6.1	Vad som behöver beaktas när krav på en särskild försäkring övervägs	194
4.6.2	Vad som karakteriserar patientförsäkringen	195
4.6.3	Vad skulle en försäkring motsvarande patientförsäkringen kunna innebära för den enskilde?	196
5	Personlig assistans vid behov av tillsyn.....	199
5.1	Uppdraget	199
5.2	Det grundläggande behovet <i>annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade</i>	202
5.2.1	Lag och förarbeten	202
5.2.2	Rättspraxis	204
5.2.3	Kriterier i den praktiska tillämpningen.....	210
5.3	Tillsyn som andra personliga behov	213
5.4	Behov av stöd som tidigare kunde omfattas av <i>annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade</i>	214
5.5	Slutsats – tre kategorier av tillsyn.....	215
6	Rätten till personlig assistans behöver stärkas för vissa hjälpbehov	217
6.1	Tillsyn som begrepp är problematiskt.....	218
6.2	Tre kategorier av tillsyn men vad är det för stöd som behövs?	219
6.2.1	Insatser som är aktiverande och vägledande.....	219
6.2.2	Stöd för att förebygga vissa beteenden och minska risken för skada till följd av sådana beteenden.....	222
6.2.3	Stöd som föranleds av medicinsk problematik....	227
6.3	Möjligheten att beviljas tid för tillsyn som grundläggande behov har förändrats	229

6.3.1	De senaste årens förändringar avseende behov av stöd som föränleds av medicinsk problematik.....	230
6.3.2	De senaste årens förändringar avseende behov av kvalificerade aktiverings- och motiveringsinsatser och aktiv tillsyn av övervakande karaktär.....	235
6.3.3	Förändringarna syns i minskat antal mottagare av assistansersättning och i ökade kostnader hos kommunerna.....	239
6.4	Stöd som erbjuds personer som inte får personlig assistans	241
6.4.1	De flesta som får indragen assistansersättning erbjuds kommunala insatser	242
6.4.2	Särskilt om insatser till barn	243
6.5	Uppgifter från assistansanvändare och företrädare	245
6.5.1	Enkätundersökning riktade till assistansanvändare	245
6.5.2	Uppgifter från våra samtal	248
6.6	En insnävning har skett	250
6.6.1	Behov av stöd som föränleds av medicinsk problematik.....	250
6.6.2	Behov av stöd i form aktiverings- och motiveringsinsatser och behov av stöd med anledning av vissa beteenden	251
6.7	Fler stödbehov behöver kunna grunda rätt till personlig assistans	253
7	Personlig assistans och principen om föräldraansvar ...	255
7.1	Personlig assistans till barn och principen om föräldraansvar.....	255
7.2	Föräldraansvaret i lag och förarbeten	257
7.2.1	Huvudregeln - Att bortse från det hjälpbehov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose....	257
7.2.2	Inget avdrag för andning och måltider via sond.....	258

7.2.3	Vårdnadshavarens ansvar enligt föräldrabalken ..	259
7.2.4	Det finns inte några myndighetsföreskrifter om hur föräldraansvaret ska tillämpas eller bedömas	260
7.3	Föräldraansvaret i rättspraxis	260
7.3.1	En jämförelse ska göras med ett barn utan funktionsnedsättning	261
7.3.2	Generellt begränsat föräldraansvar för grundläggande behov vid tolv års ålder	261
7.3.3	Begränsat föräldraansvar för de grundläggande behoven kommunikation och aktiv tillsyn från nio års ålder	262
7.3.4	Inget avdrag för föräldraansvar vid mycket omfattande och speciella hjälpbehov	263
7.3.5	Viss arbetsledning ingår i föräldraansvaret	263
7.4	De beslutsfattande myndigheternas stöddokument	263
7.4.1	Försäkringskassans stöddokument	264
7.4.2	Bedömningsstöd i kommunerna	269
7.5	Föräldraansvaret i ett rättighetsperspektiv	271
7.6	Föräldraansvar i andra ersättningar och förmåner	274
8	Föräldraansvaret i praktiken	277
8.1	Statistiken om föräldraansvaret är bristfällig	277
8.2	Exempel på tillämpning av föräldraansvaret	280
8.3	Handläggare och beslutsfattare tycker att det är svårt att tillämpa principen om föräldraansvar	281
8.4	Föräldrar och barn tycker att för stora avdrag görs och att tillämpningen är godtycklig	285
8.4.1	Barns upplevelse av föräldraansvaret	285
8.4.2	Föräldrars upplevelse av föräldraansvaret	286
8.5	Att vara förälder till barn med funktionsnedsättning	288
8.5.1	Föräldrar till barn med funktionsnedsättning tar ett stort ansvar	288

8.5.2	Situationen kan ha stor påverkan på föräldrars hälsa och familjens ekonomiska förutsättningar	290
8.6	Vad får barn som inte får personlig assistans för annat stöd?	291
8.7	Tillämpningen av föräldraansvaret får konsekvenser för barn med funktionsnedsättning	292
8.7.1	Det finns i dag dåliga förutsättningar för en rättssäker tillämpning av föräldraansvaret	292
8.7.2	Det finns en risk att barn beviljas mindre assistans än vad som motsvarar deras behov	295
8.7.3	Principer som ska utgöra utgångspunkten för en förändring	296
9	Ett förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser... 297	
9.1	En förändring behövs	298
9.2	Principer som bör känneteckna stöd med sjukvårdande insatser	301
9.3	Två vägval med sikte på förändring	302
9.3.1	Det första vägvalet – hur ska den bristande tryggheten och säkerheten vid egenvård åtgärdas?	302
9.3.2	Det andra vägvalet – hur ska personer med behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen få ett ändamålsenligt stöd? ...	303
9.3.3	Vårt förslag	304
9.4	En ny lag om egenvård	305
9.4.1	Behov av en lagstiftning som tydliggör hälso- och sjukvårdens roll och ansvar vid egenvård	305
9.4.2	Lagens syfte, innehåll och tillämpningsområde ...	311
9.4.3	Definitioner	313
9.4.4	Vem som får göra en egenvårdsbedömning	315
9.4.5	Patientmedverkan och information	315
9.4.6	Inget förslag på nya regler som bryter sekretess och tystnadsplikt mellan hälso- och	

	sjukvården och den som hjälper den enskilde med egenvården.....	319
9.4.7	Bedömningen av om en åtgärd kan utföras som egenvård.....	320
9.4.8	Samverkan när den enskilde behöver hjälp att utföra egenvården av någon som gör detta i sin yrkesutövning.....	327
9.4.9	Skriftlig planering när den enskilde behöver hjälp att utföra egenvården av någon som gör detta i sin yrkesutövning.....	330
9.4.10	Tydliggörande av att vissa uppgifter ska dokumenteras i patientens journal.....	335
9.4.11	Ansvar för instruktioner och rådgivning när den enskilde behöver hjälp att utföra egenvården av någon som gör detta i sin yrkesutövning.....	335
9.4.12	Uppföljning när den enskilde behöver hjälp att utföra egenvården av någon som gör detta i sin yrkesutövning.....	337
9.4.13	Socialstyrelsen får i uppdrag att föreskriva hur egenvård ska beaktas i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete.....	339
9.4.14	Behov av förändringar i annan lagstiftning med anledning av ny lag om egenvård.....	341
9.5	Nödvändiga förändringar i patientlagen.....	341
9.6	Utförarverksamhetens roll vid egenvård förtydligas.....	342
9.6.1	Hjälp med egenvård i LSS-verksamhet ska endast få ges under vissa förutsättningar.....	343
9.6.2	Hälso- och sjukvården ska informeras om skada eller risk för skada har inträffat vid egenvård.....	349
9.6.3	Krav på rutiner för egenvård.....	352
9.6.4	Inget krav på försäkring när hjälp ges med egenvård av en personlig assistent.....	353
9.7	Krav att redovisa rutiner för egenvård i samband med ansökan om tillstånd.....	356

9.8	Hälso- och sjukvården ska ta särskilda hänsyn när vård ska ges till personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar.....	357
9.8.1	Personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar kan behöva erbjudas hälso- och sjukvård på andra sätt för att de ska kunna leva sitt liv på samma villkor som andra ...	357
9.8.2	I vissa fall kan det vara ett alternativ att ingå avtal med arbetsgivare till personliga assistenter.....	359
9.9	Förstärkt rätt till personlig assistans för personer som har behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen	362
9.9.1	En egenvårdsbedömning bör inte vara avgörande för möjligheten att få personlig assistans	363
9.9.2	Vårt förslag – En ny möjlighet till personlig assistans	364
9.9.3	Förslaget innebär en ny möjlighet till ett sammanhållet stöd med högre grad av patientsäkerhet och kontinuitet	365
9.9.4	Endast sådana sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen som avser grundläggande behov kan beaktas	367
9.9.5	Den ansvariga sjukvårdshuvudmannen ska ha ingått en överenskommelse med arbetsgivare till personliga assistenter om utförande av de sjukvårdande insatserna.....	368
9.9.6	Vid bedömningen av rätten till personlig assistans kvantifieras stödbehovet av kommunen respektive Försäkringskassan	376
9.10	Anmälningsskyldighet, uppgiftsskyldighet, sekretess och omprövning.....	377
9.10.1	Inget förslag om utökad anmälnings- eller uppgiftsskyldighet	377
9.10.2	Fördröjd omprövning när en överenskommelse om sjukvårdande insatser upphört att gälla.....	379

9.10.3	Inget förslag om förändrad möjlighet till omprövning av gynnande beslut enligt LSS	383
9.11	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	383
9.12	Konsekvenser av förslaget avseende stöd vid behov av sjukvårdande insatser.....	384
9.12.1	Effekter av förslagen för personer i behov av personlig assistans	384
9.12.2	Offentligfinansiella konsekvenser.....	388
10	Nya grundläggande behov	391
10.1	En förändring behövs – fler stödbehov behöver grunda rätt till personlig assistans.....	392
10.1.1	De tre kategorierna av stödbehov som omfattas av utredningens uppdrag i denna del....	392
10.1.2	Personer med stora stödbehov hamnar utanför den personliga assistansen	392
10.2	Ord spelar roll – Begreppet tillsyn fasas ut.....	393
10.3	En omstart behövs – annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade upphävs.....	394
10.4	Nya grundläggande behov	395
10.4.1	Behov av stöd för att förebygga vissa beteenden och minska risken för skador till följd av sådana beteenden blir ett nytt grundläggande behov	396
10.4.2	Behov av kontinuerligt stöd som föranleds av medicinsk problematik blir ett nytt grundläggande behov	401
10.4.3	Kvalificerat motiverande eller vägledande stöd ska bedömas som en del i det grundläggande behov som det avser att tillgodose	405
10.5	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	408
10.6	Konsekvenser av förslaget om nya grundläggande behov	408

10.6.1	Utgångsläge – en överflyttning av kostnader har skett från stat till kommun	409
10.6.2	Effekter av förslagen för barn och vuxna i behov av personlig assistans.....	409
10.6.3	Offentligfinansiella konsekvenser	413
11	Ett avgränsat och mer rättssäkert föräldraavdrag	417
11.1	En förändring behövs	418
11.2	Ord spelar roll – Föräldraavdrag i stället för föräldraansvar	419
11.3	Vårt vägval – Schablon och reglering i författning i stället för kunskapsstöd eller riktlinjer.....	420
11.3.1	En schablon ger bättre förutsättningar för rättssäkerhet.....	421
11.3.2	Reglering bör ske i författning	422
11.4	Vissa stödbehov ska beaktas i sin helhet – utan att något föräldraavdrag görs	422
11.5	Föräldraavdraget schabloniseras	425
11.5.1	Schablonens utformning och storlek	425
11.5.2	Tillämpningen av föräldraavdraget	432
11.6	Ventilen – Hänsyn till det enskilda barnets situation.....	436
11.6.1	Kommunen ska ta hänsyn till vad som bedöms vara barnets bästa vid bedömningen av om behovet av hjälp med grundläggande behov är tillräckligt för att ge rätt till personlig assistans ..	436
11.6.2	Vad ska beaktas vid bedömningen?	439
11.7	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser.....	440
11.8	Konsekvenser av förslaget om föräldraansvar.....	441
11.8.1	Fler barn kommer att beviljas personlig assistans	441
11.8.2	Offentligfinansiella effekter.....	448

12	Konsekvenser av utredningens förslag	453
12.1	Sammantagen effekt av förslagen på antal personer med personlig assistans och antal timmar med personlig assistans	453
12.1.1	Antaganden om att fler personer beviljas personlig assistans	455
12.1.2	Antaganden om att fler barn beviljas personlig assistans och att barn beviljas fler timmar	455
12.2	Konsekvenser för individen	457
12.2.1	Konsekvenser för personer med funktionsnedsättning	457
12.2.2	Särskilt om konsekvenser för barn med funktionsnedsättning	459
12.2.3	Konsekvenser för anhöriga	459
12.2.4	Konsekvenser för jämställdheten	460
12.3	Offentligfinansiella konsekvenser	462
12.3.1	Statens utgifter ökar	463
12.3.2	Kommunernas utgifter minskar	465
12.3.3	Regionernas utgifter ökar	466
12.3.4	Den sammanlagda offentligfinansiella effekten ..	467
12.3.5	Förslag till finansiering	468
12.4	Övriga samhällsekonomiska konsekvenser	469
12.4.1	Konsekvenser för sysselsättningen	469
12.4.2	Konsekvenser för assistansanordnare och personliga assistenter	469
12.4.3	Dynamiska effekter	471
12.5	Konsekvenser för möjligheterna att uppnå det funktionshinderspolitiska målet	471
12.6	Konsekvenser för möjligheterna att uppnå de integrationspolitiska målen	472
12.7	Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet	472
12.8	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen	472
12.9	EU-rättsliga konsekvenser	474

12.10	Förslag om uppföljning och utvärdering av förslagen.....	474
12.10.1	Förslag om uppföljning av förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser.....	474
12.10.2	Förslag till uppföljning av de nya grundläggande behoven.....	475
12.10.3	Förslag till uppföljning av det schabloniserade föräldraavdraget	476
12.11	Stöd till införande av ny lagstiftning om egenvård.....	477
13	Författningskommentar	479
13.1	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.....	479
13.2	Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken	487
13.3	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	490
13.4	Förslag till lag om ändring av patientlagen (2014:821).....	491
13.5	Förslag till lag om egenvård	491
13.6	Förslag till förordning om ändring i förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade.....	500
13.7	Förslag till förordning om ändring i förordningen (1993:1091) om assistansersättning.....	504
	Referenser	505

Bilagor

Bilaga 1	Kommittédirektiv 2020:3.....	517
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2020:90.....	537
Bilaga 3	Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn' ...	539
Bilaga 4	Stöd eller vård? Om gränsdragningar mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård.....	637
Bilaga 5	Om rättighetslagar: rättigheter och rättssäkerheter...	655

Förkortningar

Lagar och förordningar m.m.

Barnkonventionen	Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter
HSLF-FS	Gemensam författningssamling avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.
LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
SOSFS	Socialstyrelsens föreskrifter

Myndigheter och organisationer

FN	Förenta Nationerna
HFD	Högsta förvaltningsdomstolen
ISF	Inspektionen för socialförsäkringen
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
JO	Justitieombudsmannen
SCB	Statistiska centralbyrån
SKR	Sveriges kommuner och regioner
WHO	Världshälsoorganisationen

Övrigt

Bet.	Betänkande från något av riksdagens utskott
Dir.	Kommittédirektiv
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
Prop.	Proposition
RÅ	Regeringsrättens årsbok
SFS	Svensk författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar

Sammanfattning

Genom de förslag vi lämnar vill vi stärka den personliga assistansen för barn. Vi vill också ge assistansanvändare förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser. Därutöver vill vi också stärka rätten till personlig assistans för vissa hjälpbehov som är av stor betydelse för möjligheten att delta i samhällslivet och leva sitt liv på samma villkor som andra. Genom förslagen kommer kontinuiteten och förutsägbarheten inom personlig assistans och assistansersättning att öka.

Vårt uppdrag är för det första att se över möjligheten att stärka rätten till personlig assistans för stöd vid egenvårdsinsatser, för det andra att analysera och ge förslag på hur rätten till personlig assistans för behov av hjälp med tillsyn kan stärkas och för det tredje att göra en översyn av hur föräldraansvaret vid bedömningen av barns rätt till personlig assistans kan smalnas av. Nedan sammanfattas våra förslag och motiven till dessa inom vart och ett av dessa tre områden.

Förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser

En del personer som tillhör personkretsen enligt LSS behöver i sin vardag få hjälp med uppgifter som är av sjukvårdande karaktär. Det kan handla om allt från att hantera läkemedel eller lägga om sår, till att sköta en kateter eller hantera andningshjälpmedel. I vissa fall är riskerna små för att den enskilde ska komma till skada om åtgärden genomförs felaktigt. I andra fall kan åtgärden vara av sådan karaktär att ett uteblivet eller felaktigt utförande av uppgiften kan få stora hälsomässiga konsekvenser för den som får stödet.

En förändring behövs

Utmärkande för hur sjukvårdande insatser i dag ges till målgruppen är att det finns förbättringspotential vad gäller trygghet och säkerhet. Ofta utförs de sjukvårdande insatserna genom så kallad egenvård av den enskildes personliga assistenter, vilket innebär att det inte är hälso- och sjukvårdspersonal som utför åtgärderna. Det är hälso- och sjukvården som gör bedömningen av om en viss hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

Det finns i dag starka incitament för både den enskilde och för hälso- och sjukvården att hälso- och sjukvårdsåtgärder utförs som egenvård bland annat eftersom stödbehovet då kan ligga till grund för personlig assistans eller assistansersättning. Personlig assistans gör det möjligt för den enskilde att få ett sammanhållet stöd för de behov som hen har i sin vardag. Det ger också den enskilde en ökad möjlighet till självbestämmande genom att inflytandet över vem som ska ge stödet och var stödet ska ges ökar. För hälso- och sjukvården innebär egenvården att det finansiella ansvaret för utförandet lämnar hälso- och sjukvården och i stället övergår till staten eller kommunen.

Samtidigt ser vi att det finns betydande brister när det gäller egenvården och egenvård som den enskilde behöver få hjälp att utföra av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning. Bristerna rör den enskildes medverkan i bedömningen om egenvård men också andra områden som är av stor betydelse för att insatsen ska vara trygg och säker. Särskilt allvarligt är detta där ett fel i utförandet kan få allvarliga konsekvenser för den enskildes liv eller hälsa. Ju mer komplex och riskfylld åtgärd, desto större risker innebär bristerna.

Det är enligt vår mening oförenligt med ett modernt hälso- och sjukvårdssystem och de åtaganden som Sverige har genom internationella konventioner att patienter med omfattande funktionsnedsättningar ges sjukvårdande insatser med lägre patientsäkerhet (som egenvård) för att inte riskera att förlora sin möjlighet att leva sitt liv och delta i samhällslivet på samma villkor som andra.

Vårt förslag för förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser

Vårt förslag för att komma till rätta med de brister som vi identifierat består av tre delar.

Den första delen syftar till förstärkt trygghet för den enskilde när hjälp med egenvård ges av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning. Det sker genom att vi tydliggör hälso- och sjukvårdens roll och uppgifter, men även genom att vi tydliggör det ansvar som anordnare av personlig assistans har för egenvård som utförs inom verksamheten. Vi föreslår att en egenvårdslag införs som reglerar hälso- och sjukvårdens ansvar för exempelvis samverkan, planering, instruktioner och uppföljning. När det gäller utförarverksamheten föreslår vi att dennes ansvar och uppgifter vid egenvård ska regleras genom tillägg i förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Vi föreslår att det ska vara ett krav att den som ansöker om tillstånd att bedriva enskild verksamhet enligt LSS redovisar rutiner för hur egenvård ska hanteras i verksamheten.

Den andra delen syftar till att hälso- och sjukvården ska ta större hänsyn till livsvillkoren när vård ska ges till personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar. Vi föreslår att detta ska göras genom införande av en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som anger att det, när hälso- och sjukvård ska ges till personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar, särskilt ska övervägas om vård- och behandlingsinsatserna kan ges på ett sätt som i högre utsträckning möjliggör för den enskilde att leva och delta i samhällslivet på samma villkor som andra.

Den tredje och sista delen syftar till att personer i målgruppen som har behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen ska kunna få ett sammanhållet stöd för det som hen behöver hjälp med i sin vardag. Vi föreslår därför att det ska bli möjligt att beakta behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen vid bedömningen av om rätt till personlig assistans eller assistansersättning föreligger. En förutsättning ska enligt vårt förslag vara att det finns en överenskommelse mellan sjukvårdshuvudmannen och den enskildes anordnare av personlig assistans om utförande av de sjukvårdande insatserna. Förslaget innebär bland annat ändringar i LSS och i socialförsäkringsbalken.

Nya grundläggande behov

Personlig assistans är en insats som för många till stor del handlar om hjälp med praktiskt stöd av vardaglig karaktär, så som hjälp att duscha eller att klä av och på sig. Vissa som tillhör personkretsen enligt LSS behöver dock stöd av lite annan karaktär för att kunna klara sin vardag på ett bra sätt. En person kan exempelvis till följd av sin funktionsnedsättning behöva motivering och vägledning för att klara av att genomföra vissa saker, eller särskilt stöd för att förebygga ett beteende som kan vara riskfyllt. Det kan också handla om att personen har en allvarlig medicinsk problematik som hen inte kan hantera själv och där någon behöver vara närvarande för att uppmärksamma och ge hjälp när behov uppstår. Denna typ av stödbehov bedömer vi omfattas av begreppet *tillsyn* så som det har beskrivits i utredningens direktiv. Många gånger kan assistans beviljas för dessa typer av stöd som så kallade andra personliga behov enligt 9 a § LSS. Mer sällan kan sådana stödbehov självständigt grunda en rätt till insatsen, som så kallade grundläggande behov enligt samma bestämmelse.

En förändring behövs

De senaste åren har det skett en utveckling i rättspraxis avseende det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* som lett till att de ovan nämnda typerna av stödbehov i allt lägre utsträckning kan beaktas som sådana grundläggande behov som grundar rätt till personlig assistans. Det här har lett till att personer som tillhör personkretsen enligt LSS hamnar utanför den personliga assistansen trots att de till följd av stora och varaktiga funktionsnedsättningar har mycket omfattande stödbehov.

Personer som i dag kan hamna helt utanför den personliga assistansen är exempelvis personer som behöver stöd nästan all vaken tid för att inte riskera att komma till skada till följd av ett riskfyllt beteende. Det kan också vara personer som har behov av stöd nästan dygnet runt för att inte riskera att komma till allvarlig skada på grund av medicinsk problematik. Det kan även vara personer som är ur stånd att på egen hand klara av att tillgodose sina basala behov i form av exempelvis personlig hygien. I dessa situationer är ett välfungerande stöd en förutsättning för att kunna få sina grundläggande behov tillgodosedda, bo i eget hem eller delta i samhällslivet på samma

villkor som andra. Personlig assistans kan enligt vår bedömning vara en ändamålsenlig insats i dessa fall.

Att utöka möjligheten till insatsen personlig assistans är därför, enligt vår bedömning, nödvändig för att på ett ändamålsenligt sätt stärka rätten till personlig assistans som det har beskrivits i uppdraget.

Vårt förslag vad gäller nya grundläggande behov

Vårt förslag består av fyra delar.

Den första delen av vårt förslag syftar till att ta bort de insnävningar av tillämpningen som rättspraxis skapat. Vi föreslår därför att det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* upphävs.

Den andra delen av vårt förslag är att det i 9 a § LSS ska regleras att behov av kvalificerat motiverande eller vägledande stöd som är en förutsättning för att den enskilde ska klara de grundläggande behoven ska beaktas som en del i det grundläggande behov som det avser att tillgodose. Behov av sådant stöd utgör alltså inte ett eget grundläggande behov utan ska ses som en del av det behov som stödet gäller, exempelvis personlig hygien eller måltider.

Den tredje delen av vårt förslag är att införa ett nytt grundläggande behov; *kontinuerligt stöd som den enskilde till följd av sitt funktionshinder behöver för att förebygga att han eller hon fysiskt skadar sig själv, någon annan eller egendom*. Detta behov ska kunna ge rätt till assistans då den enskilde till följd av sin funktionsnedsättning behöver stöd för att förebygga att det uppkommer ett beteende som innebär risk för skada. Även insatser för att minska riskerna för skada när ett visst beteende väl har uppkommit ska omfattas av det nya grundläggande behovet.

Det fjärde delen av vårt förslag är att införa ytterligare ett nytt grundläggande behov; *kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv eller hälsa*. Detta stödbehov omfattar både praktiska åtgärder och sådan närvaro som behövs för att kunna avläsa den enskildes hälsotillstånd samt uppmärksamma när åtgärder behövs.

Vårt förslag innebär att det blir totalt sju grundläggande behov i den bestämmelse som definierar insatsen personlig assistans (9 a § LSS).

Stärkt assistans för barn

Barn kan få rätt till personlig assistans på samma sätt som vuxna. Barn beviljas dock i genomsnitt färre assistanstimmar. En av anledningarna till detta är att det vid bedömningen av behovet av assistans för barn ska tas hänsyn till det hjälpbehov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose enligt föräldrabalken, det så kallade föräldraansvaret.

En förändring behövs

Vår utredning visar att det finns betydande problem med rättssäkerheten när det gäller hur föräldraansvaret tillämpas inom den personliga assistansen och assistansersättningen. Det saknas förutsägbarhet, enhetlighet och transparens i bedömningarna – något som främst beror på avsaknad av tydlig vägledning i fråga om hur bedömningen ska gå till och hur stora tidsmässiga avdrag som ska göras. Bedömningarna är svåra och handläggarna är i vissa fall hänvisade till att jämföra med personliga erfarenheter av barn i samma ålder. Hos de assistanssökande finns en uppfattning om att myndigheternas bedömningar många gånger präglas av godtycke.

I vår utredning ser vi att det finns en risk att dagens tillämpning av föräldraansvaret leder till att barn beviljas färre assistanstimmar än vad som motsvarar deras behov av personlig assistans. Vi ser vidare att det förekommer att det sammanlagda avdrag som görs med hänvisning till föräldraansvaret leder till att barn med omfattande funktionsnedsättningar hamnar helt utanför assistansen trots att de har så omfattande svårigheter att de i praktiken behöver aktivt stöd och uppmärksamhet dygnet runt. Föräldrar till barn med omfattande funktionsnedsättningar har också svårt att acceptera storleken på avdraget när de har en vardag som präglas av en stor arbetsbörda.

Det är enligt vår mening en självklarhet att en princip som är av så stor betydelse för barns tillgång till en lagstadgad rättighet måste präglas av en hög grad av rättssäkerhet, men också att de avdrag som görs måste vara rimliga med hänsyn till den sammantagna situationen. Vi bedömer att en stor förändring behövs för att ge förutsättningar för en tillämpning av föräldraansvaret som är förutsägbar, enhetlig och transparent. Därutöver krävs att avdraget blir ändamålsenligt av-

gränsat. Detta är nödvändigt för att barn med stora funktionsnedsättningar ska ges möjlighet att leva sitt liv på samma villkor som andra.

Vårt förslag för stärkt assistans för barn

Vårt förslag för att förbättra rättssäkerheten och uppnå en ändamålsenlig avsmalning av föräldraansvaret består av tre delar.

Den första delen av vårt förslag syftar till att om barnet har behov som går utöver det föräldrar normalt tar ansvar för så ska inget föräldraavdrag göras. Vårt förslag är att det nya grundläggande behovet *kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv eller hälsa* undantas från avdrag på samma sätt som i dag gäller för andning och sondmatning enligt 9 f § LSS.

Den andra delen av vårt förslag syftar till att öka rättssäkerheten vid bedömningen av föräldraansvarets storlek. Vi föreslår att avdraget för föräldraansvar ska schabloniseras och fastställas i författning. Avdraget ska kallas *föräldraavdrag*. Vi föreslår att schablonen ska vara tvådelad, där en del avser grundläggande behov och en annan del avser andra personliga behov enligt 9 a § LSS. Vi föreslår att det ska fastslås ett fåtal åldersspann med olika nivåer på schablonavdraget. Detta regleras bland annat genom förändringar i 9 f § LSS och 51 kap. 6 § socialförsäkringsbalken. Det hjälpbehov som återstår efter avdraget ska läggas till grund för bedömningen av rätten till personlig assistans.

Den tredje delen av vårt förslag är en ventil som innebär att barn i vissa fall kan beviljas kommunalt finansierad personlig assistans även om de endast har ett litet behov av hjälp med grundläggande behov om personlig assistans är en ändamålsenlig insats och det är i enlighet med barnets bästa.

Konsekvenser av förslagen

Våra förslag stärker rätten till personlig assistans och medför ökade offentliga kostnader om 2,7 miljarder kronor varav förbättringarna för barn med funktionsnedsättningar står för 1,3 miljarder kronor. Kostnaderna fördelar sig så att staten ökar sina kostnader med drygt 3,5 miljarder kronor, kommunerna minskar sina kostnader med knappt

1 miljard kronor och regionerna återtar kostnader för sjukvård om cirka 170 miljoner kronor.

Personer som har stora och varaktiga funktionsnedsättningar och i sin vardag har behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen kan få ett sammanhållet stöd som ökar möjligheterna till att delta i samhällslivet och leva sitt liv på samma villkor som andra. Förslaget leder också till stärkt stöd, ökad patientmedverkan och ökad trygghet för personer som behöver hjälp med egenvård. Förslaget innebär att kostnader för vissa sjukvårdande insatser omfördelas så att sjukvårdshuvudmannen återfår kostnaderna som i dag bärs av stat eller kommun genom assistansersättning eller personlig assistans enligt LSS.

Våra förslag om nya grundläggande behov leder till att fler personer med omfattande stödbehov bli berättigade till assistansersättning och kommunalt finansierad personlig assistans. Flertalet av dessa personer har i dag kommunalt finansierad personlig assistans eller andra stödinsatser från kommunen. Kostnader omfördelas så att staten återtar kostnader som under de senaste åren har lagts på kommunerna. Förslagen medför att personer som tillhör personkretsen enligt LSS och som till följd av stora och varaktiga funktionsnedsättningar har omfattande behov av stöd i sin vardag får stöd på ett sätt som väsentligt ökar deras möjligheter att bo kvar i det egna hemmet, delta i samhällslivet och även i övrigt leva sitt liv på samma villkor som andra.

Vårt förslag avseende stärkt assistans för barn leder till att fler barn med omfattande stödbehov blir berättigade till personlig assistans eller assistansersättning. Barn som redan i dag är berättigade till insatsen kommer att kunna beviljas fler assistanstimmar. Förslagen ökar barns möjligheter att leva sitt liv på samma villkor som andra barn. Det kan också leda till att färre barn behöver bo utanför föräldrahemmet. Särskilt stor betydelse har våra förslag för barn som har stödbehov som omfattas av det nya grundläggande behovet *kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv eller hälsa*. Vårt förslag leder till minskad belastning för barnets anhöriga. Det leder vidare till ökad jämställdhet, lägre sjukskrivningstal och ökat arbetsutbud för barnets föräldrar, vilket leder till positiva effekter och utjämnade socioekonomiska villkor för barnet och även för syskon i familjen.

Lättläst sammanfattning

Regeringen har gett oss i uppdrag att utreda människors behov av personlig assistans. Regeringen vill att stödet ska bli mer sammanhängande och att det ska vara lättare att veta om man kan få personlig assistans.

Nu har vi utrett hur personlig assistans fungerar i dag och nu föreslår vi åtgärder på tre olika områden.

1. Vi behöver stärka stödet till personer som behöver både personlig assistans och sjukvård.

En del personer behöver hjälp i vardagen med sjukvård. Ibland behöver de hjälp att ta mediciner eller lägga om ett sår. Eller kanske hjälp att sköta kateter eller andningshjälpmedel. Ofta är risken ganska liten att personen ska bli skadad. Men ibland kan det finnas en risk att personen kan bli skadad om hen inte får stöd, eller om sjukvården utförs fel.

Vår utredning visar att vi behöver göra det tryggare och säkrare för personer som behöver både personlig assistans och sjukvård. I dag finns det risk att personer far illa eftersom patientsäkerheten inte är tillräcklig. Vi vill att hälso- och sjukvården ska ge bättre hjälp till personer att sköta sin vård hemma.

Vi föreslår därför att det ska införas nya regler. Reglerna ska säga vad hälso- och sjukvården har för ansvar och vad den som ska hjälpa personen i vardagen har för ansvar.

Vi föreslår också att hälso- och sjukvården ska försöka ge bättre stöd för personer med funktionsnedsättning, så att de kan leva och delta i samhällslivet som alla andra.

Dessutom föreslår vi att man gör ändringar i reglerna så att det blir möjligt att väga in behov av sjukvård när man beslutar om en person har rätt till personlig assistans eller inte.

Om vi gör de här förändringarna stärker vi stödet till personer som behöver både personlig assistans och sjukvård. De kan få ett sammanhållet stöd så att de enklare kan delta i samhällslivet och leva sitt liv på samma villkor som andra. Personer som behöver hjälp med egenvård får ökad patientmedverkan och ökad trygghet.

Förslaget innebär att kostnader för vissa sjukvårdande insatser fördelas om.

2. Vi behöver förändra synen på vad som är grundläggande behov.

En del personer har en funktionsnedsättning som gör att de behöver motivering och vägledning, stöd för att inte skada sig själva eller stöd för att klara av medicinska problem. Men de senaste åren har det blivit allt svårare att få den sortens stöd.

Vår utredning visar att många personer som har behov av sådant stöd inte får rätt till personlig assistans. Vi tycker att detta behöver förändras.

Vi föreslår därför att man tar bort det grundläggande behov som kallas *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* i LSS och att man i stället inför nya grundläggande behov.

Vi föreslår att lagen ändras så att det framgår att motiverande och vägledande stöd kan vara en del av de grundläggande behoven, till exempel personlig hygien eller måltider.

Dessutom föreslår vi att det ses som ett grundläggande behov att få stöd för att låta bli att skada sig själv, andra eller egendom. Då ska en person kunna ha rätt till personlig assistans för att förebygga eller minska riskerna för att det ska hända.

Vi föreslår även att det ska ses som ett grundläggande behov när en person med funktionsnedsättning också har en sjukdom som gör att hen behöver kontinuerligt stöd. Till exempel hjälp att kontrollera hälsotillståndet eller upptäcka när man behöver ta medicin eller söka läkare.

Vårt förslag innebär att det blir totalt 7 saker som kan ses som grundläggande behov i 9 a paragrafen i LSS.

Om vi gör den här förändringen får fler personer med stort behov av stöd, rätt till assistansersättning och personlig assistans. Det ökar deras möjligheter att bo kvar i det egna hemmet, delta i samhällslivet och leva sitt liv på samma villkor som andra.

Kostnaderna flyttas om så att staten betalar kostnader som under de senaste åren har lagts på kommunerna.

3. Vi behöver ge mera stöd till barn med funktionsnedsättning.

Barn har i dag rätt till personlig assistans på samma sätt som vuxna. Men när handläggarna gör bedömningen av barnens behov ska de förstås väga in att alla föräldrar har skyldighet att ta hand om sina barn enligt föräldrabalken.

Vår utredning visar att det är otydligt vad som är föräldrarnas ansvar och vad som borde ge rätt till personlig assistans.

Det är svårt för Försäkringskassan och kommunen att bedöma hur mycket som en förälder ska göra.

Det är också svårt för föräldrar att förstå hur bedömningarna är gjorda. Vissa måste hjälpa sina barn dygnet runt.

Vi anser inte att det går att acceptera att det går till så. Vi måste göra en stor förändring så att det blir tydligt vad som är föräldraansvar och vad som ger rätt till personlig assistans.

Vi föreslår därför att det ska skrivas in i lagen hur stort avdrag som ska göras för föräldrars ansvar. Avdraget ska vara tvådelat: en del för grundläggande behov och en del för andra personliga behov.

Vi föreslår också att inget avdrag ska göras från det stöd som barn behöver på grund av en sjukdom.

Dessutom föreslår vi att barn i vissa fall ska kunna få personlig assistans även om de bara har lite grundläggande behov, om personlig assistans är för barnets bästa.

Om vi gör de här förändringarna får fler barn rätt till personlig assistans. Barn som redan i dag har rätt till assistans kommer att kunna få fler assistanstimmar. På detta sätt ökar barnens möjligheter att leva sitt liv på samma villkor som andra barn. Det kan också leda till att fler barn kan bo tillsammans med sin familj och inte behöva stanna kvar på

sjukhus eller flytta från sitt hem. Förslagen har särskilt stor betydelse för barn som har stora medicinska problem. Vårt förslag leder till att det blir lättare för barnets anhöriga. Det leder också till ökad jämställdhet, mindre sjukskrivning och bättre möjlighet till arbete för barnets föräldrar.

Vad kostar det om vi inför alla förslagen i den här utredningen?

Om vi inför alla förslagen kommer det att kosta ungefär 2,7 miljarder kronor. Staten skulle få betala 3,5 miljarder mer och kommunerna skulle få betala 1 miljard mindre än i dag. Regionerna skulle få betala ungefär 170 miljoner mer än i dag.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

dels att 9 a och 9 f §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas två nya paragrafer, 9 g och 9 h §§.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

9 a §¹

Med personlig assistans enligt 9 § 2 avses personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med andning, sin personliga hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade (grundläggande behov). Hjälp med andning eller med måltider i form av sondmatning ska anses som sådant stöd, oavsett hjälpens karaktär.

Med personlig assistans enligt 9 § 2 avses personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med *sina grundläggande behov. Med grundläggande behov avses*

- 1. andning,*
- 2. personlig hygien,*
- 3. måltider,*
- 4. att klä av och på sig,*
- 5. att kommunicera med andra,*
- 6. kontinuerligt stöd som den enskilde till följd av sitt funktionshinder behöver för att förebygga att han eller hon fysiskt skadar sig*

¹ Senaste lydelse 2020:441.

själv, någon annan eller egendom, och

*7. kontinuerligt stöd som för-
anleds av varaktig eller långvarig
medicinsk problematik där utebli-
vet stöd utgör en allvarlig risk för
liv eller hälsa.*

*Behov av kvalificerat motive-
rande eller vägledande stöd som är
en förutsättning för att den en-
skilde ska klara de grundläggande
behoven ska beaktas som en del i
det grundläggande behov som det
avser att tillgodose.*

*Hjälp med behov enligt första
stycket 1 och 7 ska anses som grund-
läggande behov, oavsett hjälpens
karaktär. Detta gäller även hjälp
med måltider i form av sond-
matning.*

Den som har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov har även rätt till insats enligt 9 § 2 för andra personliga behov om behoven inte tillgodoses på annat sätt. Om behovet avser hjälp med andning, omfattar rätten till insats alla åtgärder som är direkt nödvändiga för att hjälpen ska kunna ges. Om behovet avser hjälp med måltider i form av sondmatning, omfattar rätten till insats alla åtgärder som är direkt nödvändiga för förberedelse och efterarbete i samband med sådana måltider. Personlig assistans för andra personliga behov avser även

Den som har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov har även rätt till insats enligt 9 § 2 för andra personliga behov om behoven inte tillgodoses på annat sätt. Om behovet avser hjälp med något av de grundläggande behoven enligt första stycket 1 eller 7, omfattar rätten till insats alla åtgärder som är direkt nödvändiga för att hjälpen ska kunna ges. Om behovet avser hjälp med måltider i form av sondmatning, omfattar rätten till insats alla åtgärder som är direkt nödvändiga för förberedelse och efterarbete i samband med sådana måltider. Personlig assi-

stans för andra personliga behov avser även

1. tid under den enskildes dygnsvila när en assistent behöver vara tillgänglig i väntan på att den enskilde behöver hjälp utan att det är fråga om tillsyn (väntetid),

2. tid under den enskildes dygnsvila när en assistent i stället behöver finnas till förfogande på annan plats i väntan på att den enskilde behöver hjälp (beredskap), och

3. tid när en assistent behöver vara närvarande i samband med en aktivitet utanför den enskildes hem på grund av att ett hjälpbehov kan förväntas uppstå.

Den som har behov av mer än en personlig assistent samtidigt, har rätt till två eller flera assistenter endast om möjligheterna att få bidrag enligt lagen (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag eller hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), har utretts.

9 f §²

När behovet av personlig assistans bedöms för ett barn ska det bortses från det hjälpbehov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose enligt föräldrabalken med hänsyn till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter. Detta gäller dock inte till den del hjälpbehovet avser

1. andning,

2. åtgärder som är direkt nödvändiga för att hjälp med andning ska kunna ges,

3. måltider i form av sondmatning, eller

När behovet av personlig assistans bedöms för ett barn ska det bortses från det hjälpbehov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose enligt föräldrabalken med hänsyn till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter. *Detta ska ske genom att det från barnets totala hjälpbehov görs ett schablonavdrag (föräldraavdrag). Inget avdrag ska göras till den del hjälpbehovet avser*

1. sådant stöd som avses i 9 a § första stycket 1 eller 7,

2. åtgärder som är direkt nödvändiga för att hjälp enligt 9 a § första stycket 1 eller 7 ska kunna ges,

² Senaste lydelse 2020:441.

4. åtgärder som är direkt nödvändiga för förberedelse och efterarbete i samband med sådana måltider.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om beräkning av föräldraavdrag enligt första stycket.

Om omvårdnadsbidrag lämnas får det inte påverka bedömningen av behovet av personlig assistans.

9 g §

Vid bedömningen om ett barns behov av hjälp med de grundläggande behoven är av sådan omfattning att det finns en rätt till personlig assistans enligt 9 a § ska hänsyn tas till det som bedöms vara barnets bästa.

9 h §

Personlig assistans enligt 9 § 2 lämnas inte för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Behov av hjälp med grundläggande behov enligt 9 a § som utgör sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen ska däremot beaktas vid bedömningen av om rätt till personlig assistans föreligger, om den ansvariga sjukvårdshuvudmannen ingått en överenskommelse med arbetsgivare till personliga assistenter om utförande av de sjukvårdande insatserna.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.
 2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande för personlig assistans som avser tid före ikraftträdandet.

1.2 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs att 51 kap. 5 och 6 §§ samt 51 kap. 12 och 13 §§ socialförsäkringsbalken ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

51 kap.

5 §³

Assistansersättning lämnas inte för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

*Behov av hjälp med grundläggande behov enligt 9 a § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade som utgör sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen ska där-
emot beaktas vid bedömningen av om rätt till assistansersättning föreligger, om den ansvariga sjukvårdshuvudmannen har ingått en överenskommelse med arbetsgi-
vare till personliga assistenter om utförande av de sjukvårdande in-
satserna.*

I 106 kap. 24–25 a §§ finns bestämmelser om rätten till assistansersättning när den funktionshindrade vårdas på en institution, bor i en gruppbo- stad eller vistas i eller deltar i barnomsorg, skola eller dag-
lig verksamhet enligt 9 § 10 lagen (1993:387) om stöd och service till
vissa funktionshindrade.

51 kap.

6 §⁴

När behovet av personlig assi-
stans bedöms för ett barn ska det
bortses från det hjälpbehov som

När behovet av personlig as-
sistans bedöms för ett barn ska
det bortses från det hjälpbehov

³ Senaste lydelse 2020:440.

⁴ Senaste lydelse 2020:440.

en vårdnadshavare normalt ska tillgodose enligt föräldrabalken med hänsyn till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter. Detta gäller dock inte till den del hjälpbehovet avser

som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose enligt föräldrabalken med hänsyn till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter. *Detta ska ske genom att det från barnets totala hjälpbehov görs ett schablonavdrag (föräldraavdrag). Inget avdrag ska göras till den del hjälpbehovet avser*

1. andning,

1. sådan hjälp som avses i 9 a § första stycket 1 eller 7 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,

2. åtgärder som är direkt nödvändiga för att hjälp med andning ska kunna ges,

2. åtgärder som är direkt nödvändiga för sådan hjälp som avses i 9 a § första stycket 1 eller 7 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska kunna ges,

3. måltider i form av sondmatning, eller

4. åtgärder som är direkt nödvändiga för förberedelse och efterarbete i samband med sådana måltider.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om beräkning av föräldraavdrag enligt första stycket.

Om omvårdnadsbidrag lämnas får det inte påverka bedömningen enligt 3 §.

51 kap.

12 §⁵

Rätten till assistansersättning ska omprövas i den utsträckning som denna rätt har minskat i omfattning på grund av väsentligt ändrade förhållanden som är hänförliga till den försäkrade.

⁵ Senaste lydelse 2018:122.

Omprövning med anledning av upphörande av en sådan överenskommelse som avses i 51 kap. 5 § andra stycket får inte göras tidigare än 90 dagar efter att överenskommelsen ska anses ha upphört.

51 kap.

13 §⁶

En ändring av assistansersättning vid väsentligt ändrade förhållanden ska gälla från och med den månad när anledningen till ändring uppkom.

Detta gäller dock inte i den utsträckning som anledningen till ändringen är att en sådan överenskommelse som avses i 51 kap. 5 § andra stycket har upphört att gälla.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.
 2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande för assistansersättning som avser tid före ikraftträdandet.

⁶ Senaste lydelse 2010:110.

1.3 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs att det i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska införas

dels en ny paragraf, 5 kap. 9 §, med följande lydelse,

dels en ny rubrik närmast före 5 kap. 9 §, som ska lyda ”Särskilda skyldigheter i fråga om vissa personer med funktionsnedsättning”.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

*Särskilda skyldigheter i fråga
om vissa personer med
funktionsnedsättning*

5 kap.

9 §

När hälso- och sjukvård ges till personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar ska särskilt övervägas om vård- och behandlingsinsatserna kan ges på ett sätt som i högre utsträckning möjliggör för den enskilde att leva och delta i samhällslivet på samma villkor som andra.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

1.4 Förslag till lag om ändring av patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs att 5 kap. 2 § patientlagen (2014:821) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 kap.

2 §

En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.

En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv, *eller med hjälp av någon annan*, utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.

Särskilda bestämmelser om sådana vård- och behandlingsåtgärder som avses i första stycket finns i lagen (0000:00) om egenvård.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

1.5 Förslag till lag om egenvård

Härigenom föreskrivs följande.

1 kap. Inledande bestämmelser

Lagens syfte, innehåll och tillämpningsområde

1 § Denna lag syftar till att främja hög patientsäkerhet när hälso- och sjukvårdsåtgärder utförs som egenvård.

Lagen innehåller bestämmelser om

1. bedömningen av om en patient själv, eller med hjälp av någon annan, kan utföra vissa vård- eller behandlingsåtgärder (kapitel 2), och

2. vad som gäller när patienten behöver hjälp att utföra vård- eller behandlingsåtgärden av någon som gör det i sin yrkesutövning (kapitel 3).

Lagen gäller inom sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Uttryck i lagen

2 § I denna lag avses med

1. *hälso- och sjukvårdsåtgärd*: åtgärd för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

2. *egenvård*: hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har bedömt att patienten kan utföra själv eller med hjälp av någon annan.

3. *egenvårdsbedömning*: bedömning att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

Utförandet av egenvård omfattas inte av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

2 kap. Bedömning och patientmedverkan

Vem får göra en egenvårdsbedömning

1 § En egenvårdsbedömning får endast göras av behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården.

Patienten ska vara delaktig och få information

2 § En egenvårdsbedömning enligt 1 § ska göras i samråd med patienten och med respekt för dennes självbestämmande och integritet samt behov av trygghet och säkerhet.

3 § I samband med att egenvård övervägs ska patienten få den information som behövs för att han eller hon kunna utöva sitt självbestämmande. Information till patienten ska ges på det sätt som framgår av 3 kap. 6–7 §§ patientlagen (2014:821).

Bestämmelser om vilken information en patient ska få finns även i 3 kap. patientlagen.

Egenvårdsbedömningen

4 § En hälso- och sjukvårdsåtgärd får endast bedömas kunna utföras som egenvård om det är förenligt med kravet på en god vård. Vid bedömningen ska beaktas bland annat:

1. patientens individuella förutsättningar och livssituation,
2. hälso- och sjukvårdsåtgärdens art, och
3. vilka följder som ett felaktigt utförande skulle kunna få för patienten.

Om patienten behöver hjälp att utföra åtgärden ska vid egenvårdsbedömningen även särskilt beaktas:

1. förutsättningarna för patienten att vara delaktig i utförandet, praktiskt eller genom instruktioner, och
2. i vilken utsträckning det är möjligt att, med de som ska hjälpa patienten med egenvården, utbyta information om ordinationer och andra omständigheter som är nödvändiga för att hjälp med egenvården ska kunna ges på ett tryggt och säkert sätt.

När en patient behöver hjälp att utföra åtgärden av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning kan en hälso- och

sjukvårdsåtgärd endast bedömas kunna utföras som egenvård om samverkan först har skett enligt 3 kap. 1 §.

3 kap. När patienten behöver hjälp att utföra egenvården av någon som gör det i sin yrkesutövning

Samverkan

1 § Om patienten behöver hjälp med utförandet av egenvård av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning ska den som är ansvarig för egenvårdsbedömningen enligt 2 kap. 1 § samverka med ansvarig befattningshavare hos arbetsgivaren för de som ska hjälpa den enskilde med egenvården.

Samverkan ska ha den form och omfattning som krävs för att en bedömning enligt 2 kap. 4 § ska kunna göras och för att en åtgärd som bedömts som egenvård ska kunna utföras på ett sätt som är tryggt och säkert för patienten. Samverkan ska alltid omfatta:

1. vilken åtgärd som avses och de moment som åtgärden består i,
2. vilka följder som ett felaktigt utförande skulle kunna få för patienten,
3. vilken information, instruktion och rådgivning i medicinska frågor som hälso- och sjukvården behöver tillhandahålla,
4. hur information om ordinationer och andra omständigheter som är nödvändiga för att hjälp med egenvård ska kunna ges på ett tryggt och säkert sätt, ska komma den som utför åtgärden till del, och
5. hur information om skador och risker för skador som inträffat vid utförandet av egenvården ska komma hälso- och sjukvården till del.

Skriftlig planering för egenvården

2 § Om patienten behöver hjälp med utförandet av egenvård av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning ska den som ansvarar för egenvårdsbedömningen enligt 2 kap. 1 § upprätta en skriftlig planering för egenvården, om inte detta med hänsyn till åtgärdens art är uppenbart obehövligt.

3 § En planering enligt 2 § ska ha den omfattning som krävs för att egenvården ska kunna utföras på ett sätt som är tryggt och säkert för patienten. Av planeringen ska det alltid framgå

1. vilken åtgärd som har bedömts kunna utföras som egenvård,
2. vilka kunskaper som den som hjälper den enskilde med egenvården behöver ha,
3. hur information och instruktioner ska ges till den som hjälper patienten med egenvården,
4. vem inom hälso- och sjukvården som ska kontaktas om det uppstår frågor om hur egenvården ska utföras,
5. vilka åtgärder som ska vidtas och vem inom hälso- och sjukvården som ska kontaktas om patientens situation förändras,
6. vilka åtgärder som ska vidtas och vem inom hälso- och sjukvården som ska kontaktas om patienten har drabbats av skada eller har utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården, och
7. hur och med vilket intervall som egenvårdsbedömningen ska följas upp av hälso- och sjukvården.

Den skriftliga planeringen ska lämnas till patienten och till ansvarig befattningshavare hos arbetsgivaren för den som ska hjälpa den enskilde med egenvården, om inte bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt hindrar detta.

Dokumentation

4 § Om patienten behöver hjälp med utförandet av egenvården av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning ska följande dokumenteras i patientens journal:

1. de överväganden som gjorts i samband med egenvårdsbedömningen enligt 2 kap. 4 §,
2. uppgift om den enskildes inställning till att hälso- och sjukvården, med de som ska hjälpa patienten med egenvården, utbyter information om ordinationer och andra omständigheter som är nödvändiga för att hjälp med egenvården ska kunna ges på ett tryggt och säkert sätt,
3. uppgifter om åtgärder som vidtagits som en del i samverkan enligt 3 kap. 1 §, och
4. innehållet i den planering som upprättats enligt 3 kap. 2–3 §§.

Bestämmelser om vad en patientjournal ska innehålla finns även i 3 kap. patientdatalagen (2008:355).

Ansvar för instruktion och rådgivning

5 § Om patienten behöver hjälp med utförandet av egenvården av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning, och hälso- och sjukvårdsåtgärden bedöms kunna utföras som egenvård efter viss instruktion, ansvarar den inom hälso- och sjukvården som ansvarar för egenvårdsbedömningen för att de personer som ska hjälpa den enskilde får den instruktion, information och tillgång till rådgivning i medicinska frågor som behövs för att uppgifterna ska kunna utföras på ett säkert sätt.

Uppföljning

6 § När patienten får hjälp med utförandet av egenvården av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning ska den inom hälso- och sjukvården som ansvarar för egenvårdsbedömningen följa upp denna regelbundet, om det inte är uppenbart obehövligt. Hur uppföljningen närmare ska gå till ska framgå av den skriftliga planeringen enligt 3 kap. 2–3 §§.

Utöver vad som följer av första stycket ska en förnyad egenvårdsbedömning alltid göras om det kommer till hälso- och sjukvårdens kännedom att

1. de förutsättningar som legat till grund för egenvårdsbedömningen väsentligt har förändrats, eller
2. en skada eller risk för skada har inträffat i samband med egenvården.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade

dels att 7 och 8 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas fyra nya paragrafer, 4 a, 4 b, 4 c och 6 a §§, med följande lydelse,

dels att rubriken närmast före 4 a § ska lyda ”Verksamheter som erbjuder hjälp med egenvård”,

dels att rubriken närmast före 6 a § ska lyda ”Schablon för föräldraavdrag vid personlig assistans”,

dels att det ska införas en bilaga av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

*Verksamheter som erbjuder
hjälp med egenvård*

4 a §

I verksamhet enligt 9 § 2–10 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade får hjälp med utförande av sådana uppgifter som avses i lagen (0000:00) om egenvård endast ges om:

1. ansvarig befattningshavare för verksamheten har samverkat med behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården avseende den aktuella egenvården,

2. den personal som ska hjälpa den enskilde med egenvården har tagit del av den skriftliga planering som ska upprättas av behandlande legitimerad yrkesutövare

inom hälso- och sjukvården i enlighet med 3 kap. 2–3 §§ lagen om egenvård, och

3. det finns de förutsättningar som behövs för att nödvändig information som rör egenvårdens utförande ska kunna utbytas med den inom hälso- och sjukvården som är ansvarig för egenvårdsbedömningen.

4 b §

Om det i en verksamhet som avses i 4 a § har inträffat en händelse som medfört skada eller en påtaglig risk för skada i samband med att hjälp med egenvård har givits, ansvarar ansvarig befattningshavare i verksamheten för att den inom hälso- och sjukvården som är ansvarig för egenvårdsbedömningen informeras. Detsamma gäller om ansvarig befattningshavare i verksamheten bedömer att hjälp med egenvården inte längre kan ges på ett säkert sätt.

Skyldighet att lämna information enligt första stycket föreligger dock inte om det finns hinder mot ett sådant överlämnande enligt bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

4 c §

I verksamhet som avses i 4 a § ska det finnas de rutiner som behövs för att hjälp med egenvård ska kunna ges på ett sätt som är tryggt och säkert för den enskilde. Av rutinerna ska bland annat framgå hur verksamheten arbetar för att uppfylla de krav som följer av 4 a–b §§.

*Schablon för föräldraavdrag vid personlig assistans**6 a §*

Vid tillämpning av 9 f § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade ska det föräldraavdrag göras som följer av bilagan till denna förordning.

7 §⁷

En ansökan hos Inspektionen för vård och omsorg enligt 23 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade om tillstånd att bedriva enskild verksamhet som avses i 9 § 6–10 samma lag ska vara skriftlig, egenhändigt undertecknad av sökanden eller behörig företrädare för sökanden och ange

1. vilken verksamhet som ska bedrivas,
2. vem som ska bedriva verksamheten,
3. hur verksamheten ska bedrivas och dess omfattning
4. för vilka personer verksamheten är avsedd och om den riktar sig till barn,
5. hur verksamheten ska finansieras,
6. vem som ska förestå verksamheten,
7. vilken personal som ska anlitas och personalens utbildning,

⁷ Senaste lydelse 2013:279.

8. de rutiner enligt 4 c § som verksamheten har om hjälp med egenvård ska ges, och

8. hur det ska säkerställas att verksamheten bedrivs enligt gällande rätt.

9. hur det ska säkerställas att verksamheten bedrivs enligt gällande rätt.

Till ansökan ska fogas ritningar över de lokaler som verksamheten ska vara inrymd i samt uppgift om vilka brandskyddsåtgärder som har vidtagits.

8 §⁸

En ansökan hos Inspektionen för vård och omsorg enligt 23 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade om tillstånd att bedriva enskild verksamhet som avses i 9 § 2–5 samma lag ska vara skriftlig, egenhändigt undertecknad av sökanden eller behörig företrädare för sökanden och ange

1. vilken verksamhet som ska bedrivas,
2. vem som ska bedriva verksamheten,
3. hur verksamheten ska bedrivas och dess organisation,
4. för vilka personer verksamheten är avsedd och om den riktar sig till barn,
5. hur verksamheten ska finansieras,
6. vem som ska vara ansvarig för verksamheten
7. vilken personal som ska anlitas och personalens kompetensutveckling,

8. de rutiner enligt 4 c § som verksamheten har om hjälp med egenvård ska ges,

8. hur det ska säkerställas att verksamheten bedrivs enligt gällande rätt,

9. hur det ska säkerställas att verksamheten bedrivs enligt gällande rätt,

9. hur avtal med den insatsberättigade ska utformas och hur den insatsberättigades rätt till inflytande ska tillgodoses, och

10. hur avtal med den insatsberättigade ska utformas och hur den insatsberättigades rätt till inflytande ska tillgodoses, och

10. rutiner för kontakter med de assistansberättigade samt med

11. rutiner för kontakter med de assistansberättigade samt med

⁸ Senaste lydelse 2018:1571.

personal och berörda myndigheter. personal och berörda myndigheter.

-
1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.
 2. Äldre bestämmelser gäller för ansökningar om tillstånd att bedriva verksamhet som inkommit till Inspektionen för vård och omsorg före den 31 december 2022.

Bilaga

Barnets ålder	Föräldraavdrag grundläggande behov (timmar per dygn)	Föräldraavdrag andra personliga behov (timmar per dygn)	Total per dygn	Total per vecka
>1	12	0	12	84
1–6	2,5	0,5	3	21
7–11	1	1	2	14
12–17	0	1	1	7

1.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1993:1091) om assistansersättning

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (1993:1091) om assistansersättning

dels att 4 § 2 ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 4 a §, med följande lydelse,

dels att rubriken närmast före 4 a § ska lyda ”Schablon för föräldraavdrag vid assistansersättning”,

dels att det ska införas en bilaga av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §

Försäkringskassan får meddela föreskrifter

1. om beräkningen av assistansersättningen, och

2. om i vilken omfattning tid som avses i 9 a § andra stycket 1 och 2 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade berättigar till assistansersättning.

2. om i vilken omfattning tid som avses i 9 a § *fjärde* stycket 1 och 2 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade berättigar till assistansersättning.

Schablon för föräldraavdrag vid assistansersättning

4 a §

Vid tillämpning av 51 kap. 6 § socialförsäkringsbalken ska det föräldraavdrag göras som följer av bilagan till denna förordning

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

Bilaga

Barnets ålder	Föräldraavdrag grundläggande behov (timmar per dygn)	Föräldraavdrag andra personliga behov (timmar per dygn)	Total per dygn	Total per vecka
>1	12	0	12	84
1-6	2,5	0,5	3	21
7-11	1	1	2	14
12-17	0	1	1	7

2 Bakgrund

I detta kapitel beskriver vi kort utredningens uppdrag och hur vi har arbetat. Vi ger också en rättspolitisk och rättslig bakgrund till personlig assistans och dess utveckling. Kapitlet innehåller slutligen en översikt av betänkandets disposition.

2.1 Utredningens uppdrag

Vårt uppdrag är att se över vissa frågeställningar som rör insatsen personlig assistans enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS. Insatsen är ett av de individuella stöd och lösningar som bidrar till individens självständighet i enlighet med det nationella målet för funktionshinderspolitiken.

Utredningens uppdrag är att stärka den personliga assistansen inom vissa särskilt utpekade områden. I uppdraget ingår även frågeställningar som rör hälso- och sjukvårdens område. I vårt uppdrag ingår bland annat att se över möjligheten att stärka rätten till personlig assistans för stöd vid egenvårdsinsatser, att analysera och ge förslag på hur rätten till personlig assistans för behov av hjälp med tillsyn kan stärkas, och att göra en översyn av hur föräldraansvaret vid bedömningen av barns rätt till personlig assistans kan smalnas av.

De förslag som vi lämnar ska öka kontinuiteten och förutsägbarheten inom personlig assistans och assistansersättning samt präglas av hög kvalitet och rättssäkerhet. Utgångspunkten ska vara att förslagen ska bidra till långsiktig stabilitet såväl ur ett individperspektiv som ur ett samhällsperspektiv samt vara kostnadsmässigt hållbara.¹

¹ Dir. 2020:3 *Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn*. S 1.

2.2 Nationella mål och internationella åtaganden

Funktionshinderspolitiken utgår från Sveriges internationella åtaganden om mänskliga rättigheter.² En av de mest centrala konventionerna om mänskliga rättigheter är FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Konventionen, som för Sveriges del trädde i kraft år 2009, skapar inte i sig några nya rättigheter men tydliggör mänskliga rättigheter i relation till personer med funktionsnedsättning. Konventionens syfte är bland annat att säkerställa att alla personer med funktionsnedsättning får fullt och lika åtnjutande av alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter.³

2.2.1 Mål och principer

I november 2017 antogs ett nytt nationellt mål för funktionshinderpolitiken. Det är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhället för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas.⁴

I samband med att de nya nationella målen togs fram framhölls att de allmänna principer som slagits fast i artikel 3 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning visar vad som är nödvändigt att beakta för att ett nationellt mål med utgångspunkt i mänskliga rättigheter ska kunna nås.⁵ De principer som anges i artikel 3 är:

- respekt för inneboende värde, individuellt självbestämmande, inefattande frihet att göra egna val samt enskilda personers oberoende,

² FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948 samt FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter från 1966 utgör det som brukar benämnas som det grundläggande ramverket för de mänskliga rättigheterna (The International Bill of Human Rights). De mänskliga rättigheterna har fastställts bland annat i ytterligare sju centrala FN-konventioner. Se till exempel prop. 2008/09:28 *Mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning* och prop. 2017/18:186 *Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter*, s. 59 ff.

³ Artikel 1 FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

⁴ Prop. 2016/17: 188 *Nationellt mål och inriktning för funktionshinderspolitiken*.

⁵ Prop. 2016/17:188 *Nationellt mål och inriktning för funktionshinderpolitiken*, s. 22 f.

- icke-diskriminering,
- fullständigt och faktiskt deltagande och inkludering i samhället,
- respekt för olikheter och acceptering av personer med funktionsnedsättning som en del av den mänskliga mångfalden och mänskligheten,
- lika möjligheter,
- tillgänglighet,
- jämställdhet mellan kvinnor och män,
- respekt för den fortlöpande utvecklingen av förmågorna hos barn med funktionsnedsättning och respekt för funktionsnedsatta barns rätt att bevara sin identitet.⁶

När det nya målet för funktionshinderspolitiken beslutades fastslogs också inriktningen för arbetet att nå målet. Fyra områden slogs fast som prioriterade: principen om universell utformning, befintliga brister i tillgängligheten, individuella stöd och lösningar för individens självständighet, och att förebygga och motverka diskriminering. I propositionen framhölls bland annat att individuella stöd och lösningar kan vara avgörande för individens möjlighet till delaktighet. Det framhölls att sådant stöd bör ses som komplement i förhållande till den generella tillgängligheten i samhället och att det kan ses som kompensation av brister i samhällets utformning eller kompensation av funktionsförmåga. Exempel på lösningar som gavs var hjälpmedel, ledsagning, färdtjänst, särskilt stöd i skolan och personlig assistans. Det angavs att sådana lösningar strävar efter att säkerställa oberoende, självbestämmande och självständighet hos individen och möjliggöra delaktighet i samhället. Det framhölls att det är nödvändigt att individuella stöd och lösningar håller hög kvalitet och hög rättssäkerhet, vilket bland annat innebär att det finns likvärdighet över landet. Dessutom ska de präglas av en hög grad av självbestämmande för individen samt att individen har möjlighet att vara delaktig i utformning och beslut.⁷

⁶ Artikel 3 FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

⁷ Prop. 2016/17:188 *Nationellt mål och inriktning för funktionshinderpolitiken*, s. 26 ff. Mer om funktionshinderpolitikens utveckling, se till exempel prop. 1999/00:79 *Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken*.

2.2.2 FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och rätten att leva självständigt och att delta i samhället

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning berör alla samhällsområden och delar i en människas liv.⁸ Konventionen innehåller bland annat artiklar om jämlikhet och icke-diskriminering, medvetandegörande, tillgänglighet, rätt att inte utsättas för utnyttjande, våld eller övergrepp, skydd för den personliga integriteten, rätt att leva självständigt och att delta i samhället, respekt för hem och familj, och om utbildning, arbete, hälsa, habilitering och rehabilitering.

Anna Bruce, expert på mänskliga rättigheter, beskriver att fokus i konventionen ligger på att förändra samhällsgemenskapen så att den passar individen, snarare än tvärtom. Bruce skriver att:

Kärnan i mänskliga rättigheter är att förändra samhällsgemenskapen så att individer kan vara och göra saker som vi tycker är värdefulla i livet och på så sätt kunna bidra till att utveckla detsamma. Att förändra sig som person kan aldrig vara en förutsättning för detta. Rättigheten finns som en är, och är inte villkorad av att en ska 'passa in' i samhällets norm. Denna grundläggande utgångspunkt är tydlig i Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen.⁹

Enligt artikel 19, Rätt att leva självständigt och att delta i samhället, erkänner konventionsstaterna lika rätt för alla personer med funktionsnedsättning att leva i samhället med lika valmöjligheter som andra personer. Konventionsstaterna ska underlätta att personer med funktionsnedsättning fullt åtnjuter denna rätt och deras fulla inkludering och deltagande i samhället. Detta ska ske bland annat genom att säkerställa att:

- personer med funktionsnedsättning har möjlighet att välja sin bostätningssort och var och med vem de vill leva på lika villkor som andra och inte är tvungna att bo i särskilda boendeformer,
- personer med funktionsnedsättning har tillgång till olika former av samhällsservice både i hemmet och inom särskilt boende och till annan service, bland annat sådant personligt stöd som är nöd-

⁸ Prop. 2016/17:188 *Nationellt mål och inriktning för funktionshinderpolitiken*, s. 15.

⁹ Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 11.

vändigt för att stödja boende och deltagande i samhället och för att förhindra isolering och avskildhet från samhället.¹⁰

Bruce beskriver att rätten att leva självständigt och självbestämt i samhällsgemenskapen är navet i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Hon anger att konventionens rättigheter i stort handlar om samhällsgemenskapen. Bruce anger att därför blir artiklar om exempelvis utbildning, hälsa, arbete och sysselsättning, tillfredsställande levnadsstandard och social trygghet, deltagande i det politiska och offentliga livet och deltagande i kulturliv, rekreation, fritidsverksamhet och idrott, avgörande för tolkningen av den rätt till ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen som skyddas i artikel 19.¹¹ I slutändan avgör den reella möjligheten att åtnjuta livsmöjligheterna i andra artiklar på ett självständigt och självbestämt sätt i samhällsgemenskapen om artikel 19 är förverkligad eller inte.¹²

2.2.3 Barns rättigheter enligt konventionerna

De mänskliga rättigheterna gäller alla, oavsett om man är vuxen eller barn. Barns rättigheter regleras dock särskilt i flera internationella konventioner.

FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) är, i likhet med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, en av de mest centrala FN-konventionerna om mänskliga rättigheter. Barnkonventionen trädde i kraft i Sverige redan år 1990 och det har funnits en skyldighet att agera i enlighet med konventionen sedan dess. Den 1 januari 2020 blev barnkonventionen även svensk lag¹³ vilket innebar ett förtydligande av att domstolar och rättstillämpare ska beakta de rättigheter som följer av

¹⁰ Officiell svensk översättning av artikel 19 a och b FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

¹¹ FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning artikel 24 Utbildning, artikel 25 Hälsa, artikel 27 Arbete och sysselsättning, artikel 28 Tillfredsställande levnadsstandard och social trygghet, artikel 29 Deltagande i det politiska och offentliga livet och artikel 30 Deltagande i kulturliv, rekreation, fritidsverksamhet och idrott.

¹² Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 32.

¹³ Lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

barnkonventionen. Barnkonventionen definierar barn som varje människa under 18 år.¹⁴

Hela barnkonventionen gäller givetvis för alla barn, även barn med funktionsnedsättning. Barn med funktionsnedsättning omnämns också särskilt i artikel 23 där det bland annat anges att ett barn med funktionsnedsättning bör åtnjuta ett fullvärdigt och anständigt liv under förhållanden som säkerställer värdighet, främjar tilltron till den egna förmågan och möjliggör barnets aktiva deltagande i samhället. Konventionsstaterna ska, inom ramen för tillgängliga resurser, uppmuntra och säkerställa att barnet och de som ansvarar för dess omvårdnad får stöd i enlighet med vad som är lämpligt med hänsyn till barnets tillstånd och föräldrarnas förhållanden, eller förhållandena hos andra som tar hand om barnet. Stödet ska syfta till att säkerställa att barnet har effektiv tillgång till och får utbildning, hälso- och sjukvård, rehabilitering och habilitering, förberedelse för arbetslivet och möjligheter till rekreation på ett sätt som bidrar till barnets största möjliga integrering i samhället och individuella utveckling, inklusive dess kulturella och andliga utveckling.

Även i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning omnämns barn särskilt. I artikel 7 anges bland annat att konventionsstaterna ska vidta alla nödvändiga åtgärder som behövs för att säkerställa att barn med funktionsnedsättning fullt åtnjuter alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter på lika villkor som andra barn, och att vid alla åtgärder som rör barn med funktionsnedsättning ska barnets bästa komma i främsta rummet.

Målet med regeringens barnrättspolitik är att alla barn ska få sina rättigheter tillgodosedda. I det ingår barnets rätt till såväl skydd mot våld och övergrepp som till delaktighet i samhället.¹⁵

¹⁴ Artikel 1 FN:s konvention om barnets rättigheter.

¹⁵ Prop. 2016/17:188 *Nationellt mål och inriktning för funktionshinderspolicen*, s. 68 f.

2.3 Vad är lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade?

2.3.1 Målet – att leva som andra

LSS trädde i kraft den 1 januari 1994.¹⁶ I lagen finns tio specificerade insatser som personer som omfattas av lagen kan vara berättigade till.¹⁷

Verksamheter enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som omfattas av lagen. Målet är att den enskilde ska få möjlighet att leva som andra.¹⁸ I lagens förarbeten framhålls att genom insatserna ska barn och ungdomar ges förutsättningar för god fysisk och psykisk utveckling och i övrigt sådana uppväxtvillkor som betraktas som goda för alla barn och ungdomar. Insatser till vuxna personer ska grundas på behov som den enskilde själv finner angelägna att få tillgodosedda för att kunna leva ett så självständigt och oberoende liv som möjligt. Andra utgångspunkter som lyfts fram är anhörigas behov av att kunna leva ett aktivt och tryggt liv, ungdomars behov av frigörelse och vuxnas behov av vuxenrelationer till sina närstående.¹⁹

Verksamhet enligt LSS ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. För verksamhet enligt LSS ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges.²⁰ När åtgärder rör barn ska barnets bästa beaktas.²¹ Nyckelord för LSS-insatserna är därmed bland annat jämlikhet, delaktighet, kvalitet, självbestämmande och integritet, inflytande och medbestämmande, utveckling och ett gott stöd.

¹⁶ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade och SOU 1991:46 *Handikapp, Välfärd, rättvisa*.

¹⁷ 9 § LSS.

¹⁸ 5 § LSS.

¹⁹ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 50 f.

²⁰ 6 § LSS.

²¹ 6 a § LSS.

2.3.2 LSS är en rättighetslag

LSS är en så kallad rättighetslag. Det innebär att lagen ger den enskilde vissa specificerade rättigheter som också är möjliga för honom eller henne att utkräva. I lagen finns tio sådana rättigheter.²² Ett beslut som rör en insats enligt LSS går att överklaga till domstol, som också har möjlighet att ändra beslutet.

Håkan Gustafsson, professor i allmän rättslära, beskriver i *Om rättighetslagar: rättigheter och rättssäkerheter* att LSS utgör en tydlig legal rättighetslag och att de rättigheter som ges enligt LSS utgör så kallade sociala positiva rättigheter (texten i sin helhet finns i bilaga 5). Det innebär bland annat att de individuella rättigheter som den enskilde ges enligt LSS också motsvaras av en skyldighet för det allmänna att prestera, det vill säga att det finns någon som ansvarar för att förverkliga rättigheten. Gustafsson beskriver att när LSS infördes fick denna tydligare uttryck som en rättighetslag jämfört med den lagstiftning som tidigare fanns på området.²³ I förarbetena till LSS framfördes uttryckligen att det fanns behov av en utvidgad rättighetslagstiftning, att den nya lagen konkret ska ange de insatser som den enskilde ska ha rätt till, och att särskilt stöd och särskild service ska vara en rättighet.²⁴

Det är viktigt att en rättighetsbestämmelse är detaljerad nog för att säkerställa förutsebarhet och minska bedömningsutrymmet (så kallad formell rättssäkerhet). En strävan efter förutsebarhet i lagstiftningen med mycket detaljerade och preciserade rättigheter riskerar dock också att leda till att helhetsbedömningen av den sökandes behov kan komma att brista, och rentav leda till en fragmentisering. Gustafsson beskriver att erfarenheter från socialrättsområdet visar att när behovsrekvisit ges en mer precis innebörd kan själva bedömningsgrunden tendera att bli snävare. Ramen blir alltför begränsande, i den meningen att många behovsprövningar inte är möjliga att fullt ut täcka med detaljföreskrifter. Vissa funktionsnedsättningar är till exempel svåra att entydigt infånga i klara rekvisit. Hänsyn måste tas till detta i samband med utformningen av lagstiftning på området.²⁵

²² 9 § 2 LSS.

²³ Gustafsson, H., (2020). *Om rättighetslagar: rättigheter och rättssäkerheter*, s. 9.

²⁴ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 49 f.

²⁵ Gustafsson, H., (2020). *Om rättighetslagar: rättigheter och rättssäkerheter*, s. 13.

2.4 Om personlig assistans

En insats för självbestämmande och inflytande

Personlig assistans är en av de tio insatser (rättigheter) som regleras i LSS. Med personlig assistans avses ett personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer.²⁶

I förarbetena framhålls att den enskilde kan ges mycket goda möjligheter till självbestämmande och inflytande över sin egen livssituation om stöd och hjälp kan lämnas i form av personlig assistans och anordnas på det sätt som den enskilde finner bäst. Det anges att med personlig assistans kan den enskilde ges frihet att själv bestämma om i vilka situationer och vid vilka tillfällen som hjälpen ska ges. Det framhålls också att för vissa personer kan hjälp som ges samlat i olika situationer och verksamheter vara ett viktigt medel för att undvika isolering och passivitet och för att kunna delta i både planerade och spontana aktiviteter.²⁷

Stödet är knutet till personen och inte till någon viss verksamhet.²⁸ Assistansen kan anordnas av den enskilde själv genom att vara en så kallad egen arbetsgivare, av en kommun eller en enskild verksamhet.²⁹ Majoriteten av assistansanvändarna har privata bolag som sin assistansanordnare.³⁰

Ett delat huvudmannaskap

För den personliga assistansen finns vad som ibland brukar kallas för ett *delat huvudmannaskap*, där stat och kommun har varsin roll. Statlig assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken kan beviljas av Försäkringskassan när den enskilde har behov av hjälp med de så kallade grundläggande behoven i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka.³¹ Personer vars behov av hjälp med de grundläggande behoven understiger detta kan i stället av kommunen beviljas biträde av per-

²⁶ 9 a § LSS.

²⁷ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 63 f.

²⁸ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 62.

²⁹ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 44 f. och 68.

³⁰ www.forsakringskassan.se/statistik/statistikdatabas/!ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfIjo8ziLQI8TDy8DIx8Ddy8jQwCfZ3dLUxDPY1dnE30w8EKDHAARwP9KGL041EQhd_4cP0osBITDxdnQ3dnA293L083A8eQID9TTyNfQ4NgY6gCPGYU5IZGGGQ6KgIAcdXorg!!/#!/fn/ase-mottagare-atyp-alder (hämtad 2021-04-14).

³¹ 51 kap. 3 § socialförsäkringsbalken (2010:110).

sonlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans enligt LSS.³² En assistansanvändares hemkommun ska ersätta Försäkringskassan med kostnaden för den kostnad staten har för assistansersättningens första 20 assistanstimmar per vecka.³³ Det delade huvudmannskapet motiveras i de ursprungliga förarbetena dels med att skydda små kommuner från stora kostnader, dels med att skydda enskilda mot att drabbas av kommunala budgetprioriteringar.³⁴ Det är i huvudsak samma regler som gäller för kommunal som statlig finansierad personlig assistans. Det som skiljer kommunens roll från Försäkringskassans roll är att kommunen även har ett yttersta ansvar för att, om den enskilde vill det, utföra sådan personlig assistans som den enskilde har beviljats, medan Försäkringskassan endast utger ekonomisk ersättning.

Tillstånd och tillsyn

Enskilda som avser att yrkesmässigt bedriva assistansverksamhet behöver ha tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg (IVO), medan det för egna arbetsgivare och kommuner är tillräckligt att anmäla detta till IVO.³⁵ Uppgifter som ska lämnas i samband med en ansökan om tillstånd för en assistansverksamhet är till exempel för vilka personer verksamheten är avsedd och om den riktar sig till barn, vilken personal som ska anlitas och personalens kompetensutveckling, hur det ska säkerställas att verksamheten bedrivs enligt gällande rätt, hur avtal med den insatsberättigade ska utformas och hur den insatsberättigades rätt till inflytande ska tillgodoses.³⁶

IVO utövar tillsyn över all verksamhet som bedrivs enligt LSS, vilket bland annat innebär granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt granskning av att den som har meddelats tillstånd fortlöpande uppfyller kraven.³⁷

³² 9 § 2 LSS.

³³ 51 kap. 22 § SFB.

³⁴ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 68 och 72.

³⁵ 23 § LSS.

³⁶ 8 § förordning (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

³⁷ 25–26 §§ LSS.

2.5 Grunderna för rätten till personlig assistans

I detta avsnitt ges en introduktion till regleringen av rätten till personlig assistans. I kommande kapitel kommer vi i större detalj beskriva de områden vi har i uppdrag att utreda.

2.5.1 Personkretsen

En första förutsättning för att kunna vara berättigad till personlig assistans är att tillhöra någon av LSS så kallade personkretsar som framgår av 1 § LSS:

1. personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd (personkrets 1),
2. personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom (personkrets 2), eller
3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service (personkrets 3).

Personer mellan 0 och 64 år kan ansöka om och beviljas assistansersättning. De som har fyllt 65 år kan få behålla sin assistansersättning.³⁸

2.5.2 Grundläggande behov och andra personliga behov

Det är inte tillräckligt att enbart tillhöra personkretsen för att vara berättigad till personlig assistans. En förutsättning är också att den enskilde på grund av stora och varaktiga funktionsnedsättningar har behov av hjälp med sina så kallade grundläggande behov. En person som har behov av hjälp med sina grundläggande behov kan även få assistans för andra personliga behov.

³⁸ 51 kap. 8 § socialförsäkringsbalken och 9 b § LSS.

Närmare om grundläggande behov

I 9 a § första stycket LSS anges med personlig assistans avses personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med sina grundläggande behov. De grundläggande behov anges i lagen och är:

- andning,
- personlig hygien,
- måltider,
- att klä av och på sig,
- att kommunicera med andra, eller,
- annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade.

Listan över grundläggande behov är uttömmande, det vill säga att det bara är just dessa behov som kan betraktas som grundläggande när rätten till personlig assistans ska bedömas.

I rättspraxis har det förtydligats att hjälpen ska vara av privat eller integritetskänslig karaktär för att omfattas av de grundläggande behoven.³⁹ Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) har till exempel ansett att behov av hjälp med att dela mat, tillreda maten och plocka fram och undan maten inte uppfyller kraven på grundläggande behov.⁴⁰ Kravet på att hjälpen ska vara av integritetskänslig art gäller inte ifråga om sondmatning och andning, där samtliga hjälpmoment omfattas av stödet.⁴¹

Grundläggande behov fördes in som begrepp och definierades i LSS först år 1996, ett par år efter att LSS trädde i kraft. De grundläggande behoven var då hjälp med personlig hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om personen med funktionsnedsättning. Från och med den 1 november 2019 är också hjälp med andning ett grundläggande behov.⁴²

³⁹ RÅ 2009 ref. 57, HFD 2018 ref. 21 och HFD 2019 ref. 56.

⁴⁰ HFD 2009 ref. 57.

⁴¹ 9 a § första stycket LSS.

⁴² Prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*.

Hjälppbehovens omfattning har betydelse

Som nämnts tidigare så är det omfattningen av behovet av hjälp med de grundläggande behoven som avgör vilken huvudman som är finansiellt ansvarig för en persons insats. Statlig assistansersättning från Försäkringskassan blir aktuell om den enskilde har behov av hjälp med grundläggande behov i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka. Personer med mindre hjälpbehov kan i stället bli aktuella för kommunalt finansierad assistans.

När det gäller kommunalt finansierad personlig assistans finns det inte någon bestämd undre tidsgräns avseende hur mycket hjälp med grundläggande behov som den enskilde ska behöva för att vara berättigad till insatsen. I rättspraxis har dock uttalats att någon som bara i mycket begränsad omfattning har behov av hjälp med något av de grundläggande behoven inte utan vidare kan anses berättigad till personlig assistans. Det har också uttalats att för att avgöra om en person har rätt till personlig assistans, ska det göras en individuell bedömning i varje enskilt fall med en sammanvägning av såväl kvalitativa som kvantitativa aspekter.⁴³ I ett avgörande från Högsta förvaltningsdomstolen gjordes bedömningen att ett hjälpbehov på tre timmar per vecka inte var tillräckligt omfattande för att medföra rätt till personlig assistans utifrån karaktären av den hjälp som den enskilde i målet behövde.⁴⁴

Närmare om andra personliga behov

Den som behöver hjälp med något av de grundläggande behoven och på grund av det har beviljats personlig assistans kan också beviljas insatsen för andra personliga behov enligt 9 a § andra stycket LSS. Där anges att:

Den som har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov har även rätt till insats enligt 9 § 2 för andra personliga behov om behoven inte tillgodoses på annat sätt. Om behovet avser hjälp med andning, omfattar rätten till insats alla åtgärder som är direkt nödvändiga för att hjälpen ska kunna ges. Om behovet avser hjälp med måltider i form av sondmatning, omfattar rätten till insats alla åtgärder som är direkt nöd-

⁴³ RÅ 2009 ref. 57, HFD 2018 ref. 13.

⁴⁴ HFD 2018 ref. 13.

vändiga för förberedelse och efterarbete i samband med sådana måltider. Personlig assistans för andra personliga behov avser även

1. tid under den enskildes dygnsvila när en assistent behöver vara tillgänglig i väntan på att den enskilde behöver hjälp utan att det är fråga om tillsyn (väntetid),
2. tid under den enskildes dygnsvila när en assistent i stället behöver finnas till förfogande på annan plats i väntan på att den enskilde behöver hjälp (beredskap), och
3. tid när en assistent behöver vara närvarande i samband med en aktivitet utanför den enskildes hem på grund av att ett hjälpbehov kan förväntas uppstå.

Begreppet andra personliga behov fördes in i LSS år 1996 samtidigt som man i lag definierade de grundläggande behoven. I de ursprungliga förarbetena beskrevs att vid sidan av stödet av mycket personlig karaktär (de grundläggande behoven) skulle assistans därutöver också ges i situationer där den enskilde behöver kvalificerad hjälp som ingår i det dagliga livet, till exempel om personen behöver hjälp med att komma ut i samhället, för att studera, för att delta i daglig verksamhet eller för att få eller behålla ett arbete.⁴⁵ Den enskilde kan också beviljas stöd som mer liknar vanlig hemtjänst under förutsättning att detta utförs tillsammans med assistansanvändaren.⁴⁶

Högsta förvaltningsdomstolen har uttalat att det inte är alla personliga behov som ger rätt till personlig assistans, utan att det särskilda stödet i någon mening ska vara kvalificerat. Domstolen har uttalat att:

[...] detta krav får anses innefatta att den personliga assistentens insats ska ha en direkt och konkret koppling till ett individuellt behov av hjälp i det dagliga livet.⁴⁷

Av bestämmelsen framgår dock att kravet på att stödet ska vara kvalificerat inte omfattar visst stöd som har samband med andning och måltider i form av sondmatning.⁴⁸ Det omfattar inte heller de situationer som regleras i 9 a § andra stycket punkterna 1–3 LSS.

⁴⁵ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 64.

⁴⁶ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 175 f.

⁴⁷ HFD 2017 ref. 27.

⁴⁸ 9 a § andra stycket LSS.

Övrigt om personlig assistans

Det finns inget tak för hur mycket personlig assistans en person kan beviljas. Det är under vissa förutsättningar även möjligt att beviljas mer än en personlig assistent samtidigt, så kallad dubbelassistans.⁴⁹

2.6 Utredningens arbete

I syfte att få en heltäckande bild över de problem som utredningen getts i uppdrag att lösa har vi utrett frågorna på flera olika sätt. Vi har genomfört en enkät med assistansanvändare, genomfört djupintervjuer med assistansanvändare och företrädare, samlat assistansordnare och intresseorganisationer till två hearingar, granskat alla klagomål och lex Sarah avseende assistans inkomna till IVO första halvåret 2020 samt genomfört flertalet möten med berörda aktörer. Därutöver har vi inhämtat statistik från de statistikförande myndigheterna Socialstyrelsen och Försäkringskassan. Vi har också gett tre experter i uppgift att fördjupa sig i några specifika frågor som berör utredningen. Resultatet av deras arbete presenterades också offentligt i en offentlig hearing. Nedan ges en översiktlig beskrivning av utredningens metoder.

2.6.1 Assistansanvändares och företrädares synpunkter och erfarenheter

För att kunna ge förslag som i praktiken leder till förbättringar för de personer som stödet är till för är det viktigt att inhämta information direkt från de individer som insatsen berör. Det är också viktigt att inhämta information från anhöriga och andra företrädare, samt från organisationer som representerar personer inom målgruppen. Det finns också reglerat genom FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning att man vid utformning av ny lagstiftning ska nära samråda med och aktivt involvera personer med funktionsnedsättning.⁵⁰ Vi har därför, på flera olika sätt, agerat för att tillgodogöra oss assistansanvändares och företrädares erfarenheter och synpunkter.

⁴⁹ 9 a § tredje stycket LSS.

⁵⁰ Artikel 4.3 FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Enkät till assistansanvändare

Utredningen behöver få kunskap om vilka behov assistansanvändare i dag har som inte uppfyllts för att kunna ge ändamålsenliga förslag för stärkt assistans. I syfte att få ett kvantitativt underlag om assistansanvändares erfarenheter utformades en enkät. Enkäten testades på ett mindre antal assistansanvändare innan en slutgiltig version färdigställdes.

Enkäten skickades till individer som hade sin assistans ordnad genom en av de större assistansanordnarna. Enkäten gick både till personer som fick sin assistans betald av stat och av kommun. Syftet var att få information från assistansanvändarna om:

1. hur det fungerar med personlig assistans för olika typer av behov av tillsyn (aktiv tillsyn, tillsyn på natten och medicinsk tillsyn),
2. hur det fungerar med personlig assistans för egenvård,
3. hur föräldraansvaret fungerar.

Enkäten skickades till 844 assistansanvändare och 222 assistansanvändare svarade på enkäten. Antalet svarande är inte tillräckligt många för att vi ska kunna dra generella slutsatser om assistansanvändare men ger en indikation på vilka behov som finns i gruppen. Enkäten ger också specifika exempel på stödbehov som finns i gruppen som vi annars inte hade kunnat fånga. Resultaten från enkäten refereras till där det är tillämpligt.

Djupintervjuer

Av de personer som frivilligt anmält sig till att vara utredningen behjälpliga med sina erfarenheter av assistans och som också svarade på den första versionen av utredningens enkät så tillfrågades sex personer om de kunde tänka sig att delta i en fördjupande intervju. Urvalen gjordes för att få så vitt spridda erfarenheter som möjligt. Vi valde att prata med föräldrar till små barn med assistans, assistansanvändare i olika personkretsar, åldrar och med olika typer av funktionsnedsättningar.

En intervjuguide togs fram och intervjuerna genomfördes på ett semi-strukturerat sätt. Det som sagts i intervjuerna sammanställdes

och analyserades i efterhand. I detta betänkande förekommer citat ur dessa intervjuer samt slutsatser från desamma.

Vi har därutöver pratat med två unga vuxna assistansanvändare i syfte att få del av erfarenheter av att vara barn med assistans.

Hearingar

Utredningen har genomfört tre hearingar.

Den första hearingen genomfördes i mars 2020 i syfte att få berördas inspel inför planeringen av utredningens arbete och få en djupare bild av den problematik som utredningen är tillsatt att lösa. Sjutton olika intresseorganisationer, företag eller föreningar deltog vid hearingen. Separata underlag skickades in i efterhand av Autism och aspergerförbundet, DHR, God Assistans, Lilla Erstagården barn och ungdomshospice, Frösunda, Humana, Intressegruppen för Assistansberättigade (IfA), Riksföreningen JAG, Kooperativet Olja, Rörelsehindrade barn och ungdomar (RBU) och Vårdföretagarna.

Den andra hearingen genomfördes i oktober 2020 för att ge möjlighet till inspel på de tre fördjupande texter som utredningen beställt (se avsnitt 2.6.5 nedan). Denna hearing sändes via Youtube⁵¹ och har över 500 visningar till dags dato.

Den tredje hearingen genomfördes i november 2020 i syfte att få berördas synpunkter på det samlade underlaget och de huvudsakliga principer som har legat till grund för våra förslag. Nitton personer från olika intresseorganisationer, företag eller föreningar deltog vid hearingen. Underlag skickades i efterhand in från Frösunda och Humana.

2.6.2 Övriga möten och intervjuer

Vi har inom ramen för utredningen genomfört intervjuer och möten med berörda på alla nivåer i systemet. Det innebär att vi träffat de som representerar systemet, de som fattar beslut i systemet och, som beskrivet ovan, de som befinner sig i systemet.

Inom regionerna och hälso- och sjukvården har vi pratat med företrädare för regioner, personal vid olika typer av vårdavdelningar, personal som arbetar med habilitering samt primärvården.

⁵¹ www.youtube.com/watch?v=E7cNQEqx7bo.

Vad gäller kommunerna har vi pratat med socialchefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

Vi har fört samtal med generaldirektörerna för Försäkringskassan, Inspektionen för vård och omsorg, Myndigheten för delaktighet och Socialstyrelsen. Vi har även träffat experter hos Barnombudsmannen, Försäkringskassan, Inspektionen för vård och omsorg och Socialstyrelsen för diskussion i sakfrågor. Därutöver har vi intervjuat handläggare på Försäkringskassan för att få information om tillämpningen i praktiken.

Vi har också haft enskilda intervjuer med anordnare av assistans; kommuner, privata företag, brukarkooperativ och intresseorganisationer.

Vi har också träffat företrädare för Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF).

Därutöver har vi träffat flera forskare inom området.

2.6.3 Granskning av klagomål och anmälningar

I syfte att få kunskap om vilken typ av brister avseende personlig assistans som anmäls till IVO genomförde vi en granskning av alla 162 klagomål och anmälningar enligt lex Sarah angående assistans inkomna till IVO första halvåret 2020. Av dessa var 148 relevanta för vår utredning. De ärenden som föll bort var ärenden som härstammande från ett avsnitt av Uppdrag Granskning där flera personer gjort anmälningar till IVO i efterhand (10 stycken), att filen inte gått att öppna eller att ärendet var en dubblett av en redan gjord anmälan.

Alla 148 ärenden lästes och det gjordes en notering om huruvida ärendet handlade om hälso- och sjukvård, egenvård, tvångs- och begränsningsåtgärder eller övergrepp, om utebliven insats eller om misstanke om fusk eller misskötsel i privat bolag. Därutöver gjordes en kort kvalitativ sammanfattning av varje ärende.

Av de 148 ärendena var 27 lex Sarah anmälningar och 121 var klagomål till IVO. Dessa ärenden är unika (det vill säga olika ärenden) men kan behandla samma händelse. Det finns exempel på när brukare, assistent och god man alla anmäler ett ärende till IVO med anledning av samma händelse. Eftersom vi inte alltid kan vara säkra på om det är exakt samma händelse som åsytas har vi behandlat ärendena som unika.

Tabell 2.1 Innehåll i ärenden hos IVO

Innehåll i ärendet	Klagomål till IVO	Lex Sarah
Utebliven insats (assistenten kom inte alternativt att kommunen inte börjat verkställa den beviljade insatsen)	9% (11 st)	26% (7 st)
Tvångs- och begränsningsåtgärder/övergrepp	1% (1 st)	4% (1 st)
Hälso- och sjukvård/egenvård	9% (11 st)	22% (6 st)
Misstanke om fusk/misskötsel i privat bolag	45% (54 st)	15% (4 st)

Källa: Utredningens genomgång av ärenden från IVO

Exempel från de ärenden som granskats finns i betänkandet där det är tillämpligt.

2.6.4 Statistikinhämtning

Vi har också inhämtat statistik från Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

Försäkringskassan har försett oss med statistik om antal personer med assistansersättning samt antal timmar i genomsnitt per vecka i uppdelat per åldersklasser under perioden 2002–2020. Det har gett oss möjligheten att analysera utvecklingen av antal personer i assistansersättningen samt skillnader i genomsnittstimmar i assistansersättningen för olika åldrar. Vi har fått uppgifter om faktiska utförda timmar för att kunna beräkna timkorrigeringarna för olika åldersgrupper. Därutöver har vi använt statistik från Försäkringskassans olika rapporter och årsredovisning.

Från Socialstyrelsen har vi inhämtat statistik huvudsakligen från underlaget till Lägesrapporten från 2020⁵². Vi har dessutom fått uppgifter om antal personer och omfattningen av insatser enligt LSS. Eftersom det förekom extremvärden i statistiken avseende omfattningen av olika LSS insatser har vi i stället använt oss av underlag från LSS-utredningen⁵³.

⁵² Socialstyrelsen (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020*.

⁵³ SOU 2018:88. *Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen*.

2.6.5 Tre fördjupande texter

Tre forskare fick i uppdrag av utredningen att fördjupa sig i olika frågeställningar. Det gällde för det första mänskliga rättigheter, som är en del av uppdraget, för det andra rättighetslagstiftning som ett rättsligt institut mot bakgrund av att personlig assistans är en rättighet, och för det tredje stöd och omsorg i relation till sjukvård.

Forskarna fick frågeställningarna av utredningen och fick sedan ta sig an dem självständigt – forskarna står därför själva för sina slutsatser.

Anna Bruce har skrivit *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Bakgrund till och implikationer för Utredningen om förstärkt assistans*, Hanna Egard har skrivit *Stöd eller vård? Om gränsdragningar mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård* och Håkan Gustafsson har skrivit *Om rättighetslagar: rättigheter och rättssäkerhet*.

De texter som överlämnades till utredningen presenterades vid expertgruppsmöten och i samband med det diskuterades även texternas implikationer för utredningen. Texterna finns bilagda detta betänkande som bilaga 3, 4 och 5.

Texterna utgör underlag för detta betänkande och refereras till när de används i resonemang eller slutsatser.

2.6.6 Expertgrupp

Utöver ovanstående input har utredningen haft stor hjälp av vår expertgrupp. Vi har haft totalt 8 möten. Med expertgruppen har vi diskuterat planeringen av utredningens genomförande, den empiri som vi samlat, de principer som legat till grund för våra förslag och slutligen våra förslag.

2.7 Begreppen funktionsnedsättning och funktionshinder

Socialstyrelsens Terminologiråd definierar begreppet funktionsnedsättning som nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Begreppet funktionshinder är definierat som en be-

gränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen.

Vår utgångspunkt är att dessa definitioner gäller och bör användas. I detta betänkande förekommer dock både begreppet funktionsnedsättning och begreppet funktionshinder utan att någon skillnad är avsedd. Skälet till att båda begreppen ändå förekommer är att äldre terminologi används i lagtext och i vissa äldre texter som vi refererar till.

I den proposition som föregick beslutet att tillträda FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning hänvisas till Terminologirådets definitioner och det anges att den nya terminologin bör få genomslag i den svenska lagstiftningen efter hand. Det ansågs dock inte vara nödvändigt att ändra de nuvarande lagarna och förordningarna enbart för att tillgodose en modernare och mer enhetlig terminologi.⁵⁴

Som kommer att framgå i våra texter föreslår vi inte i detta betänkande att begreppet funktionshinder byts ut i 9 a § LSS. Vårt förslag till ändringar i 9 a § LSS innehåller också detta begrepp. Skälet till detta är att begreppet funktionshinder i dag används på fler ställen i lagstiftningen, exempelvis i bestämmelsen om personkretstillhörighet (1 § LSS), och att vi bedömer att det kan vara olämpligt att införa begreppet funktionsnedsättning på ett ställe i lagen utan att samtidigt ändra i övriga delar – något som inte omfattas av denna utrednings direktiv.

2.8 Betänkandets disposition

Utifrån de frågeställningar som utredningen har fått att hantera har vi valt att dela in betänkandet efter tre huvudsakliga områden:

- Stöd vid behov av sjukvårdande insatser (kapitel 3, 4 och 9)
- Rätt till assistans för tillsyn inklusive egenvård (kapitel 5, 6 och 10)
- Principen om föräldraansvar (kapitel 7, 8 och 11)

Inom varje område finns en specifik konsekvensanalys för de förslag som vi lagt inom området. I kapitel 12 finns en övergripande conse-

⁵⁴ Prop. 2008/09:28 *Mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning*, s. 8.

kvansanalys som omfattar de sammantagna effekterna av våra förslag. Författningskommentarer finns i kapitel 13.

Sist i betänkandet ligger texterna *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'* (bilaga 3), *Stöd eller vård? Om gränsdragningar mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård* (bilaga 4) och *Om rättighetslagar: rättigheter och rättssäkerheter* (bilaga 5).

3 Stöd vid behov av sjukvårdande insatser

En del personer som tillhör personkretsen enligt LSS behöver i sin vardag få hjälp med uppgifter som är av sjukvårdande karaktär. Det kan till exempel vara fråga om att ta läkemedel, lägga om ett sår, sköta en kateter eller hantera ett andningshjälpmedel. Ibland är det stöd som behövs rent praktiskt, till exempel fysisk hjälp att ta en tablett eller placera en mask för inhalation. I andra fall kan det vara så att den som ska ge hjälpen också behöver göra vissa bedömningar, till exempel avgöra när eller i vilken mängd ett särskilt läkemedel ska ges eller när en viss medicinteknisk åtgärd behöver göras. I vissa fall är riskerna små för att den enskilde ska komma till skada om åtgärden görs på fel sätt, medan det i andra fall kan vara så att ett fel i bedömningen eller utförandet kan få livshotande konsekvenser för den som ska få stödet.

Sjukvårdande insatser till personer i eget boende kan ges antingen som en insats enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) eller som så kallad egenvård. *Egenvård* kan kortfattat beskrivas som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har bedömt att den enskilde kan utföra själv eller med hjälp av någon annan. Uttrycket *sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen* används i betänkandet för att särskilja insatserna från åtgärder som utförs som egenvård. Uttrycket används eftersom det tillämpas inom den personliga assistansen. Det är dock inte något vedertaget begrepp inom hälso- och sjukvården. Det som avses är hälso- och sjukvårdsåtgärder som inte har bedömts kunna utföras som egenvård och som därmed oförändrat omfattas av sjukvårdshuvudmannens ansvarsområde.

En skillnad när det gäller dessa två ”typer” av sjukvårdande insatser är att utförandet omfattas av olika regelverk för exempelvis kva-

litet, ansvar och möjlighet till ekonomisk ersättning vid skada. Definitionen av en åtgärd som egenvård eller en insats enligt hälso- och sjukvårdslagen har också betydelse för vilket slags stöd den enskilde kan erbjudas och för placeringen av det finansiella ansvaret. För åtgärder enligt hälso- och sjukvårdslagen ligger finansieringsansvaret hos sjukvårdshuvudmannen (region eller kommun), medan det för hjälp med egenvård ligger hos kommunen eller staten beroende på vilken lagstiftning som stödet ges utifrån, exempelvis LSS, socialtjänstlagen (2001:453) eller socialförsäkringsbalken (2010:110). Exempel på stöd som kan ges är hemsjukvård, hemtjänst eller personlig assistans.

För personer som ansöker om personlig assistans och har behov av sjukvårdande insatser är gränsdragningen mellan egenvård och insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen särskilt betydelsefull. Det beror på att personlig assistans och assistansersättning inte kan beviljas för insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, men däremot kan beviljas om åtgärden utgör egenvård. Att en hälso- och sjukvårdsåtgärd bedöms som egenvård har därmed stor betydelse för den enskildes möjlighet att själv välja vem som ska ge stödet samt var och när som stödet ska ges – en möjlighet som generellt är större vid personlig assistans än vid övriga stödformer. Det ansvars- och kvalitetssystem som gäller för utförande av egenvård tillförsäkrar däremot inte samma grad av patientsäkerhet som när det är fråga om insatser som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen.

I detta kapitel beskrivs närmare vad det innebär att en åtgärd utgör egenvård respektive en insats enligt hälso- och sjukvårdslagen, och vad det har för betydelse för enskildas rätt till personlig assistans. Det ges även en fördjupning om förhållandet mellan hälso- och sjukvård, omsorg och personlig assistans. Kapitlet inleds med en beskrivning av de nationella mål och internationella rättigheter som är relaterade till området. Kapitlet avslutas med en beskrivning av vad som gäller när omständigheterna förändras på ett sätt som påverkar en persons egenvårdsbedömning, samt en redogörelse för regler om sekretess, tystnadsplikt och anmälningskyldighet som har betydelse på området.

3.1 Nationella mål och internationella rättigheter relaterade till hälsa

3.1.1 Nationella mål för hälso- och sjukvårdspolitiken

Det övergripande målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vården ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig. Vården ska ges med hänsyn till den enskilda patientens behov, vara samordnad och tillgodose patientens behov av kontinuitet.¹

Att vården ska vara jämlik innebär att alla ska erbjudas vård utifrån behov, på lika villkor och med ett gott bemötande oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi. Patienten ska ges möjlighet att delta i beslut om vård och behandling, vilket är grunden för en patientcentrerad vård.²

3.1.2 Hälsa som internationellt reglerad rättighet för personer med funktionsnedsättning

Hälsa, habilitering och rehabilitering är några av de rättigheter som omnämns särskilt i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.³ I konventionens artikel 25 framgår att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning.⁴ Staten ska bland annat erbjuda sådan hälsoservice som personer med funktionsnedsättning behöver särskilt på grund av deras funktionsnedsättning, inklusive tidig upptäckt och ändamålsenliga insatser, och service som är avsedd för att begränsa och förebygga vidare funktionsnedsättning.⁵

Staten ska också kräva att hälso- och sjukvårdspersonal tillhandahåller vård av samma kvalitet till personer med funktionsnedsättning som till andra och med deras fria och informerade samtycke. Bland annat ska medvetandet höjas om mänskliga rättigheter, värdighet,

¹ Prop. 2019/20:01 *Budgetproposition för 2020*, utgiftsområde 9, s. 20.

² Prop. 2019/20:01 *Budgetproposition för 2020*, utgiftsområde 9, s. 20.

³ Artikel 25 och 26 FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

⁴ Artikel 25 (kappan) FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

⁵ Artikel 25 (b) FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

självständighet och behov för personer med funktionsnedsättning genom utbildning och utfärdande av etiska normer för offentlig och privat hälso-service.⁶ Detta kan också sägas ange riktningen för vilken slags vård som anses leda till just bästa möjliga hälsa.⁷

Forskaren Anna Bruce har gjort en fördjupad analys av den internationella reglering som gäller för personer med funktionsnedsättning och som har samband med bland annat hälsa (texten i sin helhet medföljer som bilaga till betänkandet).⁸ Bruce beskriver att en stark drivkraft under förhandlingarna av FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning var att inte ge företräde till medicinsk professionell kunskap och dess föreställning om behov och hur de ska fyllas, framför rättighetsbärandens.⁹ Personen med funktionsnedsättning har rätt att avböja det som erbjuds och personens val får inte heller begränsas oproportionerligt jämfört med befolkningen i övrigt.¹⁰ Begränsningar får inte bygga på fördomar om personer med funktionsnedsättnings intresse, liv eller kapacitet.¹¹

Parallellt med rätten till hälsa, habilitering och rehabilitering gäller rätten att leva självständigt och delta i samhället enligt artikel 19 (se mer om denna artikel i avsnitt 2.2.2).¹² Det faktum att ett behov förstås som exempelvis hälso- eller habiliteringsrelaterat innebär inte att kravet på de former av stöd som artikel 19 skyddar förminskas.¹³ Målen med artikel 25 – som omfattar bästa möjliga hälsa, mänskliga rättigheter, självständighet och självbestämmande – är också samstämmiga med syftet med artikel 19, det vill säga ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Bruce lyfter fram att båda artiklarna också pekar på värdet av att få sina behov uppfyllda som

⁶ Artikel 25 (d) FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

⁷ Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 72.

⁸ Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*

⁹ Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 68.

¹⁰ Artikel 17 FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 69.

¹¹ Artikel 5, Jämlikhet och icke-diskriminering, FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

¹² Artikel 19 (kappan) FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

¹³ Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 70.

en del av den dagliga livsföringen i samhällsgemenskapen, på platser nära till hands.¹⁴

Bruce beskriver att vid förhandlingarna av FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning var ett centralt tema att avmedikalisera liv med funktionsnedsättning. En aspekt av detta var att på olika sätt försäkra att individuella behov eller variationer i funktion inte längre tilläts hindra inkludering i samhället.¹⁵ Detta talar enligt Bruce för att personer med funktionsnedsättning med medicinska behov inte ska hänvisas till former av uppfyllande av dessa behov som fortsätter hindra ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen.¹⁶ Samtidigt ska det stöd som ges vara kapabelt att leda till bästa möjliga hälsa.¹⁷

När det gäller barn är deras självbestämmande villkorat av vuxnas bedömningar om vad som är bra för barnet, det vill säga vårdnadshavare och den medicinska professionen. Detta skapar ett tungt ansvar att skapa lösningar som kompromissar så lite som möjligt med de olika aspekterna av rätten till vård, inbegripet bästa möjliga hälsa, självbestämmande, självständighet och deltagande i samhällsgemenskapen.¹⁸

3.2 Den personliga assistansen som en reaktion mot vård och omsorg

Det är viktigt att även förstå frågor som rör förhållandet mellan hälso- och sjukvård, omsorg och stöd och service ur en historisk och ideologisk kontext.

I sin text *Stöd eller vård? Om gränsdragningar mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård* beskriver Hanna Egard vid Lunds universitet bland annat att serviceformen personlig assistans växte fram som en reaktion mot vård och omsorg (texten i sin helhet medföljer som bilaga till betänkandet). Egard beskriver att när de första for-

¹⁴ Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 72.

¹⁵ Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 71 f.

¹⁶ Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 71 f.

¹⁷ Artikel 25 FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

¹⁸ Artikel 7 FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 69.

merna av personlig assistans tog form i USA på 1960-talet var det framför allt sjukvården som Independent Living-rörelsen kritiserade och tog spjörn emot. När rörelsen sedan nådde Sverige under 1980-talet kom kritiken att riktas mot omsorgen och socialtjänsten.¹⁹ Egard beskriver att det centrala i rörelsens kritik mot vård och omsorg är att stöd från professionella yrkesgrupper inom vård och omsorg gör att människor med funktionsnedsättning berövas makten över sina liv och sin vardag och betraktas som sjuka, svaga och beroende. För att markera assistansanvändarens aktiva roll används begrepp som service eller stöd för att benämna det arbete som assistenterna utför, eftersom vård och omsorg förknippas med ”okunniga” vårdtagare eller patienter som behöver tas om hand, vårdas och behandlas av professionella yrkesgrupper.²⁰

Egard beskriver att enligt Independent Living-rörelsen är det viktigt att människor med en viss diagnos eller funktionsnedsättning inte tar över de professionellas bild och föreställningar om vem de är och hur de bör leva. Deras vardag ska inte heller styras av professionellas bedömningar eller verksamhetens regler och riktlinjer. Den personliga assistansen ska också följa med användaren och inte bara kunna utföras i hemmet utan även på andra platser där användaren befinner sig. Utgångspunkten för rörelsens ideologi är att människor som har en funktionsnedsättning bör betraktas som ansvariga för sitt eget liv, hälsa och välmående. De är experter på sitt behov av stöd och bör ges möjlighet att ta ansvar för och organisera det stöd de behöver.²¹

3.3 Olika former av stöd vid behov av hjälp med sjukvårdande insatser

Det finns olika sätt som personer med funktionsnedsättning kan få hjälp med sjukvårdande insatser i sin vardag. Vilken slags hjälp som erbjuds beror bland annat på om den hjälp som den enskilde behöver utgör egenvård eller en insats enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det beror också på omständigheterna i övrigt exempelvis omfattningen och karaktären av den enskildes funktionsnedsättning, vilket slags

¹⁹ Egard, H., (2020). *Stöd eller vård? Om gränsdragningar mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård*, s. 5 f.

²⁰ Egard, H., (2020). *Stöd eller vård? Om gränsdragningar mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård*, s. 5 f.

²¹ Egard, H., (2020). *Stöd eller vård? Om gränsdragningar mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård*, s. 5 f.

stöd som den enskilde har ansökt om eller hur hälso- och sjukvården och socialtjänsten är organiserad i den region och kommun där den enskilde bor. I vissa fall kan stödet ges genom personlig assistans, i andra fall genom exempelvis hemtjänst eller hemsjukvård. Vad som bland annat skiljer personlig assistans från övriga insatser är den enskildes möjligheter att bestämma när, var, hur och av vem som stödet ska ges. Hemtjänst och hemsjukvård präglas inte av samma flexibilitet. Den enskilde har då inte heller någon given rätt att bestämma vilken personal som ska ge stödet. Vid personlig assistans är det däremot den enskilde själv som styr över detta.

3.3.1 Ingen personlig assistans för behov av hjälp med sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen

Varken kommunal personlig assistans enligt LSS eller statlig assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken kan lämnas för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen.

När det gäller statlig assistansersättning framgår detta i 51 kap. 5 § socialförsäkringsbalken. Av förarbetena framgår att syftet med begränsningen är att insatser som faller inom hälso- och sjukvårdens område inte ska finansieras genom statlig assistansersättning. Begränsningen infördes mot bakgrund av att det visat sig att en betydande del av den assistans som finansierades med statlig assistansersättning konsumerades vid vistelse i olika primär- och landstingskommunala verksamheter, något som inte varit avsikten. Begränsningen ansågs också vara viktig ur kvalitativ synvinkel med hänsyn till de särskilda kvalifikationer och den yrkeskunskap som personalen inom dessa verksamheter besitter.²²

I LSS finns inte någon motsvarande bestämmelse som den i 51 kap. 5 § socialförsäkringsbalken. Däremot framgår av rättspraxis att behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen principiellt inte kan beaktas vid bedömningen av om det föreligger rätt till kommunalt finansierad personlig assistans. Detta eftersom insatser som åvilar sjukvårdshuvudmännen ligger utanför tillämpningsområdet för LSS.²³

²² Prop. 1995/96:146 *Vissa frågor om personlig assistans*, s. 14 f. Bestämmelsen fanns tidigare i 4 § i den nu upphävda lagen (1993:389) om assistansersättning.

²³ HFD 2021 ref. 11, HFD 2018 ref. 21, HFD 2012 ref. 41 och prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*, s. 19.

Varken Försäkringskassan eller kommunerna kan alltså beakta stödbehov som utgör insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen när de gör sin bedömning av om en person har behov av, och rätt till, personlig assistans. Detta gäller oavsett vad stödbehovet avser. Det innebär bland annat att en person som har behov av hjälp med sina grundläggande behov inte kan få personlig assistans eller assistansersättning för behovet ifall den hjälp som den enskilde behöver skulle ha karaktären av en sjukvårdande insats enligt hälso- och lagen i stället för att betraktas som stöd och service.

3.3.2 Personlig assistans kan beviljas för behov av hjälp med egenvård

En sjukvårdande insats enligt hälso- och sjukvårdslagen kan inte grunda rätt till personlig assistans eller assistansersättning. Om den sjukvårdande insatsen i stället utförs som så kallad egenvård kan den däremot beaktas vid bedömningen av om en person har rätt till personlig assistans. Skälet till detta är att stödet då inte anses utgöra en insats enligt hälso- och sjukvårdslagen.²⁴ Med uttrycket egenvård avses här en hälso- och sjukvårdsåtgärd som den enskilde har bedömts kunna utföra själv eller med hjälp av någon annan.²⁵

Kortfattat kan man säga att ett behov av hjälp som till sin karaktär utgör egenvård ska behandlas på samma sätt som andra stödmoment vid bedömningen av om det finns en rätt till personlig assistans. Om den egenvård som den enskilde behöver få hjälp att utföra skulle avse ett av de grundläggande behoven som nämns i 9 a § första stycket LSS, till exempel andning, personlig hygien eller måltider, kan detta grunda rätt till personlig assistans.²⁶ Om egenvården däremot inte skulle avse ett grundläggande behov kan stödbehovet i stället beaktas som andra personliga behov enligt 9 a § andra stycket LSS. Detta förutsätter då att det redan har konstaterats att personen i fråga är berättigad till insatsen (se mer om grundläggande behov och andra personliga behov i avsnitt 2.5.2).²⁷

²⁴ HFD 2021 ref. 11, HFD 2018 ref. 21 och prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*, s. 15.

²⁵ 5 kap. 2 § patientlagen (2014:821), 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, och prop. 2019/20:92 *Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning*, s. 25. Se mer om begreppet egenvård i avsnitt 3.6.

²⁶ HFD 2018 ref. 21.

²⁷ HFD 2018 ref. 21 och HFD 2012 ref. 41.

Det finns inte någon uttrycklig begränsning när det gäller vilka åtgärder som skulle kunna bli aktuella att utföras som egenvård.²⁸ Det kan därför vara fråga om allt från läkemedelsbehandling och såromläggning till måltider via sond, respiratorvård eller hemdialys.²⁹

Klargöranden från Högsta förvaltningsdomstolen har förändrat hur behov av egenvård bedöms i ärenden om personlig assistans

Under en längre tid ansågs behov av hjälp med egenvård kunna omfattas av det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* i 9 a § första stycket LSS. Exempel på egenvård som på detta sätt kunde bedömas som grundläggande behov var vissa stödbehov på grund av epilepsi, sondmatning eller andningsproblematik, givet att det krävdes ingående kunskaper om personen med funktionsnedsättning (andning hade då ännu inte införts som ett eget grundläggande behov).³⁰

I dag anses inte längre behov av hjälp med egenvård på samma sätt kunna omfattas av tillämpningsområdet för *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*, det vill säga att behov av hjälp med egenvård inte anses utgöra ett grundläggande behov i sig självt.³¹ I dag kan därför behov av hjälp med egenvård endast leda till inträde i den personliga assistansen om egenvården har koppling till något av de grundläggande behov som räknas upp i 9 a § första stycket LSS, till exempel andning, personlig hygien eller måltider.

En fördjupning om det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* och om möjligheten att beakta behov av hjälp med medicinsk problematik som grundläggande behov finns i avsnitt 6.3.1.

²⁸ Jfr 5 kap. 2 § patientlagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

²⁹ Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning*, s. 7. Se mer om vad som kan utgöra egenvård i avsnitt 3.6 och 4.2.

³⁰ Andning infördes som ett grundläggande behov den 1 november 2019 genom SFS 2019:618.

³¹ HFD 2015 ref. 46, HFD 2018 ref. 21 och HFD 2020 ref. 7.

3.3.3 Andra insatser vid behov av hjälp med egenvård

Det är inte alla personer med funktionsnedsättning som vill ha, eller är berättigade till, personlig assistans.

De flesta kommuner erbjuder någon form av stöd till personer med funktionsnedsättning som har behov av hjälp med egenvård.³² När det inte är aktuellt med personlig assistans erbjuds stödet många gånger genom hemtjänst enligt socialtjänstlagen. Hjälp med egenvård erbjuds också många gånger inom ramen för insatser enligt LSS som exempelvis boende med särskild service, daglig verksamhet, kottidsvistelse eller avlösarservice.³³

Vad som erbjuds skiljer sig till viss del åt mellan olika kommuner. Bland annat erbjuder inte alla kommuner stöd vid genomförande av egenvård när det handlar om mer komplicerade åtgärder, till exempel stomivård och sondmatning. Alla kommuner erbjuder inte heller stöd via LSS till genomförande av egenvård som rör barn och unga.³⁴ Det finns även kommuner som inte erbjuder stöd vid egenvård alls, utan som endast utför hälso- och sjukvård på delegation.³⁵ För barn som behöver stöd med egenvård i förskola eller under skoltid kan detta ombesörjas av skolan efter samverkan med hälso- och sjukvården.

3.3.4 Stöd vid behov av insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen

När en person i sin vardag behöver sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen är det sjukvårdshuvudmannen som ansvarar för att den enskilde får det stöd som behövs. Vem som är sjukvårdshuvudman för just den vård som den enskilda patienten behöver beror på flera omständigheter, men huvudman är alltid en region eller en kommun.³⁶

För en person som bor i ordinärt boende kan sjukvårdande insatser många gånger ges genom hemsjukvård, vilket innebär att hälso- och sjukvårdspersonal kommer till patientens hem i stället för att patienten ska behöva ta sig till en vårdinrättning varje gång som en

³² Socialstyrelsen (2017). *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning*, s. 7 och 17 ff.

³³ Socialstyrelsen (2017). *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning*, s. 7.

³⁴ Socialstyrelsen (2017). *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning*, s. 7.

³⁵ Socialstyrelsen (2017). *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning*, s. 17.

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

insats behövs. Det förekommer också att hälso- och sjukvården överlämnar utförandet av sjukvårdande uppgifter till personal från exempelvis hemtjänst eller personliga assistenter genom så kallad delegation (se mer om delegation i avsnitt 3.5.6). Utförandet finansieras då av hälso- och sjukvårdshuvudmannen.

3.4 Stöd eller vård? – Relationen mellan hälso- och sjukvård, omsorg och personlig assistans

Att det mesta som görs på ett sjukhus eller en vårdcentral utgör hälso- och sjukvård är inte så konstigt.³⁷ När det är fråga om insatser som kan göras i den enskildes hem, på arbetet eller på ett särskilt boende är det däremot inte alltid självklart var gränsen går mellan hälso- och sjukvård³⁸ och omsorg (till exempel hemtjänst) eller stöd och service (till exempel personlig assistans enligt LSS). Det är denna fråga som detta avsnitt handlar om.

3.4.1 Hälso- och sjukvård eller socialtjänst – Vad säger lag och förarbeten?

I 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen definieras hälso- och sjukvård bland annat som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hälso- och sjukvård används också synonymt med begreppet hälso- och sjukvårdsverksamhet.³⁹

Svårigheterna med att dra en gräns för hälso- och sjukvården i förhållande till socialtjänstens område diskuterades i bestämmelsens förarbeten. Några vägledande principer framhölls i sammanhanget. Det anfördes att hälso- och sjukvårdens vårdansvar i princip bör begränsas till att omfatta vårdbehov som bedöms kräva insatser av me-

³⁷ Prop. 1993/94:149 *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.*, s. 55 f.

³⁸ Hälso- och sjukvårdsbegreppet inte har samma innebörd i all lagstiftning på området. I exempelvis patientsäkerhetslagen har begreppet en betydligt vidare innebörd och definieras som verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar och verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel, 1 kap. 2 § patientsäkerhetslagen. När det gäller rätten till personlig assistans är det dock just sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen som omnämns i 51 kap. 5 § socialförsäkringsbalken och det bör i normalfallet också vara där som gränsdragningsproblemen uppstår, snarare än mellan exempelvis omsorg/stöd och tandvård. I den här genomgången fokuseras därför på den definition av begreppet som ges i hälso- och sjukvårdslagen.

³⁹ Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 84 ff.

dicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samarbete med personal med administrativ, teknisk, farmaceutisk, psykologisk eller social kompetens. Även personal vars utbildning var inriktad på patientomvårdnad och rehabilitering innefattades.⁴⁰ Det framhölls också att principerna för gränsdragningen inte kan ge en exakt vägledning om vem som i varje enskilt fall har skyldighet att svara för att vårdbehovet tillgodoses. Det framhölls därutöver att det inte får leda till att någon inte får den vård och hjälp som han eller hon behöver och att det därför är mycket angeläget med samverkan mellan de olika vårdområdena.⁴¹

Frågan om gränsdragning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst i kommunerna har till exempel också illustrerats i förarbeten till bestämmelser om patientnämnder. Där konstaterades att gränsen inte kan dras på ett enkelt och entydigt sätt. Omvårdnad utgör hälso- och sjukvård inom landstingsvården⁴² och förvandlas inte automatiskt till socialtjänst i kommunernas verksamhet. En åtgärd, exempelvis 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 kvävningsrisk uppkommer. För en annan patient/boende kan det räcka att ett vårdbiträde hjälper till med maten, en syssla som då anses vara av socialtjänstkaraktär.⁴³

3.4.2 Mer om vad som karaktäriserar hälso- och sjukvård, omsorg och stöd och service

I sin text *Stöd eller vård? Om gränsdragningar mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård* ger Hanna Egard en fördjupning om relationen mellan personlig assistans, omsorg och hälso- och sjukvård.

⁴⁰ Prop. 1981/82:97 *Om hälso- och sjukvårdslag m.m.*, s. 44 och prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 85 f.

⁴¹ Prop. 1981/82:97 *Om hälso- och sjukvårdslag m.m.*, s. 44 och prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 85 f.

⁴² Landstingen kallas i dag för regioner.

⁴³ Prop. 1998/99:4 *Stärkt patientinflytande*, s. 36.

Begreppen hälso- och sjukvård, omsorg och stöd och service

Egard beskriver att det inom institutionsvården sedan lång tid tillbaka har funnits en uppdelning mellan så kallade husmorsuppgifter och vårdande uppgifter. Uppdelningen har bidragit till en avgränsning mellan sociala och medicinska uppgifter och framväxten av social omsorg och omvårdnad. Social omsorg har kommit att integreras med socialt arbete som utgör grunden för socionomutbildningen, medan omvårdnad utgör grunden för sjuksköterskeprogrammet. Hälso- och sjukvård och omsorg väcker således olika associationer och föreställningar om vad hjälpen ska innehålla, vad den ska syfta till, hur den ska utföras och vem som ska utföra den. Omsorg förknippas med verksamheter för äldre medan vård förknippas med omhändertagande och behandling av sjuka på sjukhus. Den personliga assistansen benämns dock som varken omsorg eller vård. I stället används begreppen stöd och service för att markera den enskildes aktiva roll i att organisera och styra över stödet.⁴⁴

Hur skiljer sig hälso- och sjukvård från personlig assistans?

Egard beskriver att under de senaste decennierna har den medicintekniska utvecklingen medfört att viss vård som tidigare endast funnits att tillgå inom slutenvården⁴⁵ och som utförts av legitimerad personal i dag utförs som egenvård i den enskildes hem. Detta innebär att gränserna mellan hälso- och sjukvård och personlig assistans inte är lika tydliga som tidigare, något som aktualiserar frågan om vad som är vad. Enligt Egard kan också ett ökat intresse för gränsdragningen mellan hälso- och sjukvård och personlig assistans förstås utifrån att den personliga assistansen börjar diskuteras och analyseras utifrån kroppsliga behov, exempelvis biologiska behov av näring. Sådana behov kan tillgodoses av såväl personliga assistenter som personal inom hälso- och sjukvård, vilket väcker frågor om vad som egentligen är skillnaden mellan dessa olika praktiker.⁴⁶

⁴⁴ Egard, H., (2020). *Stöd eller vård? Om gränsdragningar mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård*, s. 1 f.

⁴⁵ Med slutenvård avses hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning, 2 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁴⁶ Egard, H., (2020). *Stöd eller vård? Om gränsdragningar mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård*, s. 3.

Enligt Egard går skillnaden mellan de olika praktikerna hälso- och sjukvård och personlig assistans inte att finna i det specifika behov som ska tillgodoses eller moment som ska utföras av personalen. Att hjälpa till vid exempelvis sondmatning eller att föra mat till munnen inbegriper troligen samma sysslor inom såväl personlig assistans som inom hälso- och sjukvård. Det som skiljer de två praktikerna är enligt Egard det sociala sammanhanget, det politiska syftet med arbetet och den ideologi som stödet genomsyras av, men även hur stödet leds och organiseras och hur personalen lär sig arbetet och erhåller adekvat kompetens.⁴⁷ Egard anger att den politiska ambitionen med personlig assistans är en annan än den för hälso- och sjukvården. Medan hälso- och sjukvård handlar om att bli behandlad, rehabiliterad, botad och uppnå god hälsa, är målet med personlig assistans att kunna leva som andra och få fullgoda mänskliga rättigheter i ett samhälle som på många sätt är otillgängligt.⁴⁸ Samtidigt har områdena närmat sig varandra i fråga om synen på hur hjälpen ska ges och rollen som den person har som ska ta emot hjälpen. Egard beskriver att omvårdnad (hälso- och sjukvård) som traditionellt förknippats med att ta hand om någon kroppsligen enligt den definition som gäller i dag ska utgå från en enhetssyn på människan som innebär att han eller hon inte kan reduceras till en kropp utan ska bemötas som en unik person.⁴⁹ Omvårdnaden av patienter ska i dag vara personcentrerad, och utifrån ett sådant förhållningssätt ska patienten behandlas som en jämbördig partner och vara delaktig i vården och omvårdnadspersonalen ska lyssna till hennes erfarenheter och upplevelser.⁵⁰

⁴⁷ Egard, H., (2020). *Stöd eller vård? Om gränsdragningar mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård*, s. 12 f.

⁴⁸ www.intressegruppen.info/nyheter/artikel/personlig-assistans-handlar-inte-om-att-tillgodose-behov-hanna-egard-forskare-och-universitetsle/ (hämtad 2020-12-17).

⁴⁹ Egard, H., (2020). *Stöd eller vård? Om gränsdragningar mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård*, s. 8.

⁵⁰ Egard, H., (2020). *Stöd eller vård? Om gränsdragningar mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård*, s. 8.

3.5 Hälsa- och sjukvård – Vad gäller?

3.5.1 Grundläggande principer

Allmänt om hälso- och sjukvårdslagstiftningen

Hälso- och sjukvårdens regelverk består av ett stort antal lagar, förordningar och föreskrifter som omfattar allt från övergripande målsättningar till detaljerade bestämmelser om till exempel läkemedels hantering, journalföring och hygien. Tre av de övergripande lagarna på området är hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientlagen (2014:821) och patientsäkerhetslagen (2010:659). Hälso- och sjukvårdslagen reglerar huvuddragen i hur hälso- och sjukvård ska organiseras och bedrivs och kan till stora delar beskrivas som en målinriktad ramlag. Det innebär att den huvudsakligen innehåller bestämmelser om övergripande mål, ansvarsförhållanden och riktlinjer för hälso- och sjukvårdsverksamheten. En anledning till att lagen utformats som en ramlag är att det anses vara viktigt att regioner och kommuner har förutsättningar att utifrån lokala behov och förutsättningar besluta om planering, finansiering och organisation av sin verksamhet.⁵¹ Vad gäller patientlagen syftar denna till att stärka och tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.⁵² Patientsäkerhetslagen å sin sida syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården.⁵³ De tre nämnda författningarna överlappar varandra i vissa delar. Bland annat framhålls patientens ställning i alla tre lagarna och principen om barnets bästa kommer till uttryck i både patientsäkerhetslagen och hälso- och sjukvårdslagen. I både patientsäkerhetslagen och patientlagen framgår att patienten ska få en sakkunnig och omsorgsfull vård.⁵⁴

Hälso- och sjukvårdens regelverk är till stor del uppbyggt som så kallad skyldighetslagstiftning. Det innebär att det framgår vilka skyldigheter som hälso- och sjukvårdens olika aktörer har och vad en patient kan förvänta sig av vården, men att vården inte är någon rät-

⁵¹ Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 78 ff.

⁵² 1 kap. 1 § patientlagen (2014:821).

⁵³ 1 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 1 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

⁵⁴ Angående patientens ställning se 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), 4 kap. 1 § patientlagen (2014:821) och 5 kap. 1 § 3 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Angående barnets bästa se 5 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 1 kap. 8 § patientlagen (2014:821). Angående sakkunnig och omsorgsfull vård se 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821) och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

tighet som kan utkrävas av patienten i till exempel en domstolsprövning.⁵⁵ Inom regelverket finns också ett stort antal bestämmelser av mer traditionell styrande karaktär som exempelvis reglerar vad som krävs för att få en viss behörighet eller hur personuppgifter ska hanteras.⁵⁶

Det är Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som har i uppgift att svara för tillsyn inom hälso- och sjukvården. Syftet är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med de regler som gäller.⁵⁷

God vård på lika villkor

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.⁵⁸ Detta innebär, tillsammans med de lagstadgade diskrimineringsgrunderna, bland annat att möjligheterna att få vård ska vara lika för alla och inte får påverkas av exempelvis ålder, kön, etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning eller sexuell läggning. Vilken vård man får ska inte heller bero på vilken förmåga man har att ta egna initiativ eller var man bor i landet.⁵⁹ Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.⁶⁰

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska också bedrivas så att kraven på god vård uppfylls.⁶¹ Innebörden av kravet på god vård framgår i flera olika lagstiftningar och kunskapsstöd. I hälso- och sjukvårdslagen ges exempel på centrala aspekter som karaktäriserar god vård.⁶² Där framgår att god vård bland annat innebär att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och att den ska tillgodose patientens behov av trygghet, kvalitet och säkerhet. Vården ska också bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjuk-

⁵⁵ Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 71.

⁵⁶ 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), och patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), respektive patientdatalagen (2008:355).

⁵⁷ 1–2 §§ förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

⁵⁸ 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 1 kap. 6 § patientlagen (2014:821).

⁵⁹ Prop. 1981/82:97 *Om hälso- och sjukvårdslag m.m.*, s. 112 ff. och prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 92 f.

⁶⁰ 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 1 kap. 6 § patientlagen (2014:821).

⁶¹ 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁶² Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 95.

vårdspersonalen, och vara lättillgänglig.⁶³ Patienten ska få, och hälso- och sjukvårdspersonalen ska ge, sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁶⁴

Patientens ställning

Patientens roll och betydelsen av patientens delaktighet i hälso- och sjukvården har under de senaste decennierna kommit att uppmärksammas allt mer.⁶⁵ Ett uttryck för detta är till exempel införandet av patientlagen år 2014. Lagen innehåller bestämmelser som syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.⁶⁶ Bestämmelser om patientens ställning finns även i andra lagar, till exempel hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen, men genom att införa en särskild patientlag ville man synliggöra patienten som aktör och inte bara som ett objekt för vårdgivarens agerande.⁶⁷ I förarbetena till lagen framhålls också betydelsen av patientens medverkan för hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Patientens självbestämmande och rätt till information

Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och patientens självbestämmande och integritet ska respekteras.⁶⁸ Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke annat än i undantagsfall som på förhand reglerats i lag.⁶⁹

För att patienten ska kunna utöva sitt självbestämmande och ta ställning till om han eller hon vill acceptera den vård som erbjuds behöver patienten få, och förstå, relevant information om vården.

⁶³ 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁶⁴ 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821) och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och prop. 1993/94:149 *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.*, s. 63 ff.

⁶⁵ Exempel på åtgärder som vidtagits i syfte att utreda och stärka patientens ställning beskrivs bland annat i prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 32 ff.

⁶⁶ 1 kap. 1 § patientlagen (2014:821).

⁶⁷ Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 36 ff.

⁶⁸ 4 kap. 1 § och 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821), 5 kap. 1 § 2 och 3 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

⁶⁹ 4 kap. 2 § patientlagen (2014:821). Undantag från kravet på samtycke är exempelvis lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Bristande information kan även uppfattas som bristande respekt eller dåligt bemötande.⁷⁰ I patientlagen finns därför bestämmelser om vilken information en patient som minst ska få och att informationen ska anpassas till mottagarens individuella förutsättningar.⁷¹ Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av informationen.⁷²

I en handbok⁷³ om information och delaktighet som riktar sig till aktörer inom hälso- och sjukvården framhåller Socialstyrelsen bland annat att vissa funktionsnedsättningar kan ställa särskilda krav på både information och kontinuitet. Det anges att ett gott bemötande förutsätter god kunskap om funktionsnedsättningens konsekvenser vid planering och genomförande av vården. Funktionsnedsättningen kan exempelvis göra det svårt för personen att uttrycka sina symtom på ett tydligt sätt och då blir informationen från och till närstående, personal eller andra som känner personen viktig. I handboken framhålls att all information behöver ges på ett så enkelt och konkret sätt som möjligt och utifrån patientens förmåga att förstå och ta del av information. I vissa situationer kan det vara aktuellt med tolkstöd eller olika kognitiva hjälpmedel.⁷⁴

Patientens delaktighet som en förutsättning för god vård

Att göra patienten delaktig i vården handlar inte bara om att denne får makt över sin situation, utan det ses också som en förutsättning för god vård. I hälso- och sjukvårdslagen är respekt för patientens självbestämmande och integritet direkt kopplat till kravet på god vård.⁷⁵

I förarbetena till patientlagen framhålls att mycket talar för att patientens medverkan i planerings-, genomförande- och uppföljningsfasen ökar både kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvården. Det framhålls att forskning visar att patientens självkänsla och vilja att ta ansvar är viktiga faktorer för utfallet av vårdinsatsen och

⁷⁰ Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 37 f., 47 och 57.

⁷¹ 3 kap. 1–2 §§ och 6–7 §§ patientlagen (2014:821).

⁷² 3 kap. 6–7 §§ patientlagen (2014:821).

⁷³ Socialstyrelsen (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal, riktad till vårdgivare, chefer, personal*.

⁷⁴ Socialstyrelsen (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal, riktad till vårdgivare, chefer, personal*, s. 19 f.

⁷⁵ 5 kap. 1 § 3 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

att patienten därför bör ses som en partner i relationen med vårdgivaren och ges en aktiv roll i beslut kring den egna vården. Det framhålls att studier också visar att stöd till patientmedverkan och egenvård radikalt kan minska antalet läkar- och slutenvårdsbesök, minska antalet sjukskrivningsdagar och öka patienternas livskvalitet och självförtroende.⁷⁶

Patienternas synpunkter ska tas om hand

Patienternas synpunkter har en särskild roll i hälso- och sjukvårdsregelverket och klagomålshantering anses vara en viktig del i att uppmärksamma och förebygga vårdskador. I patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns särskilda bestämmelser om hur vårdgivare ska hantera klagomål.⁷⁷ I förarbeten till bestämmelserna i patientsäkerhetslagen framhålls att patienten ofta är den enda som har inblick i och har följt hela vårdförloppet och därför kan bidra med viktig information. En sådan hantering anses bidra till att utveckla och förbättra hälso- och sjukvården och att skapa förtroende och legitimitet för verksamheten.⁷⁸

Klagomålshantering är i första hand vårdgivarens ansvar. I varje region och kommun ska det dock också finnas en eller flera patientnämnder med uppgift att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivare och att få klagomål besvarade av vårdgivaren. Patientnämnderna ska också bland annat hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården och främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal.⁷⁹ Patientnämndernas uppdrag omfattar hälso- och sjukvård som bedrivs av regioner eller kommuner eller enligt avtal med regioner eller kommuner.⁸⁰

⁷⁶ Prop. 2013/14:106 Patientlag, s. 36.

⁷⁷ 3 kap. 8 a–b §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) och 5 kap. 3 a § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

⁷⁸ Prop. 2016/17:122 *Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården*, s. 25.

⁷⁹ 1–2 §§ lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

⁸⁰ 1 § lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

När patienten är ett barn

När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.⁸¹ Med barn avses personer under 18 år.

Vad som är barnets bästa måste avgöras utifrån förhållandena i varje enskilt fall. Bedömningen ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och ska, beroende på barnets ålder och mognad, utgå från underlag från vårdnadshavare och det som barnet själv ger uttryck för. Det kan också vara relevant att hämta in underlag från andra personer som har kunskap om barnet. Så långt som möjligt bör både långsiktiga och kortsiktiga konsekvenser av viss vård eller behandling beaktas.⁸²

Vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som gäller barnets personliga angelägenheter, till exempel hälso- och sjukvård.⁸³ I takt med barnets stigande ålder och utveckling ska vårdnadshavaren dock ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål.⁸⁴ Vikten av att lyssna på och ta hänsyn till barns vilja framhålls i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen).⁸⁵ Ett barns utrymme att självständigt begära eller neka vård beror på barnets ålder, mognad och vilken situation och vilken typ av vård det handlar om.⁸⁶

I patientsäkerhetslagen finns ett förbud mot att andra än hälso- och sjukvårdspersonal yrkesmässigt undersöker eller behandlar barn under åtta år för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd.⁸⁷ Bestämmelsen har sitt ursprung i 1960 års så kallade kvacksalverilag.⁸⁸ Avsikten med bestämmelsen är att värna patienternas säkerhet genom att förbjuda personer som saknar tillräcklig kompetens att yrkesmässigt utföra vissa typer av hälso- och sjukvårdsåtgärder.⁸⁹

⁸¹ 5 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 1 kap. 8 § patientlagen (2014:821).

⁸² Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 62 ff. och s. 112, och prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 98.

⁸³ 6 kap. 11 § föräldrabalken (1949:381).

⁸⁴ Socialstyrelsen (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal, riktad till vårdgivare, chefer, personal*, s. 17 f.

⁸⁵ Artikel 12 och 42 FN:s konvention om barnets rättigheter.

⁸⁶ Socialstyrelsen (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal, riktad till vårdgivare, chefer, personal*, s. 17 f.

⁸⁷ 5 kap. 1 § 6 patientsäkerhetslagen (2010:659).

⁸⁸ Upphävd lag (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

⁸⁹ Prop. 1997/98:109 *Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*, s. 104 ff., prop. 2009/10:210 *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 205.

Samordning och samverkan

Det är inte ovanligt att en person med omfattande funktionsnedsättningar behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, inklusive kommunala insatser enligt LSS. Samordning av insatser mellan olika huvudmän är då av stor betydelse för att den enskilde ska få en säker, sammanhållen och välfungerande vård och omsorg. Bestämmelser om huvudmännens skyldigheter att samverka med varandra finns därför i flera olika i lagar och föreskrifter.

På en övergripande nivå ska regionen ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om bland annat personer med funktionsnedsättning.⁹⁰

På en individuell nivå ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan när en person är i behov av insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Detta ska göras om regionen eller kommunen anser att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och den enskilde samtycker till det. Planen ska om möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och där ska framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska ansvara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan aktör och vilken av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.⁹¹ Det finns också särskilda bestämmelser som reglerar samverkan mellan region och kommun i samband med att en patient skrivs ut från den slutna hälso- och sjukvården.⁹² Bestämmelserna ska särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den legitimerade läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.⁹³

I betänkandet SOU 2018:39 *God och nära vård* beskrivs att det trots befintliga författningskrav fortfarande finns stora utmaningar i fråga om samordning och samverkan mellan huvudmännen inom hälso- och sjukvården och omsorgen, och att detta tenderar att drabba de mest utsatta/de med mest komplexa vårdbehov som samtidigt har sämst förutsättningar att samordna sin egen vård och föra sin egen talan i vården. En grupp som i hög grad uppges drabbas av bristande samordning är personer med funktionshinder som har in-

⁹⁰ 16 kap. 3 § första stycket 1 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁹¹ 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 6 kap. 4 § patientlagen (2014:821). Kommunens ansvar för planering och samordning framgår av bland annat 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) och 10 och 14 §§ LSS.

⁹² Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

⁹³ 2 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

satser beviljade enligt LSS, något som bland annat bekräftades i Riksrevisionens granskning av samordningen av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning år 2011.⁹⁴

3.5.2 Hälso- och sjukvårdens aktörer – huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal

Inom hälso- och sjukvården finns flera olika aktörer, eller roller, som det är viktigt att känna till för att förstå systemets uppbyggnad och placeringen av både det finansiella och det kvalitetsmässiga ansvaret. I detta avsnitt beskrivs de olika rollerna.

Vad är en huvudman och vad är en vårdgivare?

Huvudman

Det finns i dag många olika aktörer som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Det är däremot bara regioner och kommuner som har ett lagstadgat ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård, ett så kallat huvudmannaskap.⁹⁵ Den som är huvudman har det yttersta ansvaret för att säkerställa att vård erbjuds till de olika grupper som räknas upp i hälso- och sjukvårdslagen. Vården kan utföras av huvudmannen i egen regi, men måste inte göra det. Regioner och kommuner får nämligen i vissa fall, med bibehållet huvudmannaskap, sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som de ansvarar för, till exempel med en privat aktör. Detta framgår av 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

Vårdgivare

I 2 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen finns också begreppet vårdgivare. Detta begrepp omfattar inte bara huvudmännen, utan alla aktörer som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Det kan vara

⁹⁴ SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*, s. 270 f och Riksrevisionen (2011). *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Ett (o)lösligt problem*.

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

fråga om statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare.⁹⁶

När begreppet vårdgivare infördes i hälso- och sjukvårdslagen genom SFS 2017:30 framhölls att det i uttrycket ”bedriver” ligger att åtgärderna är av regelbundet återkommande karaktär. Det framhölls att begreppet vårdgivare inte tar sikte på den person som faktiskt utför hälso- och sjukvården. Ansvar som åligger en vårdgivare är detsamma oavsett om vårdgivaren samtidigt är huvudman för verksamheten eller inte. Det innefattar både vårdgivare med en offentlig huvudman och vårdgivare med annan huvudman, med eller utan offentlig finansiering. Den som bedriver både hälso- och sjukvård och annan verksamhet kan anses vara vårdgivare avseende den del som rör hälso- och sjukvård. Även vårdgivare som är underställda huvudmän vars verksamhet inte regleras i hälso- och sjukvårdslagen ska uppfylla kraven i hälso- och sjukvårdslagen i tillämpliga delar. Det gäller exempelvis vårdgivare som tillhandahåller elevhälsa enligt skollagen (2010:800) eller hälso- och sjukvård enligt fängelselagen (2010:610).⁹⁷

Vem ansvarar för vad? – Regioner och kommuner som huvudmän

Det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvården ligger hos de 21 regionerna, som ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom den egna regionen.⁹⁸ Kommunerna har dock ett lagreglerat ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård inom vissa typer av verksamheter. Det gäller boenden som är särskilt inrättade för service och omvårdnad för äldre, och bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning. Kommunerna ansvarar även för att erbjuda hälso- och sjukvård åt personer som vistas i så kallad daglig verksamhet.⁹⁹

När det gäller hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinarie boende ligger det primära ansvaret enligt hälso- och sjukvårdslagen hos regionerna, men även kommunerna får erbjuda sådan

⁹⁶ 2 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 1 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

⁹⁷ Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 88 f.

⁹⁸ 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). I 8 kap. 1–3 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anges till vilka andra personer som regionen ska erbjuda hälso- och sjukvård.

⁹⁹ 8 kap. 6 § och 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 3 kap. 6 § och 5 kap. 5 och 7 §§ socialtjänstlagen (2001:453).

hälso- och sjukvård.¹⁰⁰ Varje region har också möjlighet att helt överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård (huvudmannaskapet) till kommunen, om regionen och kommunen är överens om detta.¹⁰¹ Så som förhållandena är i dag har alla regioner utom region Stockholm ingått sådana överenskommelser. Kommunerna kompenseras ekonomiskt av regionerna. Under år 2016 var nästan 400 000 personer någon gång mottagare av kommunal hälso- och sjukvård.¹⁰²

Hälso- och sjukvård som ges av kommunen

I hälso- och sjukvårdslagen framgår att kommuner inte får erbjuda – och regioner inte får överlåta ansvaret för – sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare.¹⁰³

I propositionen till en nyligen föreslagen primärvårdsreform¹⁰⁴, angavs att kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – dvs. bland annat sådan hälso- och sjukvård som ges i särskilda boendeformer eller som efter avtal med regionen ges i patienternas egna hem – huvudsakligen är vård som ges på primärvårdsnivå. Där angavs också att:

Reglerna i HSL anger ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och ger samtidigt utrymme för lokala anpassningar. Exakt vilka insatser som kan ges i hemmet framgår inte av lag utan i det avtal som har ingåtts mellan huvudmännen. Den begränsning som tydligt framgår i HSL är alltså att läkarinsatser inte omfattas av kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård. I övrigt framgår inte någon tydlig begränsning av uppdragets omfattning. Det har ansetts lämpligt att regionen fortsatt ansvarar för avancerad sjukvård i hemmet. Det kan dock vara svårt att dra en exakt gräns för kommunens ansvar då gränsen mellan primärvård och annan specialiserad vård förändras i takt med bland annat den medicinska utvecklingen som möjliggör för allt fler kvinnor och män med sammansatta vårdbehov att få vård i hemmet.¹⁰⁵

Enligt regeringens bedömning har den kommunala hälso- och sjukvården, som står för cirka en fjärdedel av kostnaderna för hälso- och

¹⁰⁰ 12 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Av 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725) följer att kommuner inte får ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om.

¹⁰¹ 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

¹⁰² Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 15 f.

¹⁰³ 12 kap. 3 § och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

¹⁰⁴ Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

¹⁰⁵ Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*. s. 15–16. Förkortningen HSL syftar på hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

sjukvården, ofta till multisjuka och äldre patienter, en nyckelroll i utvecklingen till en mer nära vård. Samverkan mellan regioner och kommuner och ett ökat fokus på den kommunala hälso- och sjukvården anses därför vara centralt för att uppnå en god och nära vård.¹⁰⁶

Socialstyrelsen har i december 2020 gett ut ett meddelandeblad¹⁰⁷ avseende kommunal hälso- och sjukvård som syftar till att ge en ökad kunskap om de författningar som styr den kommunala hälso- och sjukvården.

Vad det innebär att vara en vårdgivare

Den som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet är en vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Det krävs inte något särskilt tillstånd för att bli vårdgivare, men den som avser att bedriva sådan verksamhet ska anmäla det till IVO innan verksamheten påbörjas.¹⁰⁸ Det faktum att hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivs aktiverar per automatik de skyldigheter som framgår av hälso- och sjukvårdens regelverk.

En vårdgivare har ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.¹⁰⁹ En vårdgivare ska till exempel:

- utse en verksamhetschef som svarar för verksamheten.¹¹⁰ Denne har det övergripande ansvaret och ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.¹¹¹ Verksamhetschefen behöver inte ha medicinsk kompetens, men utan sådan kompetens får han eller hon inte bestämma över vård och behandling av patienter.¹¹²

¹⁰⁶ Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 15–16.

¹⁰⁷ Socialstyrelsen (2020). Meddelandeblad nr 9/2020 *Kommunal hälso- och sjukvård*.

¹⁰⁸ 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659). I enlighet med 2 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) förs uppgifterna hos IVO in i ett register, det så kallade vårdgivarregistret.

¹⁰⁹ 3 kap. 1–3 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹¹⁰ 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

¹¹¹ 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

¹¹² 4 kap. 4 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

- ansvara för att det finns hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.¹¹³
- se till att regler om till exempel personuppgiftshantering och dokumentation i patientjournal efterlevs.¹¹⁴
- se till att verksamheten har ett ledningssystem, det vill säga de rutiner och processer som behövs för att verksamheten ska ha en hög kvalitet. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.¹¹⁵
- bedriva ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete som bland annat innefattar att ta emot klagomål och synpunkter, utöva egenkontroll och utreda och anmäla händelser som kan leda till vårdskador.¹¹⁶
- dokumentera det organisatoriska ansvaret för patientsäkerheten och varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.¹¹⁷
- ha en patientförsäkring som täcker ersättning för skador.¹¹⁸

Kraven på dokumentation, patientförsäkring och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete utvecklas närmare i avsnitt 3.5.4–3.5.5.

Särskilt om kommuner som vårdgivare

Inom kommunens hälso- och sjukvård ska det finnas en eller flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS).¹¹⁹ Denna har ett särskilt ansvar bland annat för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, att patienten får den hälso-

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

¹¹⁴ Patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

¹¹⁵ 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

¹¹⁶ 3 kap. 1–8 b §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).

¹¹⁷ 3 kap. 9–10 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) och 7 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

¹¹⁸ 12 § patientskadelagen (1996:799).

¹¹⁹ 11 kap. 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

och sjukvård som läkare ordinerat och att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten. Denna ansvarar även särskilt för att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering av vårdskador och risker för vårdskador samt för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov.¹²⁰

Hälso- och sjukvårdspersonal

Vem är hälso- och sjukvårdspersonal?

Den omständigheten att en person är anställd av en vårdgivare innebär inte per automatik att denne är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal. Vilka som utgör hälso- och sjukvårdspersonal regleras i 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen. Där framgår att med hälso- och sjukvårdspersonal avses bland annat

- den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården,
- personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter, och
- den som i annat fall vid hälso- och sjukvård biträder en legitimerad yrkesutövare.¹²¹

Av förarbetena framgår att de som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvårdens område alltid betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal i den utsträckning som de har hälso- och sjukvårdsuppgifter, det vill säga oavsett var de är verksamma.¹²²

Utgångspunkten är också att även icke-legitimerad personal som arbetar på ett sjukhus eller vårdinrättning utgör hälso- och sjukvårdspersonal. Förutsättningen är att de medverkar i hälso- och sjukvård av patienter.¹²³ Även personal som fullgör indirekta patientupp-

¹²⁰ 5 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

¹²¹ I 1 kap. 4 § första stycket 4–6 patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att hälso- och sjukvårdspersonal även kan vara exempelvis viss apotekspersonal, personal vid Giftinformationscentralen och personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning.

¹²² 1 kap. 4 § första stycket 1 patientsäkerhetslagen (2010:659) och prop. 1993/94:149 *Åliggeranden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.*, s. 56 f.

¹²³ 1 kap. 4 § första stycket 2 patientsäkerhetslagen (2010:659).

gifter, så som exempelvis inställning av medicinteknisk apparatur kan utgöra hälso- och sjukvårdspersonal.¹²⁴

Icke-legitimerad personal som arbetar på andra platser än just sjukhus och andra vårdinrättningar kan enligt punkten 3 också utgöra hälso- och sjukvårdspersonal. En förutsättning för detta är att de vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare.¹²⁵ I förarbetena anges att detta exempelvis kan gälla inom delar av kommunernas äldreomsorg och på vissa laboratorier som leds av legitimerade yrkesutövare.¹²⁶

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonal har vissa personliga skyldigheter enligt 6 kap. patientsäkerhetslagen. I hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar ingår att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och att ge patienterna sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.¹²⁷ Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och patienten ska visas omtanke och respekt.¹²⁸ Hälso- och sjukvårdspersonalen är också skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och har en skyldighet att rapportera exempelvis risker för vårdskador.¹²⁹

Hälso- och sjukvårdspersonal står under tillsyn av IVO.¹³⁰

Särskilt om legitimationsyrken

För vissa yrken i hälso- och sjukvården krävs en så kallad legitimation. Det förutsätter att man gått igenom en viss utbildning och i vissa fall även fullgjort praktisk tjänstgöring.¹³¹ Legitimationen ska vara en garanti för att personen har de kunskaper, färdigheter och egenskaper som krävs för yrket. Exempel på legitimationsyrken är

¹²⁴ Prop. 1993/94:149 *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.*, s. 56 f.

¹²⁵ 1 kap. 4 § första stycket 3 patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹²⁶ Prop. 1993/94:149 *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.*, s. 55 ff. och prop. 1997/98:109 *Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*, s. 60 f.

¹²⁷ 6 kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹²⁸ 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹²⁹ 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹³⁰ 7 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹³¹ 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

sjuksköterska, läkare, fysioterapeut och logoped.¹³² Endast den som har en legitimation eller särskilt förordnande får använda titeln.

En person som innehar en legitimation och som av något skäl utgör en risk för patientsäkerheten riskerar att förlora sin legitimation eller att åläggas en treårig prövotid. Detta sker då efter utredning av IVO och en efterföljande anmälan till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).¹³³ En vårdgivare har en skyldighet att anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en person som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren kan utgöra en fara för patientsäkerheten.¹³⁴

3.5.3 Dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser

Vid vård av patienter ska det föras patientjournal för varje patient.¹³⁵ Patientjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Patientjournalen ska innehålla väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården och väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.¹³⁶ Den ska även innehålla exempelvis tidpunkten för varje vårdkontakt som patienten haft eller som planeras, uppgifter om behandlande åtgärder, uppgifter om samtycke och återkallade samtycken samt patientens önskemål om vård och behandling. Det åligger vårdgivaren att säkerställa att patientjournalerna innehåller uppgifterna.¹³⁷ Skyldig att föra patientjournal är bland annat den som enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke.¹³⁸

Syftet med journalen är i första hand att bidra till att patienten får en god och säker vård. Den är också en informationskälla för patienten, för uppföljning och utveckling av verksamheten, för tillsyn och rättsliga krav och för uppgiftsskyldighet enligt lag.¹³⁹

¹³² 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹³³ 7 kap. 30 § och 8 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹³⁴ 3 kap. 7 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹³⁵ 3 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355).

¹³⁶ 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355).

¹³⁷ 5 kap. 3 och 5 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter.

¹³⁸ 3 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355).

¹³⁹ 3 kap. 2 § patientdatalagen (2008:355).

3.5.4 Ansvar för hälso- och sjukvårdens kvalitet

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kravet på god vård uppfylls, vilket bland annat innebär att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.¹⁴⁰ Inom hälso- och sjukvården finns ansvar på flera olika nivåer.

Av avgörande betydelse för kvalitet och patientsäkerhet är givetvis att det finns den personal, de lokaler och den utrustning som behövs. Det är vårdgivarens ansvar att se till att det finns personal med den kompetens som behövs för att ge en god vård och fullgöra de uppgifter som ankommer på verksamheten.¹⁴¹ Bland annat ska det alltid finnas en verksamhetschef.¹⁴² Utöver detta ställs krav på den som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet att arbeta aktivt och systematiskt för att säkerställa patientsäkerheten och verksamhetens kvalitet. Även den enskilda hälso- och sjukvårdspersonalen har ett uttryckligt ansvar i detta.

Huvudmännens och vårdgivarnas ansvar för verksamhetens kvalitet

Skyldighet att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Det yttersta ansvaret för den vård som ges inom en hälso- och sjukvårdsverksamhet ligger hos den som bedriver verksamheten, det vill säga hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen och hos vårdgivarna. I lagstiftningen framgår att verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras, och att varje vårdgivare ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls.¹⁴³ Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador och ska även utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade

¹⁴⁰ 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

¹⁴¹ 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och prop. 1995/96:176 *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*, s. 52 f. Se även Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård, under rubriken arbetsledning.

¹⁴² 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

¹⁴³ 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

kunnat medföra vårdskada.¹⁴⁴ Detta kan uttryckas som att vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Formerna för det systematiska kvalitetsarbetet regleras närmare i bland annat Socialstyrelsens så kallade ledningsföreskrift¹⁴⁵. Där framgår att vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.¹⁴⁶ Vårdgivaren ska bland annat:

- identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs. Rutinerna ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten,¹⁴⁷
- identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada,¹⁴⁸
- säkerställa att personalen arbetar i enlighet med de processer och rutiner som finns.¹⁴⁹

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns en risk för att händelser skulle kunna inträffa som har betydelse för verksamhetens kvalitet (riskanalys). För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.¹⁵⁰ Vårdgivaren ska även utföra egenkontroll och hantera avvikelser och klagomål.¹⁵¹ Man ska vidta de åtgärder som krävs för att säkra verk-

¹⁴⁴ 3 kap. 2–3 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹⁴⁵ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete.

¹⁴⁶ 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete.

¹⁴⁷ 4 kap. 2–4 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete och 6 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).

¹⁴⁸ 4 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete.

¹⁴⁹ 6 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete och 6 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).

¹⁵⁰ 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete.

¹⁵¹ 5 kap. 2, 3a och 6 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete.

samhetens kvalitet och vid behov förbättra de processer och rutiner som finns.¹⁵²

I förarbetena till patientsäkerhetslagen framhålls att för att leda komplexa verksamheter som hälso- och sjukvård så att de uppfyller kraven på god vård krävs det systematisk planering, ledning och kontroll av att verksamheten bedrivs på avsett sätt. Vårdgivaren måste fortlöpande undersöka vilka risker som finns och vidta de åtgärder som är nödvändiga för att undanröja riskerna eller, om det inte går, hålla dem under kontroll. Detta ställer krav på ett system för insamling av iakttagelser och information om risker. Det framhålls att det utöver avvikelserapportering från hälso- och sjukvårdspersonalen finns många andra sätt att inhämta information med betydelse för patientsäkerhetsarbetet. Exempel som nämns är intervjuer med eller enkäter till patienter, regelbundna observationer för att mäta följsamhet till fastställda rutiner eller att ta del av ärenden i tillsynsverksamheter. Vissa verksamheter är mer riskfyllda än andra varför högre krav kan ställas på att vårdgivare i sådana verksamheter har ett mer aktivt patientsäkerhetsarbete än i verksamheter där riskerna är få och konsekvenserna av negativa händelser är mindre allvarliga.¹⁵³

Rapporteringskyldighet och lex Maria

De som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har en skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.¹⁵⁴ Vårdgivaren har i sin tur ett ansvar att utreda händelserna och vidta de åtgärder som behövs.¹⁵⁵ Om det är fråga om händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada som är allvarlig ska vårdgivaren anmäla det till IVO, en så kallad anmälan enligt lex Maria.¹⁵⁶

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete beskrivs när-

¹⁵² 5 kap. 7–8 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete.

¹⁵³ Prop. 2009/10:210 *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 84 ff.

¹⁵⁴ 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹⁵⁵ 3 kap. 2–3 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

¹⁵⁶ 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och 5 kap. och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

mare vilka slags händelser som ska utredas, hur utredningen ska gå till, vad utredningen ska innehålla och vilka som ska informeras.¹⁵⁷

Klagomålshantering

Som en del i skyldigheten att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete finns en skyldighet för vårdgivaren att hantera klagomål från patienter.¹⁵⁸ En välfungerande klagomålshantering är en central del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet eftersom det bidrar till att uppmärksamma och förebygga vårdskador. Det är viktigt att vårdgivaren i ett tidigt skede får ta del av patienters och deras närståendes upplevelser så att eventuella fel och brister kan åtgärdas så snart som möjligt. En mer effektiv hantering av klagomålen hos vårdgivarna bidrar på så sätt till en mer patientsäker verksamhet och till ett lärande inom vården.¹⁵⁹

Patientsäkerhetsberättelse

Som en del i det systematiska kvalitetsarbetet har vårdgivaren också en skyldighet att varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse som också ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den, exempelvis patienter, andra vårdgivare eller patientorganisationer.¹⁶⁰ Där ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts. Där ska bland annat även framgå hur patientsäkerheten följts upp och utvärderats genom egenkontroll, hur samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada samt hur risker för vårdskador har hanterats.¹⁶¹ Kravet på upprättande av en patientsäkerhetsberättelse syftar till att förstärka vårdgivarens kontroll över patientsäkerhetsarbetet och underlätta tillsyn över verksamheten.¹⁶²

¹⁵⁷ 3 kap. 3, 4 och 8 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) samt 3–4 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

¹⁵⁸ 3 kap. 8 a–b §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) och 5 kap. 3 a § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

¹⁵⁹ Prop. 2016/17:122 *Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården*, s. 29 f.

¹⁶⁰ 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och prop. 2009/10:210 *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 93 ff.

¹⁶¹ 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och 7 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

¹⁶² Prop. 2009/10:210 *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 93 ff.

Verksamhetschefens ansvar

I varje verksamhet där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas en verksamhetschef som ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.¹⁶³ Inom den kommunala hälso- och sjukvården ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska.¹⁶⁴

Verksamhetschefen har inom ramen för de personella och övriga resurser som vårdgivaren ställer till förfogande, att leda arbetet och att fördela arbetsuppgifterna allt efter art och svårighetsgrad och med hänsyn till behovet av kompetens och yrkeserfarenhet. Verksamhetschefen svarar för att den personal som ska utföra olika arbetsuppgifter har den kompetens som behövs. Verksamhetschefen eller den medicinskt ansvariga sjuksköterskan är ytterst ansvarig för att delegeringar sker på ett korrekt sätt.¹⁶⁵

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Även om det yttersta ansvaret för en verksamhets kvalitet ligger hos huvudmännen och vårdgivarna så ligger ett stort ansvar också på den enskilda hälso- och sjukvårdspersonalen. I patientsäkerhetslagen finns ett uttryckligt krav på hälso- och sjukvårdspersonalen att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och det framgår att sådan personal själv ansvarar för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter (angående vem som är hälso- och sjukvårdspersonal, se avsnitt 3.5.2).¹⁶⁶ Hälso- och sjukvårdspersonal har en skyldighet att bidra till att upprätthålla en hög patientsäkerhet.¹⁶⁷

Av stor betydelse för säkerställandet av kvalitet i hälso- och sjukvården är att det i den mån som det är fråga om mer kvalificerade hälso- och sjukvårdsuppgifter ska detta utföras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med utbildning för uppgiften, alternativt av

¹⁶³ 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) och prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 93 f.

¹⁶⁴ 11 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

¹⁶⁵ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård, under rubrikerna arbetsledning respektive delegering.

¹⁶⁶ 6 kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹⁶⁷ 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

personal som vid en individuell bedömning bedömts ha tillräcklig utbildning och erfarenhet för uppgiften (delegation)¹⁶⁸.

Även patientnämnderna har en roll i utveckling av kvaliteten inom hälso- och sjukvården

Som tidigare nämnts ska det i varje region och kommun finnas patientnämnder som har som huvudsaklig uppgift att hjälpa patienter vid klagomål.¹⁶⁹ Förutom att fungera som stöd för patienterna har patientnämnderna även en roll när det gäller utvecklingen av kvaliteten inom hälso- och sjukvården. De ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar. Detta genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma regionen eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av vården.¹⁷⁰ Regionerna och kommunerna ska också organisera sin verksamhet så att slutsatser av de analyser som patientnämnderna gör tas om hand och bidrar till hälso- och sjukvårdens utveckling.¹⁷¹

3.5.5 Möjlighet till ersättning vid skada i samband med hälso- och sjukvård

Om en patient skulle råka skadas i samband med hälso- och sjukvård kan hen i vissa fall få ekonomisk ersättning enligt patientskadlagen, så kallad patientskadeersättning.¹⁷²

När ersättning kan ges enligt patientskadlagen

En förutsättning för patientskadeersättning är dels att det är fråga om personskada, dels att skadan uppkommit i samband med hälso- och sjukvård som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patient-

¹⁶⁸ Se till exempel Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

¹⁶⁹ 2 § första stycket lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

¹⁷⁰ 3 § lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

¹⁷¹ 6 § lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

¹⁷² 1 och 3 §§ patientskadlagen (1996:799).

säkerhetslagen, det vill säga av hälso- och sjukvårdspersonal (vem som är hälso- och sjukvårdspersonal, se avsnitt 3.5.2).¹⁷³

Kortfattat kan man säga att patientskadeersättning kan bli aktuell i de fall som skadan hade kunnat undvikas om rätt åtgärder hade utförts vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Enligt 6 § patientskadelagen kan patientskadeersättning lämnas om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av bland annat:

- undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt,
- fel hos medicinteknisk produkt eller sjukvårdsutrustning använd vid undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller felaktig hantering därav,
- förordnande eller utlämnande av läkemedel i strid med föreskrifter eller anvisningar.

I fråga om undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd ska vårdåtgärderna vara den direkta orsaken till skadan för att det ska finnas en rätt till ersättning. Det utesluter skador som uppkommer eller utvecklas oberoende av vården.

Rätt till ersättning kan finnas om det objektivt sett hade varit möjligt att undvika skadan genom att utföra åtgärden på ett annat sätt eller genom att välja en annan åtgärd. För att skadan ska ge rätt till ersättning ska dock att det alternativa förfarandet dels tillgodose patientens vårdbehov, dels ge en totalt sett lägre risknivå. Förfarandet ska också ha varit tillgängligt vid behandlingstillfället. Med *förfarande* avses både behandlingsteknik och behandlingsmetod. Bedömningen ska ske i efterhand med utgångspunkt i den faktiska kunskapen vid skaderegleringstillfället om patientens konstitution och hälsotillstånd vid behandlingstillfället. Detta gäller oavsett om den kunskapen fanns vid behandlingstillfället eller inte. Prövningen görs individuellt och patientens vårdbehov samt fysiska och psy-

¹⁷³ 5 och 6 §§ patientskadelagen (1996:799).

kiska status påverkar skaderisken. Även om behandlingen är identisk i två fall kan alltså risken för komplikationer variera.¹⁷⁴

Enligt patientskadelagen kan patienten få ersättning om hen kan visa att det föreligger *övervägande sannolikhet* för att skadan är orsakad av vården.¹⁷⁵ Den bevisbörda som ligger på patienten är därmed lägre än vad som hade varit fallet om ersättning i stället skulle ha begärts i form av skadestånd. För att få skadestånd enligt skadeståndslagen behöver patienten nämligen kunna bevisa både att skadan orsakats av fel eller försummelse av vårdgivaren eller någon anställd, *och* att skadan varit en direkt följd av en felaktig behandling.¹⁷⁶ Att göra det kan vara svårt för patienten, bland annat eftersom förhållandena inom hälso- och sjukvården ofta är komplicerade och svåra att utreda utan särskild sakkunskap.¹⁷⁷ Genom patientskadelagen är alltså tröskeln för patienten att få ersättning lägre än vad som annars hade varit fallet. Patienter som drabbats av skada kan dock fortfarande välja att kräva skadestånd i stället för att söka patientskadeersättning.¹⁷⁸

Patientskadeersättningen kan avse sjukvårdskostnader, inkomstförlust, fysiskt och psykiskt lidande av övergående natur (sveda och värk) eller av bestående art (lyte och men).¹⁷⁹ Ersättningens storlek bestäms enligt reglerna i skadeståndslagen och till exempel med hjälp av Trafikskadenämndens ersättningstabeller. Detta innebär att samma ersättning lämnas som om ärendet skulle ha prövats i domstol.¹⁸⁰

Det är försäkringsbolaget som utreder och beslutar om patienten har rätt till patientskadeersättning. En patient som inte är nöjd med försäkringsbolagets beslut kan vända sig till Patientskadenämnden eller till allmän domstol för att få saken prövad.¹⁸¹

¹⁷⁴ Prop. 1995/96:187 *Patientskadelag m.m.*, s. 34 och 81. e även SOU 2004:12 *Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen – en översyn*, s. 45 ff.

¹⁷⁵ 6 § patientskadelagen (1996:799).

¹⁷⁶ Se 3 kap. 1 § och 4 kap. 1 § skadeståndslagen (1972:207).

¹⁷⁷ Prop. 1995/96:187 *Patientskadelag m.m.*, s. 12 f.

¹⁷⁸ 18 § patientskadelagen (1996:799).

¹⁷⁹ Prop. 1995/96:187 *Patientskadelag m.m.*, s. 53.

¹⁸⁰ 8 § patientskadelagen (1996:799) och 5 kap. 1–5 §§ skadeståndslagen (1972:207). Även www.lof.se/patient/faq/ (hämtad 2021-03-26).

¹⁸¹ 17–17 a och 23–24 §§ patientskadelagen (1996:799) och prop. 1995/96:187 *Patientskadelag m.m.*, s. 64 f. och 68 ff.

Vårdgivare är skyldiga att ha en patientförsäkring

Alla vårdgivare¹⁸² har skyldighet att ha en försäkring som täcker det ersättningsansvar som kan uppkomma enligt patientskadelagen.¹⁸³ Detta krav är menat att säkerställa att patienten ska kunna få ut sin ersättning oberoende av vårdgivarens ekonomiska förutsättningar, det vill säga även om vårdgivaren skulle sakna ekonomiska resurser. Om en vårdgivare i strid med patientskadelagen skulle sakna patientförsäkring har patienten ändå samma rätt till ersättning. Det är då övriga försäkringsgivare i en så kallad patientförsäkringsförening som betalar ut ersättningen. Försäkringsgivarna kan därefter återkräva beloppet från den oförsäkrade vårdgivaren.¹⁸⁴

Patientförsäkringen växte fram på sjukvårdshuvudmännens eget initiativ flera år innan patientskadelagen infördes. Försäkringen skapades på grund av att det var svårt för patienter att få ersättning för behandlingsskador genom det skadeståndsrättsliga systemet.¹⁸⁵

Den i dag största försäkringsgivaren av patientförsäkringar är Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf) som finansieras och ägs av Sveriges regioner. Det är endast regionfinansierad vård som kan anmälas till Löf. År 2019 och 2020 inkom 17 900 respektive 17 400 anmälningar till Löf. Båda åren utgavs ersättning för cirka 43 procent av de skador som anmäls.¹⁸⁶ Kommunal vård och icke-regionsfinansierad hälso- och sjukvård omfattas inte av Löfs försäkring. De är således hänvisade till andra försäkringsbolag för tecknande av patientförsäkring.

¹⁸² I 5 § patientskadelagen (1996:799) definieras vårdgivare som statlig myndighet, region eller kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) samt enskild som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

¹⁸³ 12 § patientskadelagen (1996:799).

¹⁸⁴ 14–15 och 17 §§ patientskadelagen (1996:799).

¹⁸⁵ Prop. 1995/96:187 *Patientskadelag m.m.*, s. 24 f. Se även SOU 2004:12 *Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen – en översyn*, s. 34 ff.

¹⁸⁶ LÖF Årsredovisning 2019 och *Anmälningar till LÖF 2020 – För hela Sverige*, <https://lof.se/filer/Statistik-2020-Hela-Sverige.pdf> (hämtad 2021-03-26).

3.5.6 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Vad innebär en delegering och vad kan delegeras?

Delegering innebär att någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och som har utbildning (är formellt kompetent) för att utföra en medicinsk arbetsuppgift överlåter denna till en annan person som saknar formell kompetens, men som har faktisk (reell) kompetens för uppgiften.¹⁸⁷ Bestämmelser om delegering finns bland annat i 6 kap. patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

För de flesta arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården finns inte några särskilda bestämmelser som anger vem som får utföra uppgifterna. Sådana oreglerade arbetsuppgifter får vårdgivaren fördela utan ett delegeringsförfarande.¹⁸⁸ Utgångspunkten är dock att vårdgivaren alltid måste se till att det finns personal med kompetens för att fullgöra uppgiften.¹⁸⁹ En förutsättning för att delegering ska få ske är alltid att detta är förenligt med en god och säker vård.¹⁹⁰ Det finns särskilda regler om delegering av läkemedelshantering, detta beskrivs närmare i avsnittet nedan.

Ansvar för en delegering ligger i första hand på den person som fattat delegeringsbeslutet.¹⁹¹ Det yttersta ansvaret för att delegeringar sker på rätt sätt ligger dock hos verksamhetschef eller motsvarande eller, inom kommun, hos den medicinskt ansvariga sjuksköterskan.¹⁹²

¹⁸⁷ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård. Med formell kompetens avses bland annat legitimation för yrket eller godkänd högskoleutbildning som leder till yrkesexamen enligt särskild examensbeskrivning.

¹⁸⁸ Socialstyrelsen (2019). *Handbok om tillämpning av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården*, s. 51.

¹⁸⁹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

¹⁹⁰ 6 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård, och 9 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

¹⁹¹ 6 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹⁹² Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård, och 9 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

Delegering till personal utanför den egna verksamheten

Socialstyrelsens föreskrift om delegering gäller inom hälso- och sjukvården. Den gäller oavsett om delegeringen sker inom den egna organisationen eller över en verksamhets- eller vårdgivargräns. Exempel på en delegering över en verksamhets- eller vårdgivargräns är när en regionanställd distriktssköterska överlåter en uppgift till en undersköterska inom kommunal eller enskild hälso- och sjukvård.¹⁹³

I vår utredning har vi kunnat se att det förekommer att delegationsbeslut fattas av personal inom hälso- och sjukvården om att medicinska arbetsuppgifter får utföras av personal som arbetar i verksamheter som inte betraktar sig som vårdgivare. Exempel på detta är när uppgifter efter ett delegationsbeslut överlämnas till en personlig assistent som är anställd hos en privat assistansanordnare eller enskild arbetsgivare. Det finns en uppfattning att utförandet av den delegerade uppgiften i dessa situationer skulle omfattas av hälso- och sjukvårdens regelverk, men att den verksamhet där assistenten arbetar ändå inte skulle vara en vårdgivare. Det finns dock inte något stöd i lagstiftningen för att det skulle förhålla sig så.

Delegeringen kan medföra att den utförande verksamheten blir en vårdgivare

Om den delegerade uppgift som assistenten utför är en åtgärd för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador omfattas åtgärden av definitionen av hälso- och sjukvård i 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Om då assistentens arbetsgivare – i och med att personalen utför hälso- och sjukvårdsuppgifter – kan anses bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet så är denne per definition en vårdgivare enligt 2 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen. Som beskrivits i avsnitt 3.5.2 ligger i uttrycket *bedriver* att åtgärderna är av regelbundet återkommande karaktär.

Om så skulle vara fallet ska denne anmäla verksamheten till IVO och även uppfylla de övriga krav som gäller för vårdgivare enligt exempelvis hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen, patientlagen, patientdatalagen och olika föreskrifter från Socialstyrelsen.

¹⁹³ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård, s. 5. Delegering över verksamhets- eller vårdgivargräns benämndes tidigare ”anvisning”.

Inte självklart att den utförande personalen blir hälso- och sjukvårdspersonal

Det är endast personal som utgör hälso- och sjukvårdspersonal i patientsäkerhetslagens mening som lyder under bestämmelserna om personligt yrkesansvar i 6 kap. patientsäkerhetslagen.¹⁹⁴ Det är också bara när uppgifter utförs av sådan personal som patientskadelagen blir tillämplig vid en eventuell skada.¹⁹⁵ Icke-legitimerad personal som arbetar hemma hos en enskild blir dock inte per automatik hälso- och sjukvårdspersonal bara för att hen utför hälso- och sjukvårdsuppgifter.

En personlig assistent arbetar hemma hos den enskilde, det vill säga varken på sjukhus eller annan vårdinrättning (jfr 1 kap. 4 § första stycket 2 patientsäkerhetslagen). Av 1 kap. 4 § första stycket 3 patientsäkerhetslagen följer att denne då kan utgöra hälso- och sjukvårdspersonal om hen kan anses *i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträda en legitimerad yrkesutövare*. Exempel som nämns i bestämmelsens förarbeten är personal som arbetar på kommunala inrättningar för vård och boende som biträder när en legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utför hälso- och sjukvårdsuppgifter.¹⁹⁶ Att assistentens arbetsgivare är en vårdgivare innebär dock inte att det är självklart att det inom den egna verksamheten finns någon legitimerad yrkesutövare som assistenten kan anses biträda i den mening som avses i patientsäkerhetslagen. Det finns nämligen varken i hälso- och sjukvårdslagen eller i patientsäkerhetslagen något uttryckligt krav på att det inom en vårdgivares verksamhet ska finnas personal med yrkeslegitimation på hälso- och sjukvårdens område (även om detta torde kunna vara av betydelse för att god vård ska kunna ges enligt 5 kap. 1–2 §§ hälso- och sjukvårdslagen). Detta kan jämföras med att det när kommuner är vårdgivare finns egen legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, medicinskt ansvarig sjuksköterska, som den icke-legitimerade personalen exempelvis skulle kunna anses biträda.

Det är inte heller klarlagt varken i lag eller förarbeten om mottagandet av en delegation från någon utanför den egna verksamheten, som inte heller är närvarande vid utförandet, innebär att personen kan anses biträda en legitimerad yrkesutövare (den som gett delega-

¹⁹⁴ Se mer om hälso- och sjukvårdspersonal och dennes ansvar i avsnitt 3.5.4.

¹⁹⁵ 5 § patientskadelagen (1996:799). Se mer om patientförsäkringen i avsnitt 3.5.5.

¹⁹⁶ Prop. 1993/94:149 *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.*, s. 59.

tionen) vid hälso- och sjukvård av patienter enligt definitionen i 1 kap. 4 § första stycket 3 patientsäkerhetslagen. Det kan enligt vår mening inte tas för självklart att så är fallet.

Det finns särskilda regler om delegering av läkemedelshantering

Iordningsställande, administrering och överlämning av läkemedel är exempel på uppgifter som är särskilt reglerade på så sätt att det endast får utföras av personal som är behörig, antingen genom egen yrkeslegitimation eller efter delegering.¹⁹⁷ Detta framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården. Delegering av läkemedel får endast ske i enlighet med läkemedelsföreskriften.

Vid delegering av läkemedelshantering ska uppgiftsmottagaren ha dokumenterade kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen.¹⁹⁸ Av vårdgivarens rutiner ska framgå i vilka situationer och under vilka förutsättningar som det är förenligt med en god och säker vård att delegera iordningsställande, administrering och överlämning av läkemedel. Av rutinerna ska också framgå vilken kompetens och kunskap som krävs av den som får i uppgift att hantera läkemedel.¹⁹⁹ Avseende formerna för delegering gäller de övergripande reglerna i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

3.6 Egenvård – Vad gäller?

3.6.1 Egenvård – ett begrepp med olika betydelser

Inledningsvis är det viktigt att känna till att begreppet egenvård rymmer mer än en betydelse och att den innebörd som läggs i begreppet skiljer sig mellan olika aktörer och olika sammanhang.

I det allmänna språkbruket och i hälso- och sjukvårdens fackspråk syftar egenvård på situationer när patienten själv har tagit be-

¹⁹⁷ 7 kap 1 § och 9 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

¹⁹⁸ 9 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

¹⁹⁹ 9 kap. 7–8 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

slut om vilken vårdåtgärd som bör vidtas, det vill säga utan någon direkt ordination från hälso- och sjukvården, men möjligen med stöd av allmänt hållna råd från apotekspersonal eller 1177 Vårdguiden.²⁰⁰ Det kan till exempel vara att vid enkla och vardagliga sjukdomar och skador använda receptfria läkemedel, lägga om sår eller lindra huvudvärk.²⁰¹ Denna betydelse av begreppet egenvård ligger också i linje med de beskrivningar som ges i förarbeten till 1 kap. 6 § lagen (2009:730) om handel med vissa receptfria läkemedel och 2 kap. 6 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel. Där anges bland annat att med egenvård avses åtgärder som den enskilde själv kan vidta, till skillnad från insatser som utförs av hälso- och sjukvården.²⁰² Det anges att i de flesta fall torde ett läkemedel anses lämpligt för egenvård om en diagnos inte behöver ställas av en förskrivare (exempelvis en läkare) inför varje användningsperiod av läkemedlet. Det vill säga om konsumenten själv kan ställa diagnos eller känna igen symptomen efter att en förskrivare tidigare har ställt diagnos.²⁰³

En annan betydelse som många gånger läggs i begreppet egenvård är att det handlar om hälso- och sjukvårdsåtgärder som legitimerad personal inom hälso- och sjukvården i det enskilda fallet har bedömt att den enskilde kan utföra själv eller med hjälp av någon annan, utanför hälso- och sjukvårdslagens tillämpningsområde. I dessa fall handlar det alltså om situationer då det förutsätts att en faktisk kontakt med hälso- och sjukvården har skett. Denna användning av begreppet används exempelvis i Socialstyrelsens föreskrifter²⁰⁴ och är väl etablerat inom exempelvis den personliga assistansen och assistansersättningen.²⁰⁵

Den största skillnaden i användningen av begreppet egenvård är alltså att man i vissa fall syftar på åtgärder som den enskilde utför efter egen bedömning, medan utgångspunkten i det andra fallet är

²⁰⁰ Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning*.

²⁰¹ SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*, s. 180.

²⁰² Prop. 2008/09:190 *Handel med vissa receptfria läkemedel*, s. 54 f. och 137, och prop. 2008/09:145 *Omreglering av apoteksmarknaden*, s. 139 och 422.

²⁰³ Prop. 2008/09:190 *Handel med vissa receptfria läkemedel*, s. 54 f. och 137.

²⁰⁴ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

²⁰⁵ Se till exempel prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*, s. 15. HFD 2021 ref. 11. HFD 2018 ref. 21. Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27. Socialstyrelsen (2017), *Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet – En analys av hur kommuner och brukare påverkas*.

att en bedömning i det individuella fallet har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonal.²⁰⁶

Vår användning av begreppet egenvård

När begreppet egenvård fortsättningsvis används i detta betänkande syftar begreppet uteslutande på de situationer då utförandet av åtgärden föregåtts av en kontakt med legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Skälet till att vi fortsätter att använda begreppet egenvård trots att det har flera betydelser är att detta begrepp används i Socialstyrelsens föreskrifter och är väl etablerat inom den personliga assistansen och andra insatser enligt LSS.

3.6.2 Vad finns det för reglering som möjliggör egenvård?

Att legitimerad personal inom hälso- och sjukvården i enskilda fall kan bedöma vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder som den enskilde kan utföra själv eller med hjälp av någon annan, utanför hälso- och sjukvårdslagen tillämpningsområde, anses vara en väletablerad ordning.²⁰⁷ Det finns dock ingen klar reglering om detta. Patientens möjlighet att medverka i sin egen vård nämns i 5 kap. 2 § patientlagen, där det anges att en patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Begreppet egenvård förekommer inte i bestämmelsen, men används däremot i bestämmelsens förarbeten tillsammans med en hänvisning till den föreskrift om egenvård som Socialstyrelsens utfärdat.²⁰⁸ Även om det i lagen saknas särskilda bestämmelser om just egenvård så gäller dock i grunden de ”vanliga” reglerna för de delar som är relaterade till egenvården och som utförs inom hälso- och sjukvårdens verksamhet, exempelvis bedömning, information, samverkan, uppföljning och dokumentation. Vad som gäller kommer att beskrivas närmare i nedan.

År 2009 utfärdade Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdså-

²⁰⁶ I exempelvis betänkandet SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform* används begreppen basal respektive avancerad egenvård för att särskilja olika former av egenvård, s 180.

²⁰⁷ Prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*, s. 15.

²⁰⁸ Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 71 ff. och 121.

gärd kan utföras som egenvård, nedan kallad egenvårdsföreskriften. Till skillnad från de allmänna råd som Socialstyrelsen tidigare utfärdat tar egenvårdsföreskriften inte specifikt sikte på insatser som har samband med personlig assistans, utan utgångspunkten är i stället att föreskriften ska tillämpas inom all verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen.²⁰⁹ Vissa bestämmelser omfattar även nämnder som ansvarar för socialtjänsten vad gäller omsorgen för äldre personer och personer med funktionshinder.²¹⁰ År 2013 utfärdade Socialstyrelsen ett meddelandeblad som är avsett att utgöra stöd vid tillämpningen av egenvårdsföreskriften.²¹¹

Giltigheten av Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift har under senare tid ifrågasatts. Bland annat har Lagrådet i samband med att andning infördes som ett grundläggande behov i 9 a § LSS uttalat att Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift beslutats med stöd av vissa angivna bemyndiganden, men att det inte är med stöd av dessa eller andra bemyndiganden som Socialstyrelsen kunnat ange vad som är egenvård eller att det inte utgör hälso- och sjukvård.²¹² Frågan om egenvårdsföreskriftens giltighet har dock inte specifikt varit föremål för prövning i domstol och det är därmed inte fastslaget att det skulle finnas något hinder mot att tillämpa egenvårdsföreskriften.²¹³ Högsta förvaltningsdomstolen hänvisade också nyligen till egenvårdsföreskriften i ett avgörande rörande personlig assistans enligt LSS.²¹⁴ Enligt uppgift från Socialstyrelsen pågår dock ett arbete för att utreda om föreskriften bör upphöra.²¹⁵

Regeringen har i förarbetena till den ovan nämnda förändringen avseende andning i 9 a § LSS anfört att tillämpningen av egenvård i grunden är helt oberoende av att Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter om begreppet egenvård och tillämpningsområdet för hälso-

²⁰⁹ 1 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Jfr Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1996:9) om personlig assistans och sjukvårdsuppgifter. Se även Socialstyrelsens meddelandeblad Personlig assistans och sjukvårdsuppgifter (1995) och Socialstyrelsens meddelandeblad Information om gränsdragning mellan egenvård i form av personlig assistans och hälso- och sjukvård m.m. (2003).

²¹⁰ 1 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

²¹¹ Socialstyrelsens meddelandeblad nr 6/2013 *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård*.

²¹² Prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*, s. 14 ff. och 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

²¹³ 11 kap. 14 § regeringsformen (1974:152), se till exempel även HFD 2014 ref. 81.

²¹⁴ HFD 2021 ref. 11.

²¹⁵ Möte med Socialstyrelsen den 1 oktober 2020.

och sjukvårdslagen. Regeringen framhöll att Socialstyrelsen före år 2009 inte hade utfärdat några föreskrifter om egenvård och att frågan då behandlades i myndighetens allmänna råd.²¹⁶

3.6.3 Hälsa- och sjukvårdens roll vid egenvård

Vem kan göra en egenvårdsbedömning och vad innebär det att en åtgärd utförs som egenvård?

Som nämnts ovan är utgångspunkten att det är legitimerad personal inom hälso- och sjukvården som kan bedöma vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan utföras av patienten själv eller med hjälp av någon annan.²¹⁷ Utförandet av egenvård anses ske utanför tillämpningsområdet för hälso- och sjukvårdslagen.²¹⁸ Övriga delar – som alltså utförs av hälso- och sjukvården – så som bedömning, planering, dokumentation och uppföljning omfattas däremot av hälso- och sjukvårdens regelverk.²¹⁹

Egenvårdsbedömningen

Det följer av 5 kap. 2 § patientlagen att en patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. I lagen finns i övrigt inte närmare angivet om vad som ska beaktas när hälso- och sjukvården bedömer om en åtgärd kan utföras som egenvård eller inte. I förarbetena anges dock att ett minimikrav för patientmedverkan är att det dels finns en viljeyttring avgiven, dels att patienten, utifrån sina individuella förutsättningar, ska kunna medverka praktiskt.²²⁰

Generellt gäller kraven på god vård och att en patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull vård i överensstämmelse med vetenskap och

²¹⁶ Prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*, s. 15.

²¹⁷ Prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*, s. 14 ff. och 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

²¹⁸ Prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*, s. 5 och 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

²¹⁹ Prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*, s. 18. Meddelandeblad nr 6/2013 *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård*, s. 2.

²²⁰ Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 121.

beprövad erfarenhet. Hälso- och sjukvårdspersonalen har också ett lagstadgat ansvar för hur han eller hon utför sina uppgifter. Det finns alltså ett ansvar för att egenvårdsbedömningen är förenlig med god vård och styrande för egenvårdsbedömningen är i grunden patient-säkerhetslagen.²²¹ I förarbetena till 5 kap. 2 § patientlagen uttalas att möjligheten för patienten att själv medverka i vården genom bland annat egenvård i olika former kan ge positiva effekter för både patienter och hälso- och sjukvårdens verksamheter. Exempel som nämns är att mäta det egna blodtrycket eller att sköta sin dialysbehandling. Det anges dock också att det finns en risk för att patienter och deras närstående tar på sig krävande uppgifter som de har mindre goda förutsättningar för. Genom att införa bestämmelsen i patientlagen ville man tydliggöra att vårdgivare och personal måste förstå vikten av att göra de bedömningar som framgår av Socialstyrelsens föreskrifter.²²²

I egenvårdsföreskriften anges att bedömningen om en åtgärd kan utföras som egenvård ska göras i samråd med patienten och utifrån respekt för dennes självbestämmande och integritet samt behov av trygghet och säkerhet.²²³ Det anges att flera aspekter ska beaktas. Bland annat ska bedömningen utgå från patientens fysiska och psykiska hälsa och livssituation.²²⁴ Det ska också ingå en analys av om utförandet av egenvården kan innebära att patienten utsätts för risk att skadas. I förekommande fall ska en utredning göras för att avgöra om patienten själv eller med hjälp av någon annan kan utföra åtgärden som egenvård på ett säkert sätt.²²⁵ Om patienten behöver praktisk hjälp för att utföra egenvården ska den behandlande legitimerade yrkesutövaren samråda med den eller de närstående som ska hjälpa patienten, med ansvarig nämnd inom socialtjänsten eller med ansvarig befattningshavare hos en annan aktör.²²⁶ En hälso- och sjukvårds-

²²¹ 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821), 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*, s. 15.

²²² Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 72 f.

²²³ 4 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

²²⁴ 4 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

²²⁵ 4 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

²²⁶ 4 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

åtgärd får inte bedömas som egenvård om analysen visar att det föreligger en risk för att patienten skadas.²²⁷

Det finns inte någon generell gräns för hur avancerade åtgärder som kan bedömas kunna utföras som egenvård (se mer om detta i avsnitt 4.2). Exempel på åtgärder som i dag bedöms kunna utföras som egenvård är allt från enklare uppgifter som såromläggning eller påtagning av stödstrumpor, till mer avancerade uppgifter som hemdialys eller respiratorvård i hemmet. Läkemedelsbehandling är också något som många gånger bedöms kunna utföras som egenvård.

I 4 kap. 8 § egenvårdsföreskriften anges att bedömningen ska dokumenteras i patientens journal, men det finns inget stöd för att dokumentationen på något sätt skulle vara avgörande för att egenvårdsbedömningen ska vara ”giltig”, det vill säga för att åtgärden ska kunna utföras som egenvård. Dokumentationen kan dock fylla andra funktioner, exempelvis när det gäller patientsäkerhet. Dokumentationen kan också behövas för att den enskilde ska kunna visa att det finns en rätt till personlig assistans.²²⁸

När patienten behöver hjälp med utförandet

När det handlar om situationer då den enskilde behöver hjälp att utföra egenvården har Lagrådet påtalat att det är oklart om en hälso- och sjukvårdsåtgärd med stöd av egenvårdsföreskriften kan bedömas som egenvård om den enskilde inte själv kan bistå i utförandet. I remissvar på propositionen²²⁹ som legat till grund för införandet av andning som grundläggande behov i 9 a § LSS har Lagrådet framhållit att det mot bakgrund av definitionen i 2 kap. 1 § egenvårdsföreskriften, som anger att egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som en patient själv kan utföra, inte är självklart att egenvård enligt föreskriften innefattar hjälp av någon annan. Lagrådet anger att om man trots allt skulle anse att så är fallet, inställer sig frågan om innebörden av uttrycket ”patienten själv eller med hjälp av någon annan på ett säkert sätt kan utföra”. Lagrådet anförde att till exempel avancerad andningsgymnastik, hantering av trakealkanyl vid trakeostomi, slem sugning i andningsvägarna och övervakning på grund av risk för

²²⁷ 4 kap. 7 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

²²⁸ HFD 2021 ref. 11.

²²⁹ Prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*.

kvävning eller lungblödningar inte synes vara åtgärder som patienten med hjälp av någon annan kan utföra, utan åtgärder där den enskilde är helt beroende av att någon annan utför dem. Lagrådet ansåg att det därför är tveksamt om åtgärderna kan komma i fråga för egenvård med den utformning som Socialstyrelsens föreskrifter har.²³⁰ I propositionen konstaterade dock regeringen att det är en väl-etablerad ordning att legitimerad personal inom hälso- och sjukvården i enskilda fall kan bedöma vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder som den enskilde kan utföra själv eller med hjälp av någon annan och att detta i grunden inte är beroende av Socialstyrelsens föreskrift.²³¹

När egenvården avser ett barn

Av både hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen framgår att barnets bästa ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn.²³² Enligt patientlagen ska också patientens närstående få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om det inte hindras av bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt.²³³

Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift innehåller inte några särskilda bestämmelser rörande egenvård till barn. I Socialstyrelsens meddelandeblad om egenvård²³⁴ anges dock att det alltid är hälso- och sjukvården som bedömer om en åtgärd kan utföras som egenvård av den person som är tänkt att utföra åtgärden. Att läkare bedömt att en viss åtgärd kan utföras som egenvård när den utförs av barnets vårdnadshavare anges inte innebära att vårdnadshavarna kan lämna över ansvaret för utförande av åtgärden till någon annan, såsom en personlig assistent, om inte den behandlande läkaren har gjort en bedömning i förhållande till denne person.²³⁵

Som tidigare nämnts finns i patientsäkerhetslagen ett förbud mot att andra än hälso- och sjukvårdspersonal yrkesmässigt undersöker eller behandlar barn under åtta år för sjukdom eller därmed jämför-

²³⁰ Prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning* bilaga 4.

²³¹ Prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*, s. 15.

²³² 5 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 1 kap. 8 § patientlagen (2014:821).

²³³ 5 kap. 3 § patientlagen (2014:821).

²³⁴ Socialstyrelsens meddelandeblad nr 6/2013 *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård*, s. 7.

²³⁵ Socialstyrelsens meddelandeblad nr 6/2013 *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård*, s. 7.

ligt tillstånd.²³⁶ Regeringen har nyligen i en proposition som rör personlig assistans, uttalat att man anser att bestämmelsen i patientsäkerhetslagen inte utgör något hinder mot att andra än hälso- och sjukvårdspersonal yrkesmässigt bedriver verksamhet som avser egenvårdsinsatser för barn under åtta år.²³⁷

Information, dokumentation och planering

I lagstiftningen finns ett stort antal övergripande bestämmelser om hälso- och sjukvårdens ansvar för information, dokumentation, planering och samverkan. Bland annat ska den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient se till att patienten och dess närstående ges information om vården och man ska också så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av informationen. Informationen ska också lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det.²³⁸ Vidare ska uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten antecknas i patientens journal och när en enskild har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas.²³⁹ I lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård finns också bestämmelser om samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från slutenvård kan komma att behöva insatser från exempelvis socialtjänsten.

I Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift anges på en högre detaljnivå än i lagstiftningen vad som gäller i fråga om exempelvis information, dokumentation och planering just vid egenvård. I föreskriften anges att om en åtgärd bedöms kunna utföras som egenvård ska patienten informeras om vad egenvården innebär och bedömningen ska dokumenteras i patientens journal.²⁴⁰ Den som gjort egenvårdsbedömningen ansvarar även för att en planering görs om patienten har behov av stöd i samband med egenvården, om patienten behöver praktisk hjälp av någon att utföra egenvården eller om patienten av

²³⁶ 5 kap. 1 § 6 patientsäkerhetslagen (2010:659).

²³⁷ Prop. 2019/20:92 *Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning*, s. 25.

²³⁸ 3 kap. 1–7 §§ patientlagen (2014:821) och 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

²³⁹ 5 kap. patientdatalagen (2008:355), 6 kap. 4 § patientlagen (2014:821) och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

²⁴⁰ 4 kap. 8–9 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

något annat skäl har behov av planeringen.²⁴¹ Patienten ska delta i planeringen och den ska göras i samråd med den eller dem som ska hjälpa patienten med egenvården, med ansvarig nämnd, med vårdgivare eller med andra aktörer som kan komma att beröras av egenvården.²⁴² Planeringen ska dokumenteras och patienten ska få en kopia av dokumentationen av planeringen.²⁴³ Av dokumentationen av planeringen ska framgå:

1. vilken åtgärd som har bedömts som egenvård,
2. om patienten själv eller med hjälp av någon annan ska utföra egenvården,
3. hur information och instruktioner ska ges till den eller dem som ska utföra egenvården,
4. vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas om patienten drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården,
5. vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas om patientens situation förändras,
6. hur och när bedömningen av egenvården ska följas upp, och
7. när en omprövning av bedömningen av egenvården ska göras.²⁴⁴

Uppföljning

I lagstiftningen finns inte något uttryckligt krav på uppföljning av egenvård eller av vård och behandling i allmänhet.²⁴⁵ Generellt gäller dock kravet på god vård och att patienten ska få sakkunnig och om-

²⁴¹ 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

²⁴² 5 kap. 2–3 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

²⁴³ 5 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

²⁴⁴ 5 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

²⁴⁵ Uppföljning ska göras av läkemedelsbehandling enligt 6 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

sorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.²⁴⁶

I egenårdsföreskriften anges däremot att den som gjort egenårdsbedömningen ansvarar för att egenården följs upp regelbundet och omprövas om förutsättningarna ändras, om det inte är uppenbart obehövt.²⁴⁷

Rutiner för samverkan

I 16 kap. hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om samverkan mellan regionerna och kommunerna. I 3 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att varje vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det ledningssystem som ska finnas innehåller de processer och rutiner som behövs. I 3 kap. 6 § SOSFS 2011:9 framgår att vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

I 3 kap. 1–2 §§ egenårdsföreskriften framgår att det ska finnas rutiner där det framgår hur huvudmännen för hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska samarbeta i samband med egenvård och hur huvudmännen för hälso- och sjukvården ska samarbeta med andra aktörer i samband med egenvård.

3.6.4 När den enskilde får hjälp av en personlig assistent att utföra egenården

Att en åtgärd utgör egenvård anses innebära att utförandet faller utanför hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. Frågan är då vad som i dag gäller när en person ska hjälpa den enskilde med egenvård inom ramen för sin yrkesutövning som personlig assistent.

²⁴⁶ 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821), 6 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

²⁴⁷ 4 kap. 10 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

Vad är kvalitet när egenvård utförs inom personlig assistans?

Enligt 6 § LSS ska verksamhet enligt LSS vara av god kvalitet och det ska finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges. Utöver detta allmänt hållna krav saknas närmare bestämmelser om vad som kännetecknar god kvalitet vid utförandet av just insatsen personlig assistans.²⁴⁸ Det finns inte heller något krav i fråga om vilka kunskaper som en personlig assistent ska ha.

Socialstyrelsen har i sitt meddelandeblad avseende egenvård²⁴⁹ angett att kravet på god kvalitet i LSS till exempel innebär att personalen inte bara ska kunna ge rätt läkemedel vid rätt tidpunkt, utan även att de måste ha kunskap om vad man ska vara uppmärksam på med en individs sjukdom, symtom och biverkningar. Personalen ska också veta när man ska kontakta någon ansvarig inom hälso- och sjukvården. I meddelandebladet framhålls att verksamheterna även ska dokumentera om man hjälper till med egenvården och följa reglerna för dokumentation, så att omvårdnaden blir så trygg och säker som möjligt. Det anges att genomförandeplanen bör beskriva hur verksamheten praktiskt genomför egenvården.²⁵⁰ Socialstyrelsen har även utfärdat allmänna råd om vilken kompetens som bör finnas hos personal som utför insatser enligt LSS och där anges det till exempel vara önskvärt med vissa kunskaper inom området hälsa.²⁵¹ Varken de allmänna råden eller meddelandebladet är dock bindande för verksamheterna.

²⁴⁸ Detta kan jämföras med föreskrifter och allmänna råd som Socialstyrelsen utfärdat för andra LSS-insatser, till exempel bostad med särskild service för barn respektive vuxna där det definierats vad som ska ingå i respektive insats, vilket möjligen kan fungera som en kvalitetsindikator. Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:6) om bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

²⁴⁹ Socialstyrelsens meddelandeblad nr 6/2013 *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård*.

²⁵⁰ Socialstyrelsens meddelandeblad nr 6/2013 *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård*, s. 5 f.

²⁵¹ Socialstyrelsens allmänna råd (2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning.

Dokumentation

Eftersom utförandet av egenvård inte omfattas av hälso- och sjukvårdslagen finns det inte något krav på att de personliga assistenterna ska föra patientjournal över de egenvårdsuppgifter som de utför. Utförandet omfattas i stället av de generella dokumentationskrav som gäller för verksamhet enligt LSS och som framgår av 21 a och 23 c §§ LSS och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen, LVU, LVM och LSS.²⁵² Där framgår bland annat att dokumentationen ska utvisa faktiska omständigheter och händelser av betydelse under verkställighet av beslutet.²⁵³ Det finns inget stöd för att uppgifter om de egenvårdsåtgärder som utförs skulle behöva dokumenteras vid varje tillfälle.

Assistansanordnaren ansvarar för att utarbeta de rutiner som behövs

Att kvaliteten i en verksamhet enligt LSS systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras följer av 6 § LSS. Formerna för det här arbetet regleras närmare i Socialstyrelsens så kallade ledningsföreskrift²⁵⁴. I ledningsföreskriften anges att den som bedriver verksamhet enligt LSS ska utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.²⁵⁵ Man ska även säkerställa att personalen arbetar i enlighet med de processer och rutiner som finns.²⁵⁶ Verksamheten ska också genom processer och rutiner säkerställa att samverkan möjliggörs med till exempel vårdgivare.²⁵⁷ Ledningsföreskriften gäller kommuner och annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver verksamhet enligt LSS, det vill säga även

²⁵² Prop. 2004/05:39 *Kvalitet, dokumentation och anmälningsplikt i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)*, m.m.

²⁵³ Se även prop. 2004/05:39 *Kvalitet, dokumentation och anmälningsplikt i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)* m.m., s. 26 ff. och Socialstyrelsen (2015), *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*.

²⁵⁴ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete.

²⁵⁵ 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete.

²⁵⁶ 6 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete.

²⁵⁷ 4 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete.

icke-offentliga assistansanordnare men inte personer som är egna arbetsgivare åt sina assistenter.²⁵⁸

Ledningsföreskriften innehåller inte några bestämmelser som särskilt rör rutiner eller samverkan vid egenvård. Däremot innehåller egenvårdsföreskriften vissa sådana bestämmelser. Dessa omfattar dock bara kommunala verksamheter. Icke-offentliga assistansanordnare eller egna arbetsgivare omfattas inte.²⁵⁹

Assistansanordnaren ansvarar för att bedriva ett systematiskt förbättringsarbete

I assistansanordnarens ansvar att säkra verksamhetens kvalitet ingår också ett ansvar att bedriva ett systematiskt förbättringsarbete.²⁶⁰ Det innebär bland annat att assistansanordnaren fortlöpande ska bedöma om det finns en risk för att händelser skulle kunna inträffa som har betydelse för verksamhetens kvalitet (riskanalys). För varje sådan händelse ska assistansanordnaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.²⁶¹ Assistansanordnaren ska även utföra egenkontroll och hantera avvikelser.²⁶² Man ska vidta de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet och vid behov förbättra de processer och rutiner som finns.²⁶³

Lex Sarah

Var och en som arbetar inom verksamhet enligt LSS ska medverka till att de insatser som ges är av god kvalitet.²⁶⁴ Den som fullgör uppgifter i verksamhet enligt LSS ska också genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhåll-

²⁵⁸ 1 kap. 1 § och 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete.

²⁵⁹ 1 kap. 1 och 3 §§ och 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete.

²⁶⁰ 6 § LSS och 1 kap. 1–2 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete.

²⁶¹ 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete.

²⁶² 5 kap. 2, 3 och 6 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete.

²⁶³ 5 kap. 7–8 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete.

²⁶⁴ 24 a § LSS.

lande eller en påtaglig risk för ett missförhållande som rör den som får insatsen, så kallad rapportering enligt lex Sarah.²⁶⁵ Denna skyldighet omfattar alla som fullgör uppgifter i verksamheten, det vill säga såväl personliga assistenter som arbetsledare och verksamhetschefer.²⁶⁶ Missförhållanden som ska rapporteras kan vara både utförda handlingar och sådant som någon har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Med en påtaglig risk för ett missförhållande innebär att det är fråga om en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande.²⁶⁷

Den som bedriver verksamheten ansvarar för att ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål.²⁶⁸ Om missförhållandet är allvarligt ska den som bedriver verksamheten anmäla detta till IVO, så kallad anmälan om lex Sarah.²⁶⁹

Ingen skyldighet att rapportera till hälso- och sjukvården om skador eller risker för skador inträffat vid egenvården

Det finns inte någon omedelbar koppling mellan assistansanordnaren och hälso- och sjukvården ifall en skada eller risk för skada skulle inträffa när en personlig assistent utför egenvård. Det finns exempelvis inte något generellt krav på att en assistansanordnare ska meddela hälso- och sjukvården om det skulle komma fram att personalen inte kan utföra egenvården på ett säkert sätt. Ett sådant krav finns däremot till exempel för den som förestår en bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS.²⁷⁰

²⁶⁵ 24 b § LSS.

²⁶⁶ Se 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah.

²⁶⁷ 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah.

²⁶⁸ 24 e § LSS.

²⁶⁹ 24 f § LSS.

²⁷⁰ 13 § andra stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:6) om bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS.

3.6.5 Vad gäller om en skada inträffar när den enskilde får hjälp av en personlig assistent att utföra egenvård?

Som beskrivits ovan anses utförandet av egenvård ske utanför tillämpningsområdet för hälso- och sjukvårdslagen. Personliga assistenter som utför egenvårdsåtgärder är inte att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal och utförandet av åtgärderna sker inte inom en hälso- och sjukvårdsverksamhet.²⁷¹ Det är därför inte självklart att den som drabbas av en personskada i samband med att hjälp med egenvård ges av en personlig assistent kan få ekonomisk ersättning enligt patientskadelagen.

Skada som beror på brister i de delar som hälso- och sjukvården ansvarar för

De delar som har samband med egenvården och som utförs av personal inom hälso- och sjukvården, till exempel bedömning, planering, dokumentation och uppföljning, omfattas av hälso- och sjukvårdens ansvar och regelverk. Om det skulle vara sannolikt att den skada som inträffat orsakats exempelvis av en bristfällig egenvårdsbedömning, felaktiga ordinationer eller anvisningar eller bristfällig uppföljning skulle det därför kunna bli aktuellt med patientskadeersättning enligt patientskadelagen.²⁷²

Om skadan skulle bero på att uppgifterna utförts på fel sätt

Det finns inte någon reglering om att assistansanordnare ska ha någon försäkring med motsvarande villkor som patientförsäkringen som träder in vid skador som inträffar när hjälp ges med egenvård. Om en person skulle råka skadas i samband med att dennes personliga assistent utför egenvård – och skadan inte kan anses bero på exempelvis en felaktig ordination eller anvisning från hälso- och sjukvårdspersonalen – kan därför hen bara få ekonomisk ersättning utifrån vad som följer av skadeståndslagen (1972:207).

Att få ersättning genom skadestånd är en mer komplicerad process än att få ersättning genom patientförsäkringen (se avsnitt 3.5.5). Om

²⁷¹ 3 och 5 §§ patientskadelagen (1996:799).

²⁷² Socialstyrelsens meddelandeblad nr 6/2013 *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård*, s. 9.

den enskilde skulle kunna visa att det finns grund för skadestånd torde det dock i normalfallet vara den personlige assistentens arbetsgivare som ansvarar för att utbetala ersättningen, snarare än den personliga assistenten själv. Detta på grund av det så kallade principalansvaret som innebär att arbetsgivaren har ansvaret för skador som arbetstagare orsakat genom fel eller försummelse i tjänsten.²⁷³ Det är endast vid synnerliga skäl som arbetstagaren själv är skadeståndsansvarig.²⁷⁴ Principalansvaret gäller för både offentliga och privata arbetsgivare.²⁷⁵

Många gånger ingår en så kallad ansvarsförsäkring i de försäkringar som tecknas av företag. Ersättning utges då från ansvarsförsäkringen om en eventuell skadeståndsskyldighet skulle inträda för den som tecknat försäkringen. Det innebär alltså att den som drabbats av skadan kan få ut det fastställda beloppet även om den skadeståndsskyldiga utföraren saknar de ekonomiska förutsättningar som krävs. Det finns inte något krav på att assistansanordnare ska ha en ansvarsförsäkring som täcker eventuell skadeståndsskyldighet.

3.7 Om möjligheten att utbyta information

En person som har behov av både personlig assistans och sjukvårdande insatser har ofta kontakter med ett flertal olika aktörer som alla har olika roller, exempelvis hälso- och sjukvården, assistansanordnare, personliga assistenter, Försäkringskassan och kommunen. En naturlig följd av detta är att flera olika aktörer har tillgång till uppgifter om den enskildes hälsotillstånd och andra personliga förhållanden. Vilken typ av uppgifter det är fråga om kan variera beroende på vad som är relevant för den aktuella verksamhetens område eller funktion.

Även om en viss aktör har tillgång till information som skulle kunna vara av betydelse för en av de andra aktörerna, står det inte dessa fritt att överlämna uppgifterna till varandra. Detta följer av regler om sekretess och tystnadsplikt. Sekretess är det begrepp som används när det handlar om offentliga aktörer, medan man i fråga om icke-offentliga aktörer i stället talar om tystnadsplikt.

²⁷³ 3 kap. 1 § skadeståndslagen (1972:207).

²⁷⁴ 4 kap. 1 § skadeståndslagen (1972:207).

²⁷⁵ Prop. 1972:5 med förslag till skadeståndslag m.m. s. 467 ff.

3.7.1 Grundläggande regler om sekretess och tystnadsplikt i hälso- och sjukvården, socialtjänstverksamhet och hos Försäkringskassan

I normalfallet behöver en menprövning göras innan uppgifter får lämnas ut

Sekretess för myndigheter regleras i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).²⁷⁶ I 25 kap. 1 § och 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen framgår att det både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten gäller så kallad stark sekretess, vilket innebär att uppgifter om enskilda som huvudregel bara får lämnas ut om det *står klart* att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Verksamhet enligt LSS jämföras i offentlighets- och sekretesslagen med socialtjänst.²⁷⁷

Hos Försäkringskassan gäller en något svagare sekretess. Den innebär att uppgifter om enskilda som huvudregel bara får lämnas ut om *det inte kan antas* att den enskilde eller någon närstående lider men om uppgiften röjs.²⁷⁸

Ikke-offentliga vårdgivare och ikke-offentliga anordnare av personlig assistans omfattas inte av reglerna i offentlighets- och sekretesslagen. I stället skyddas uppgifter om enskilda genom bestämmelser om tystnadsplikt i 6 kap. 12–16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) respektive 29 § LSS. Tystnadsplikten innebär i korthet att personer som är eller har varit verksamma inom de aktuella verksamheterna inte obehörigen får röja uppgifter om enskilda.²⁷⁹ I tillämpningen har tystnadsplikten stora likheter med den ovan nämnda sekretessen enligt offentlighets- och sekretesslagen och vid bedömningen av om tystnadsplikten i ett enskilt fall får brytas kan därmed viss vägledning hämtas där.²⁸⁰ I avsnitten nedan kommer därför bara att redogöras för de förutsättningar för utlämnande av uppgifter som följer av offentlighets- och sekretesslagen.

Bedömningen av om utlämnande av en uppgift kan leda till men för en enskild eller någon närstående kallas för menprövning. Med begreppet *men* avses olägenhet av icke-ekonomisk eller ekonomisk

²⁷⁶ 2 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

²⁷⁷ 26 kap. 1 § fjärde stycket offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

²⁷⁸ 28 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

²⁷⁹ 6 kap. 12 patientsäkerhetslagen (2010:659) och 29 § LSS.

²⁸⁰ Angående tystnadsplikt i hälso- och sjukvården se till exempel prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*, s. 46, s. 133 samt s. 248. Angående tystnadsplikt i socialtjänstverksamhet se till exempel prop. 2005/06:161 *Sekretessfrågor – skyddade adresser m.m.*, s. 82 och 93.

art som vållas av röjandet av uppgift om personligt förhållande.²⁸¹ Det kan vara fråga om att någon blir utsatt för andras missaktning om hans personliga förhållanden blir kända. Redan den omständigheten att vissa personer känner till en ömtålig uppgift kan anses tillräckligt för att medföra men. Utgångspunkten för bedömningen är den berörda personens egen upplevelse. Bedömningen måste dock i viss utsträckning kunna korrigeras på grundval av gängse värderingar i samhället.²⁸²

Sekretessen gäller inte bara i förhållande till andra enskilda utan även i förhållande till andra myndigheter. Den gäller även i vissa fall mellan olika verksamhetsgrenar inom en myndighet.²⁸³

I förarbeten till regleringen av hälso- och sjukvårds- och socialtjänstsekretessen har det framhållits att detta är områden där det ställs särskilt höga krav på sekretess kring enskildas personliga förhållanden. Där framhålls att läkarsekretessen är ett väsentligt inslag i läkaretiken.²⁸⁴ I förarbeten har också framhållits att sekretessen i förhållande till andra myndigheter kan vara av avgörande betydelse för enskildas benägenhet att söka sig till vården.²⁸⁵

Uppgifter kan lämnas ut trots sekretess om den enskilde samtycker till det

Av 10 kap. 1 § och 12 kap. 1–2 §§ offentlighets- och sekretesslagen följer att en uppgift som omfattas av sekretess i normalfallet kan lämnas ut om den enskilde själv samtycker till det.

När det gäller en enskild som är underårig gäller sekretessen som huvudregel även i förhållande till dennes vårdnadshavare. Sekretessen gäller dock normalt inte i förhållande till vårdnadshavaren i den utsträckning denne enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör den underåriges personliga angelägenheter.²⁸⁶

²⁸¹ Prop. 2008/09:150 *Offentlighets- och sekretesslag*, s. 349 och s. 352 f. och prop. 1979/80:2 *med förslag till sekretesslag m.m.*, del A s. 8, s. 455 f. och s. 493.

²⁸² Prop. 2008/09:150 *Offentlighets- och sekretesslag*, s. 349 och s. 352 f. och prop. 1979/80:2 *med förslag till sekretesslag m.m.*, del A s. 8, s. 455 f. och s. 493.

²⁸³ 8 kap. 1–2 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

²⁸⁴ Prop. 1979/80:2 *med förslag till sekretesslag m.m.*, del A, s. 154 ff. och s. 160 f.

²⁸⁵ Prop. 1981/82:186 *om ändring i sekretesslagen (1980:100) m.m.*, s. 12.

²⁸⁶ 12 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Uppgifter kan lämnas ut trots sekretess om det finns en reglerad uppgiftsskyldighet

Reglerna om sekretess medför att en myndighet inte utan vidare kan lämna ut uppgifter till en annan myndighet utan samtycke från den enskilde. Möjligheten att utbyta information beror då på om det finns en så kallad uppgiftsskyldighet. I 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen finns nämligen en sekretessbrytande bestämmelse som innebär att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan myndighet om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning.

En uppgiftsskyldighet kan vara formulerad på olika sätt. I vissa fall ska uppgifter lämnas av någon på eget initiativ, det vill säga utan att de specifikt har efterfrågats av mottagaren (kan också kallas anmälningskyldighet).²⁸⁷ I andra fall handlar det om att vissa uppgifter ska lämnas ut först efter begäran.

3.7.2 När får uppgifter lämnas mellan hälso- och sjukvården och en enskilds assistansanordnare eller personliga assistenter?

I 25 kap. 11–14 §§ samt 26 kap. 8–10 §§ offentlighets- och sekretesslagen finns bestämmelser om när hälso- och sjukvårdssekretessen respektive socialtjänstsekretessen kan brytas.²⁸⁸ Bestämmelserna rör dock vissa specifika situationer och hälso- och sjukvården kan inte utan vidare utan den enskildes samtycke lämna uppgifter om den enskildes egenvård till aktörer inom socialtjänstens område.²⁸⁹ Det samma gäller i den motsatta riktningen, det vill säga från aktörer inom socialtjänstens område till hälso- och sjukvården.

I normalfallet gäller alltså att hälso- och sjukvården och de personliga assistenterna inte kan utbyta information som rör den enskildes egenvård och hur den ska utföras om det inte finns ett samtycke från den enskilde.²⁹⁰

²⁸⁷ Ett exempel på detta är skyldigheten för vissa myndigheter och yrkesverksamma att anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

²⁸⁸ Dessa bestämmelser gäller utöver de generella sekretessbrytande bestämmelser som finns i exempelvis 10 kap. offentlighets- och sekretesslagen.

²⁸⁹ Det finns däremot i 25 kap. 11 § offentlighets- och sekretesslagen vissa mer generella möjligheter att lämna uppgifter från en myndighet som bedriver hälso- och sjukvård till en annan myndighet som bedriver hälso- och sjukvård (sammanhållen journalföring).

²⁹⁰ 25 kap. 1 §, 26 kap. 1 § och 10 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Om den enskilde inte kan samtycka

Givetvis kan det dock uppkomma situationer då den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, men utlämnandet behövs för att hen ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd. Av 25 kap. 13 § offentlighets- och sekretesslagen framgår att:

Om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar sekretess enligt 1 § inte att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet på socialtjänstens område.

Av förarbetena framgår dock att detta undantag inte får tillämpas rutinmässigt. Då det i enskilda fall används ska det ske med urskillning och varsamhet. Den enskildes samtycke ska i första hand utverkas. Bestämmelsen kan bli tillämplig först om den enskilde på grund av demens eller annat hälsorelaterat skäl inte kan samtycka. Viljan hos den patient som klart och utan inflytande av allvarlig psykisk störning eller liknande motsätter sig ett uppgiftslämnande ska alltid respekteras.²⁹¹

Personer under 18 år

När det gäller barn och unga finns det sekretessbrytande bestämmelser som gör det möjligt för myndigheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst att i undantagsfall utbyta uppgifter med varandra för att kunna bistå en enskild trots att de inte kunnat inhämta samtycke till att lämna ut utgifter.

Enligt 25 kap. 12 § offentlighets- och sekretesslagen hindrar inte sekretessen enligt 25 kap. 1 § att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne inte har fyllt arton år.

Av 26 kap. 9 § offentlighets- och sekretesslagen följer att sekretessen enligt 26 kap. 1 § inte hindrar att uppgift om en enskild eller

²⁹¹ Prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m., 2. 160 ff. och s. 272.

någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne inte har fyllt arton år.

Bestämmelserna utgör undantag från det sekretesskydd som den enskilde har och de ska användas med urskillning och varsamhet. De bör endast användas i de situationer där det är nödvändigt för att bistå en enskild. I första hand bör ett samtycke utverkas.²⁹²

Nödrätten

Nöd föreligger när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt intresse som skyddas av rättsordningen. En handling som någon gör i nöd är straffri om den är försvarbar i förhållande till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt.²⁹³

Detta innebär att det i vissa fall kan vara straffritt att lämna ut sekretessbelagda uppgifter, trots att varken en menprövning har gjorts eller en sekretessbrytande bestämmelse har tillämpats. Det förutsätter dock att det föreligger fara för någons liv eller hälsa.²⁹⁴

Sekretess- och tystnadspliktsgränser

Sekretess gäller mellan myndigheterna, men det innebär också att uppgifter inte får lämnas fritt till vem som helst inom myndigheten eller mellan olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet. Det är inte alltid självklart var dessa så kallade sekretessgränser går. Socialstyrelsen har år 2012 publicerat vägledningen *Sekretess- och tystnadspliktsgränser i socialtjänsten och hälso- och sjukvården* där dessa frågor beskrivs närmare.

²⁹² Prop. 1990/91:111 om sekretess inom och mellan myndigheter på vårdområdet m.m., s. 40 f.

²⁹³ 24 kap. 4 § brottsbalken (1962:700).

²⁹⁴ Socialstyrelsen (2012). *Sekretess- och tystnadspliktsgränser i socialtjänsten och hälso- och sjukvården*, s. 25.

3.7.3 Hur kan Försäkringskassan få information om ändrade förhållanden som rör assistansersättningen?

Olika aktörer har olika skyldigheter och möjligheter när det handlar om att överlämna information till Försäkringskassan. Nedan beskrivs vad som kan vara relevant utifrån utredningens fokus på betydelsen av förändringar i den enskildes egenvårdsbedömning. Den enskilde har en skyldighet att anmäla ändrade förhållanden

Enligt 110 kap. 46 § socialförsäkringsbalken ska den som ansöker om, har rätt till eller annars får en förmån enligt socialförsäkringsbalken anmäla sådana ändrade förhållanden som påverkar rätten till eller storleken av förmånen. Det kan vara fråga om till exempel förändringar i hälsotillstånd, civilstånd eller bostadsförhållanden.²⁹⁵ En sådan anmälan ska göras så snart som möjligt och senast fjorton dagar efter det att den anmälningsskyldige fick kännedom om förändringen.²⁹⁶

Om en person inte har uppfyllt sin anmälningsskyldighet kan detta leda till att assistansersättningen dras in eller sätts ned.²⁹⁷ Denne kan också bli återbetalningsskyldig.²⁹⁸

Om en förändrad egenvårdsbedömning har betydelse för en persons rätt till assistansersättning kan detta vara ett sådant förhållande som ska anmälas till Försäkringskassan i enlighet med bestämmelsen.

Kommuner, offentlig hälso- och sjukvård och assistansanordnare har skyldighet att lämna vissa uppgifter på begäran

I 110 kap. 31 § socialförsäkringsbalken finns en lagstadgad skyldighet för bland annat myndigheter, arbetsgivare och uppdragsgivare samt anordnare av personlig assistans att lämna uppgifter till Försäkringskassan som avser en namngiven person när det gäller förhållanden som är av betydelse för tillämpningen av balken. Uppgiftsskyldigheten förutsätter att Försäkringskassan specifikt har begärt uppgiften. Eftersom det finns en lagstadgad skyldighet att lämna uppgifterna till Försäkringskassan kan de lämnas utan hinder av sekretess, med stöd av 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen.

²⁹⁵ 110 kap. 46 § första och andra stycket socialförsäkringsbalken (2010:110).

²⁹⁶ 110 kap. 47 § socialförsäkringsbalken (2010:110).

²⁹⁷ 110 kap. 52 § socialförsäkringsbalken (2010:110).

²⁹⁸ 108 kap. 2 § socialförsäkringsbalken (2010:110).

Försäkringskassans möjlighet att begära ut uppgifter i utredningssyfte följer av bland annat 110 kap. 13 och 14 §§ socialförsäkringsbalken. I ärende hos JO aktualiserades frågor om Försäkringskassans befogenheter att begära in uppgifter från andra än en part. I ärendet betonades vikten av att det i varje enskilt fall görs en noggrann avvägning mellan den enskildes krav på integritet och behovet av utredning, och att inriktningen alltid måste vara att inte hämta in mer kompletterande utredning än vad som krävs för att kunna göra en korrekt försäkringsmässig bedömning.²⁹⁹

Kommuner och vissa assistansanordnare har i vissa fall skyldighet att lämna uppgifter på eget initiativ

Av 110 kap. 46 § tredje stycket socialförsäkringsbalken framgår att en kommun eller assistansanordnare i vissa fall har en skyldighet att anmäla till Försäkringskassan om denne har kännedom om sådana ändrade förhållanden som påverkar en persons rätt till eller storleken av förmånen.³⁰⁰ Detta gäller om kommunen eller assistansanordnaren, på begäran av den enskilde, har fått utbetalt assistansersättning enligt 51 kap. 19 § socialförsäkringsbalken direkt från Försäkringskassan. Skyldigheten innebär inte att förhållanden måste efterforskas, utan omfattar bara omständigheter som den som tagit emot utbetalningen har kännedom om.³⁰¹ Eftersom det i dessa fall finns en lagstadgad skyldighet att lämna uppgifterna till Försäkringskassan kan detta göras utan hinder av sekretess, med stöd av 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen.

Av 15 § 10 LSS följer att en kommun ska anmäla till Försäkringskassan om det finns anledning att anta att assistansersättning används för annat än köp av personlig assistans eller kostnader för personliga assistenter. Kommuner har också, enligt lagen (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdsystemen, en skyldighet att underrätta Försäkringskassan, eller en annan kommun, om det finns anledning att anta att en ekonomisk förmån eller ett ekonomiskt stöd har beslutats, betalats ut eller till-

²⁹⁹ JO:s beslut dnr 2031–2015 (2016-10-25).

³⁰⁰ 110 kap. 46 § första till tredje stycket socialförsäkringen (2010:110) och 51 kap. 19 § socialförsäkringsbalken (2010:110).

³⁰¹ Prop. 2012/13:1 *Budgetpropositionen för 2013*, utgiftsområde 9, s. 259.

godoräknats felaktigt eller med ett för högt belopp.³⁰² Av underrättelsen ska det framgå vilka omständigheter som ligger till grund för antagandet.³⁰³ Även detta kan med stöd av 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen göras utan hinder av sekretess.

Ingen skyldighet för hälso- och sjukvården eller för assistansanordnare generellt att lämna uppgifter om enskilda

Det finns inte någon i lag eller förordning reglerad skyldighet för hälso- och sjukvården eller för assistansanordnare som inte fått assistansersättning utbetalt direkt från Försäkringskassan, att på eget initiativ lämna uppgifter om enskilda till Försäkringskassan. Det innebär att de inte utan hinder av sekretess och tystnadsplikt kan överlämna uppgift om till exempel en förändrad egenvårdsbedömning till Försäkringskassan utan att uppgiften specifikt har efterfrågats av myndigheten.

3.7.4 Hur kan kommunen få information om ändrade förhållanden som rör den personliga assistansen?

Enskilda och assistansanordnare har ingen skyldighet att lämna uppgifter om ändrade förhållanden

I LSS finns inte någon bestämmelse som reglerar att den enskilde måste anmäla ändrade förhållanden till den kommun som beviljat personlig assistans. Det finns inte heller i LSS någon bestämmelse som innebär att assistansanordnare på eget initiativ eller på begäran måste lämna uppgifter om ändrade förhållanden som är hänförliga till den enskilde.

Hälso- och sjukvården har ingen skyldighet att lämna uppgifter

Det finns inte någon i lag eller förordning reglerad skyldighet för hälso- och sjukvården att lämna uppgifter om en patient till en kommun som handlägger eller som har beslutat i ett ärende om insatser

³⁰² 1–3 §§ lagen (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen.

³⁰³ 4 §§ lagen (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen.

enligt LSS. Det saknas därför möjlighet för hälso- och sjukvården att utan hinder av sekretess, på begäran eller på eget initiativ, överlämna uppgifter om exempelvis förändring i en egenvårdsbedömning till en kommun som handlägger patientens ärende om personlig assistans.³⁰⁴

Försäkringskassan har skyldighet att underrätta kommunen i vissa fall

Av 51 kap. 21 § socialförsäkringsbalken följer att när en försäkrad ansöker om eller beviljas assistansersättning ska den kommun som enligt 16, 16 c eller 16 d § LSS har ansvar för insatser åt den försäkrade höras i ärendet, om det inte är obehövt. Beslut om assistansersättning och beslut enligt 51 kap. 17–19 §§ ska sändas till kommunen.

Försäkringskassan har också, enligt lagen (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen, en skyldighet att underrätta kommunen om det finns anledning att anta att en ekonomisk förmån eller ett ekonomiskt stöd har beslutats, betalats ut eller tillgodoräknats felaktigt eller med ett för högt belopp.³⁰⁵ Att detta kan göras utan hinder av sekretess följer av 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen.

3.8 När en sjukvårdande insats inte längre anses kunna utföras som egenvård

3.8.1 Vad betyder en förändrad egenvårdsbedömning för rätten till personlig assistans och assistansersättning?

Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård ska göras i förhållande till den aktuella situationen. Om situationen förändras till exempel genom att den enskildes hälsotillstånd försämras eller genom att den eller de personer som tidigare hjälpt till med åtgärden inte längre kan utföra denna på ett säkert sätt, ska den inom hälso- och sjukvården som är ansvarig för egenvårdsbedömningen göra en ny bedömning utifrån de nya förutsätt-

³⁰⁴ 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

³⁰⁵ 1–4 §§ lagen (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen.

ningarna.³⁰⁶ Resultatet kan då bli att åtgärden inte längre anses kunna utföras som egenvård och att hälso- och sjukvården återtar ansvaret för utförandet. Det kan vara fråga om såväl kortvariga som mer långvariga förändringar. Det kan också vara fråga om förändringar som sker med kort varsel och som är svåra att förutse varaktigheten av.

Eftersom personlig assistans och assistansersättning inte kan beviljas för sådant som utgör sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (se avsnitt 3.3.1) blir följden av en ”återtagen” egenvårdsbedömning att stödbehovet inte längre är assistansgrundande. Om det i detta läge skulle göras en omprövning av den enskildes beslut om personlig assistans eller assistansersättning skulle detta alltså sannolikt leda till en nedsättning av antalet assistanstimmar. Om den aktuella åtgärden, när denna utfördes som egenvård, tillgodoräknats den enskilde utifrån ett samband med ett grundläggande behov, så skulle en ändrad egenvårdsbedömning vid en omprövning kunna medföra att den enskilde hamnar under gränsen för statlig assistansersättning. Om den enskilde inte skulle behöva hjälp med några andra grundläggande behov än just det eller de som hade samband med den tidigare egenvårdsåtgärden, skulle en omprövning kunna leda till att den enskilde hamnar utanför även den kommunalt finansierade personliga assistansen.

3.8.2 När kan en förändrad egenvårdsbedömning leda till ändringar i den enskildes beslut?

Det är en grundläggande princip att en enskild som får ett gynnande förvaltningsbeslut ska kunna inrätta sig efter beslutet. Det finns därför begränsningar i möjligheten för Försäkringskassan och kommunerna att, på grund av ändrade förhållanden, ändra ett beslut om personlig assistans och assistansersättning till den enskildes nackdel.³⁰⁷ På grund av skillnader mellan LSS och socialförsäkringsbalken gäller dock till viss del olika förutsättningar för Försäkringskassans och kommunernas möjligheter att göra en sådan ändring.³⁰⁸ I fråga om en förändrad

³⁰⁶ 4 kap. 10 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, och Socialstyrelsens meddelandeblad nr 6/2013 *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård*, s. 6.

³⁰⁷ 37 § andra stycket 1 förvaltningslagen (2017:900). Se prop. 2016/17:180 *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag*, s. 231.

³⁰⁸ Se 37 § andra stycket 2 och 3 förvaltningslagen (2017:900) och 110 kap. 52–54, 57 a och 58 §§ socialförsäkringsbalken (2010:110).

egenvårdsbedömning omfattas detta av samma regler som i övrigt gäller för omprövning av personlig assistans och assistansersättning.

Gynnande beslut kan inte ändras utan vidare

Ett gynnande beslut är ett beslut som ger den enskilde någon form av förmån. Rätt till personlig assistans enligt LSS och assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken är exempel på sådana förmåner. Ett gynnande beslut har vad som brukar kallas för negativ rättskraft, vilket innebär att beslutet inte hur som helst kan ändras eller återkallas. Principen om gynnande besluts negativa rättskraft utgör en av den allmänna förvaltningsrättens rättssäkerhetsgarantier och syftet med principen är att den enskilde ska kunna känna sig trygg i att hen får behålla det som hen en gång har tilldelats.³⁰⁹

I vilka situationer som ett gynnande beslut får ändras till den enskildes nackdel framgår av 37 § andra stycket förvaltningslagen (2017:900). Där anges att ett beslut som till sin karaktär är gynnande för någon enskild part bara får ändras till den enskildes nackdel om

1. det framgår av beslutet eller de föreskrifter som det har grundats på att beslutet under vissa förutsättningar får återkallas,
2. tvingande säkerhetsskäl kräver att beslutet ändras omedelbart, eller
3. felaktigheten beror på att parten har lämnat oriktiga eller vilseledande uppgifter.

Uppräkningen i bestämmelsen är uttömmande, det vill säga att om ingen av de förutsättningar som nämns är uppfylld i det enskilda fallet så kan det gynnande beslutet inte ändras till nackdel för den enskilde.³¹⁰

³⁰⁹ Bäckman, T., (2018). *Omprövning av personlig assistans och balansen mellan den enskildes trygghet och det allmännas intresse av ändringar. Forskning om personlig assistans – en antologi.* Red. Altermark, Knutsson, Svensson Chowdhury.

³¹⁰ Angående att gynnande beslut inte får ändras utan vidare, se till exempel JO:s beslut dnr 921-2017 (2018-06-14).

Omprövning av beslut om personlig assistans enligt LSS

Omprövningsförbehåll

Det finns inte någon bestämmelse i LSS som ger generell möjlighet att under vissa förutsättningar ändra ett gynnande beslut om personlig assistans. Det förekommer dock att beslut om personlig assistans enligt LSS innehåller ett så kallat omprövningsförbehåll, det vill säga att det i beslutet uttryckligen anges att detta under vissa förutsättningar kan ändras. Att ett sådant förbehåll kan tillämpas framgår av 37 § andra stycket 1 § förvaltningslagen. I varje ärende där en användning av omprövningsförbehåll övervägs måste dock myndigheten ta ställning till nödvändigheten av förbehållet. Myndigheten måste ha klart för sig vad syftet är och förvissa sig om att förbehållet utformas på ett sätt som uppfyller rimliga krav på förutsebarhet och är förenligt med kraven på legalitet, objektivitet och proportionalitet.³¹¹

Tidsbegränsade beslut

Principen om att gynnande beslut inte kan ändras gäller bara under beslutets giltighetstid. Om ett beslut varit tidsbegränsat och giltighetstiden har gått ut finns alltså inte något hinder för kommunen att göra en ny prövning av den enskildes behov om en ny ansökan om insats kommer in. Vid en sådan prövning är kommunen inte bunden av att den enskilde tidigare har haft ett visst gynnande beslut, utan kan då ta hänsyn till ändrade förhållanden eller ny rättspraxis på området.³¹²

Om en insats enligt LSS är tidsbegränsad måste detta framgå av det enskilda beslutet. Justitieombudsmannen (JO) har uttalat att utgångspunkten för alla insatser enligt LSS är att dessa ska vara varaktiga och har framhållit att en myndighet i varje enskilt fall måste överväga om det är nödvändigt att begränsa beslutets giltighetstid. För insatser där det inte kan förutses någon förändring av behovet inom överskådlig tid anser JO att det är mindre befogat med en tidsbegränsning.³¹³

³¹¹ JO:s beslut dnr 1809-2018 (2020-01-17).

³¹² Försäkringskassan (2019), Socialförsäkringsrapport 2019:01 *Funktionsnedsättning i arbetsliv och välfärd – Rapport från forskarseminariet i Umeå 16–17 januari 2019*: Bäckman, T., *Omprövning av personlig assistans – Vems intressen väger tyngst?*

³¹³ JO:s beslut dnr 2000-4207 (2002-10-23) och JO:s beslut dnr 1809-2018 (2020-01-17). Vid ett val mellan omprövningsförbehåll och tidsbegränsning anser JO att det finns goda skäl för

Omprövning av beslut om assistansersättning

Omprövning vid väsentligt ändrade förhållanden

Till skillnad från LSS innehåller socialförsäkringsbalken vissa uttryckliga bestämmelser om när en omprövning av gynnande beslut kan göras. Bland annat följer av 51 kap. 12 § socialförsäkringsbalken att

rätten till assistansersättning ska omprövas i den utsträckning som denna rätt har minskat i omfattning på grund av väsentligt ändrade förhållanden som är hänförliga till den försäkrade.

För att en omprövning enligt bestämmelsen ska kunna bli aktuell ska det vara fråga om faktiska förhållanden som har ändrats. Det innebär bland annat att ändrad rättspraxis inte kan ligga till grund för en omprövning enligt bestämmelsen.³¹⁴ I bestämmelsens förarbeten anges att den omständigheten att de ändrade förhållandena ska vara hänförliga till den försäkrade ska förstås i vid bemärkelse och att ändringar i den försäkrades livssituation får betraktas som hänförliga till den försäkrade. Det kan exempelvis vara fråga om att den försäkrades hjälpbehov tillgodoses genom ett annat samhällsstöd eller att den försäkrade har flyttat till ett annat boende.³¹⁵

Den omprövning som ska göras med stöd av 51 kap. 12 § socialförsäkringsbalken innebär inte att någon fullständig prövning av rätten till assistansersättning kan göras. Omprövningen kan bara gälla frågan i vilken utsträckning som de ändrade förhållandena innebär att rätten till assistansersättning har minskat i omfattning. Timmar med assistansersättning som inte berörs av de ändrade förhållandena ska alltså inte omprövas. Timmar med assistansersättning som berörs av de ändrade förhållandena ska inte heller omprövas på någon annan grund än dessa ändrade förhållanden.³¹⁶

Omprövningsbestämmelsen i 51 kap. 12 § socialförsäkringsbalken var föremål för prövning i Högsta förvaltningsdomstolen i en

kommunen att – snarare än att begränsa beslutets giltighetstid – förse beslutet med förbehåll om att det ska omprövas efter en viss tid eller vid väsentligt ändrade förhållanden. Därigenom påtar sig kommunen själv ansvaret för att ta initiativ till en ny utredning, och beslutet upphör inte att gälla förrän ett nytt har kommit till stånd. Även om kommunen vid sin omprövning kan komma att göra en annan bedömning av den enskildes rätt till personlig assistans leder förfarandet i sig inte till ytterligare otrygghet och osäkerhet för den enskilde. Se även JO:s beslut dnr 1696-2018 (2019-05-23), JO:s beslut dnr 589-2016 (2017-10-02), JO:s beslut dnr 4207-2000 (2002-10-23).

³¹⁴ Prop. 2017/18:78 *Vissa förslag om personlig assistans*, s. 19 ff. och 27–28.

³¹⁵ Prop. 2017/18:78 *Vissa förslag om personlig assistans*, s. 28.

³¹⁶ Prop. 2017/18:78 *Vissa förslag om personlig assistans*, s. 20 f. och 27–28.

dom som meddelades i januari 2021, HFD 2021 ref. 1. Frågan i målet var om det förhållandet att en persons hjälpbehov minskat genom en övergång till ett nytt samhällsstöd i sig utgjort sådana väsentligen ändrade förhållanden som innebär att rätten till assistansersättning ska omprövas, eller om det också krävs att minskningen är väsentlig tidsmässigt sett. I målet handlade det om en genomsnittlig minskning av behovet med fem timmar i veckan. I avgörandet konstaterade domstolen att varken lagtext eller motivuttalanden ger något stöd för att minskningen tidsmässigt sett måste överstiga någon viss given nivå. Domstolen bedömde att den enskildes övergång från skola till daglig verksamhet fick anses som väsentligt ändrade förhållanden som var hänförliga till honom och bedömde att det ankommit på Försäkringskassan att ompröva antalet beviljade assistanstimmar.³¹⁷

Enligt 51 kap. 13 § socialförsäkringsbalken ska en ändring av assistansersättning vid väsentligt ändrade förhållanden gälla från och med den månad när anledningen till ändring uppkom.

Omprövning enligt 51 kap. 12 § socialförsäkringsbalken vid förändrad egenvårdsbedömning?

Det finns inte någon vägledning i varken lag, förarbeten eller rättspraxis i fråga om en förändrad egenvårdsbedömning, som innebär att vissa stödåtgärder i stället blir sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, utgör ett sådant väsentligt ändrat förhållande som är hänförligt till den försäkrade som kan leda till omprövning enligt 51 kap. 12 § socialförsäkringsbalken. Vi kan därför konstatera att det således i dag inte är klarlagt om en ändring i en egenvårdsbedömning som avser en stödinsats som inte är särskilt tidskrävande att utföra skulle kunna utgöra grund för omprövning enligt bestämmelsen (jfr HFD 2021 ref. 1).

Det har inte heller prövats i Högsta förvaltningsdomstolen om de ändrade förhållandenas varaktighet har någon betydelse för bedömningen om en viss omständighet utgör ett sådant väsentligt ändrat förhållande som kan leda till omprövning enligt 51 kap. 12 § socialförsäkringsbalken. Det är därmed inte klarlagt att en ändring i en egenvårdsbedömning som endast är tillfällig, exempelvis på grund av ett tillfälligt förändrat hälsotillstånd hos den enskilde eller i avvaktan

³¹⁷ HFD 2021 ref. 1.

på att det ska komma in ny personal, kan utgöra grund för en omprövning enligt bestämmelsen.

Indragning och nedsättning i vissa fall

I 110 kap. 52 § socialförsäkringsbalken regleras en möjlighet att dra in eller sätta ned en persons assistansersättning ifall denne har försummat sin uppgifts- eller anmälningsskyldighet. Enligt 110 kap. 53–54, 57 a och 58 §§ socialförsäkringsbalken finns även möjligheter till indragning eller nedsättning av assistansersättning exempelvis vid vägran att medverka i utredningen eller vägran att medverka till besök eller inspektion.

Särskilt om de tidigare tvåårsomprövningarna

Den nuvarande utformningen av 51 kap. 12 § socialförsäkringsbalken trädde i kraft den 1 april 2018. Innan dess innehöll bestämmelsen bland annat en skyldighet för Försäkringskassan att ompröva beslut om assistansersättning med två års mellanrum. Vid tvåårsomprövningen kunde Försäkringskassan beakta förändringar i såväl lagstiftning som rättspraxis och ändrade förhållanden i övrigt.

I de förarbeten som föregick upphävandet av tvåårsomprövningarna beskrev regeringen att de senaste årens omfattande förändringar medfört instabilitet och oro för enskilda assistansberättigade och deras närstående. Det angavs även ha inneburit ett snabbt växande ansvar för kommunerna då många har förlorat sin statliga assistansersättning. Regeringen beskrev en vilja att skapa bättre förutsägbarhet för enskilda och kommuner, och samtidigt förhindra att fler ingripande förändringar får genomslag för enskilda assistansberättigade utan att det har föregåtts av politiska beslut. I propositionen framgår att regeringen anser att bestämmelsen om tvåårsomprövning bör återinföras så snart det finns förutsättningar för det.³¹⁸

³¹⁸ Prop. 2017/18:78 *Vissa förslag om personlig assistans*, s. 19 ff. och 27–28.

4 Stödet vid behov av sjukvårdande insatser behöver förstärkas

Sjukvårdande insatser inom den personliga assistansen är ett område som karaktäriseras av ett stort antal olika aktörer med skilda uppgifter, olika förutsättningar och som styrs av olika regelverk. Frågan är då hur detta system fungerar i praktiken. Och allra viktigast, i vilken utsträckning som detta system bidrar till att den som är i centrum för insatserna, det vill säga den enskilde, får en vård och ett stöd som möjliggör självständighet och ett liv på samma villkor som andra samtidigt som de sjukvårdande insatser som ges är av god kvalitet och tillgodoser behovet av trygghet och säkerhet. Det är vad detta kapitel handlar om.

I kapitlet analyseras frågan om gränsdragning mellan egenvård och insatser som utförs enligt hälso- och lagen (finns alls en gräns?). Det analyseras också om, och i så fall hur, som dagens system bidrar till att hälso- och sjukvårdsåtgärder bedöms kunna utföras som egenvård av exempelvis personliga assistenter. Det analyseras också hur väl det sätt som sjukvårdande insatser ges till personer med personlig assistans fungerar i dag. Avslutningsvis ser vi närmare på möjligheten och den eventuella nyttan av att införa ett krav på försäkring för assistansanordnare som erbjuder hjälp med egenvård. Kapitlet inleds med en kort redogörelse för omfattningen av behovet av stöd med sjukvårdande insatser inom målgruppen.

4.1 Hur stort är behovet av stöd med sjukvårdande insatser?

Många assistansanvändare får i dag hjälp med sjukvårdande insatser från personliga assistenter.

I en enkät till assistansanvändare som Försäkringskassan genomförde år 2015¹ uppgav åtta av tio att de använde sin assistans till bland annat mediciner, slemugning och omläggning av sår. Att vårdnära arbetsuppgifter är vanliga illustreras även av Försäkringskassans statistik över nybeviljade beslut om assistansersättning. I uppgifterna för år 2014 framgår att 36 procent av de nya besluten innehöll tid för egenvård som andra personliga behov. I rapporten särredovisas inte eventuell egenvård som ingått i något av de grundläggande behoven. Det är därför sannolikt att den totala andelen beslut som omfattade tid för egenvård i själva verket var högre.²

I en enkät som genomfördes av utredningen *Översyn av yrket personlig assistent* inkom svar från cirka 1 000 personliga assistenter. Bland de svarande uppgav hälften av de personliga assistenterna att de har delegation för hälso- och sjukvårdsuppgifter. Andelen var högst bland dem som var anställda av en kommun: 64 procent. Andelen var lägre bland privatanställda (44 procent) och anställda i kooperativ (42 procent).³

Det är vanligt bland assistansanvändare att få hjälp med administrering av läkemedel. Andra sjukvårdande insatser som assistansanvändare får hjälp med är exempelvis såromläggning, handhavande av kateter, shunt, måltider via sond, hemdialys och andningshjälp. Enligt Försäkringskassans enkät från 2015 använder var fjärde assistansanvändare sin assistans till livsuppehållande åtgärder.

¹ Försäkringskassan (2015). Socialförsäkringsrapport 2015:13 *Assistansersättningens utveckling. Orsaker till ökningen av antalet assistansmottagare och genomsnittligt antal timmar*, s. 65.

² Försäkringskassan (2015). Socialförsäkringsrapport 2015:13 *Assistansersättningens utveckling. Orsaker till ökningen av antalet assistansmottagare och genomsnittligt antal timmar*, s. 131.

³ SOU 2020:1 *Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor*, s. 144.

4.2 Kan vad som helst utföras som egenvård? – Frågan om gränsdragning mellan egenvård och insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen

Distinktionen av en sjukvårdande åtgärd så som en egenvårdsåtgärd eller en insats enligt hälso- och sjukvårdslagen har inte bara betydelse för frågan om patientsäkerhet och ansvarets placering, utan även för den enskildes möjlighet att beviljas personlig assistans och assistansersättning — och därmed även för den enskildes möjlighet att själv ha inflytande över vem som i praktiken ska utföra åtgärden. Egenvård som företeelse uppstod inte i och med assistansreformen men reformen medförde ett ökat behov av att definiera vad som är vad. Frågan om gränsdragning mellan egenvård och insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen har varit aktuell sedan den personliga assistansen infördes år 1994. En omständighet som lett till att ett särskilt ljus nu fallit på frågan är att den medicintekniska utvecklingen medfört att det i dag finns faktiska möjligheter att utföra mer avancerade sjukvårdande uppgifter i hemmet än vad som tidigare varit möjligt. Samtidigt har behov av andningshjälp införts som ett grundläggande behov i LSS⁴ och behov av hjälp med sondmatning bekräftats utgöra en del i det grundläggande behovet måltider⁵. Då dessa uppgifter många gånger är sjukvårdande till sin karaktär förutsätter rätten till personlig assistans för dessa behov ofta att uppgifterna blivit bedömda att kunna utföras som egenvård. Frågor som uppkommer är då var gränsen går, hur man vet vad som är egenvård respektive insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen och vilka åtgärder som kan bedömas som egenvård som vilka som kan utföras av en personlig assistent?

⁴ SFS 2019:618.

⁵ HFD 2018 ref. 21.

4.2.1 Det finns inte någon tydlig övre gräns

Det finns ingen tydlig gräns i regelverket för vad som kan bedömas som egenvård eller när egenvård kan bli aktuellt

Utifrån sett skulle man kunna säga att gränsdragningen mellan vad som är egenvård⁶ och vad som är insatser enligt hälso- och sjukvården är oproblematiserad eftersom det är just hälso- och sjukvårdspersonalens bedömning som gör att en viss hälso- och sjukvårdsåtgärd "blir" egenvård. Bedömningen görs i det enskilda fallet och ingen annan än just hälso- och sjukvårdspersonalen kan göra den bedömningen. Det är alltså för utomstående i själva verket inte fråga om att göra någon gränsdragning alls. Det är däremot skillnad om man ser på frågan från hälso- och sjukvårdens perspektiv, det vill säga de som ska göra bedömningen av om en viss åtgärd i det enskilda fallet kan utföras som egenvård.

Den utgångspunkt som gäller för bedömningen av om en viss åtgärd kan utföras som egenvård är kravet på att en patient ska få en god vård som är sakkunnig och omsorgsfull, och i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den övre gränsen för vad som kan bli aktuellt att bedöma som egenvård är således patientsäkerheten (se avsnitt 3.6.3). Det finns dock inte någon vägledning i fråga om vilka slags åtgärder som skulle kunna bli aktuella att utföras som egenvård och det går inte att säga generellt vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder som är av sådan karaktär att de skulle kunna, eller inte kunna, bli aktuella att utföra som egenvård. Det finns inte heller definierat i vare sig lag eller föreskrift i vilka situationer som egenvård kan bli aktuellt, exempelvis vilka förutsättningar det behöver finnas för patienten själv att vara delaktig i utförandet. Förenklat skulle man alltså kunna säga att det i dag inte finns någon gräns för vad som skulle kunna bli aktuellt att utföra som egenvård eftersom bedömningen är helt beroende av omständigheterna i varje enskilt fall och bedömningen av om en åtgärd kan utföras som egenvård helt ligger helt hos den enskilde legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården.

⁶ Egenvård i den betydelse som i denna utredning läggs i begreppet, det vill säga en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har bedömt att den enskilde kan utföra själv eller med hjälp av någon annan, se avsnitt 3.6.1.

Att det saknas en generell övre gräns bekräftas också av Socialstyrelsens meddelandeblad avseende egenvård där det anges bland annat följande:

En sätt att skilja på hälso- och sjukvård och egenvård är att bedöma om åtgärden kräver medicinskt utbildad personal. Om det krävs medicinskt utbildad personal är det fråga om hälso- och sjukvård och då omfattas den av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det kan dock vara så att närstående har förvärvat så stor kunskap om en enskild patients behov att de i vissa fall kan klara av att utföra åtgärder som normalt kräver medicinskt utbildad personal. Då kan det bli fråga om egenvård. Det kan t.ex. vara fallet när föräldrar hjälper sina barn. Har en person ett bra stöd så att åtgärden kan utföras på säkert sätt, kan det bli fråga om egenvård, även i andra fall t.ex. när ett fåtal personliga assistenter är knutna till den enskilde och de känner honom eller henne väl. I andra fall kan bedömningen bli den motsatta om det är stor omsättning på personal eller om verksamheten saknar bra rutiner för hur man hanterar läkemedel.⁷

Utifrån detta kan också konstateras att det inte heller tycks finnas någon generell gräns när det handlar om situationer då den enskilde behöver få hjälp med utförandet av den aktuella åtgärden.

Det saknas samsyn i hälso- och sjukvården om när en åtgärd kan utföras som egenvård

I vår utredning har vi kunnat se att det inte finns någon enhetlig syn inom hälso- och sjukvården när det gäller vad som kan utföras som egenvård och under vilka förutsättningar.⁸ I olika regioner och olika hälso- och sjukvårdsverksamheter finns olika uppfattningar om i vilka situationer som egenvård kan vara aktuellt och när ansvaret för utförandet av en åtgärd i stället bör ligga kvar hos hälso- och sjukvården.

Inom vissa hälso- och sjukvårdsverksamheter har man uppfattningen att det finns hälso- och sjukvårdsuppgifter som till sin karaktär är för komplexa för att alls kunna utföras som egenvård, till exempel hantering av trakeostomi. Inom andra hälso- och sjukvårdsverksamheter anses det inte finnas några egentliga begränsningar i fråga om vad som kan utföras som egenvård, och exempelvis trakeostomi bedöms regelmässigt kunna utföras som egenvård. Åtgärder

⁷ Socialstyrelsens meddelandeblad nr 6/2013 *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård*, s. 4.

⁸ Samtal med hälso- och sjukvården inom områdena andningsvård, neurologi, ryggmärgsskador och rehabilitering.

som i en hälso- och sjukvårdsverksamhet regelmässigt bedömdes kunna utföras som egenvård beskrevs av en annan hälso- och sjukvårdsverksamhet som så avancerade att inte ens sjuksköterskor på vanliga vårdavdelningar anser sig ha kompetens att ta ansvar för dem, och att det därför kan vara svårt att hitta vårdplats ens på sjukhus för personer med dessa behov. Andra exempel på hälso- och sjukvårdsåtgärder som många gånger bedöms kunna utföras som egenvård är hjälp med andning, måltider genom sond, olika typer av kateterisering och behandling av akut högt blodtryck.

En hälso- och sjukvårdsverksamhet som regelmässigt bedömer att de nämnda åtgärderna kan utföras som egenvård beskrev att flera av de moment som behöver utföras är avancerade och kräver kompetens av utföraren. Det beskrevs också att det i vissa fall kan innebära omedelbar fara för patientens liv om åtgärderna inte utförs på rätt sätt. Vården angavs även innehålla både moment som behöver göras regelbundet (till exempel regelbundna byten eller rengöring av utrustning) och moment som ska göras vid behov.

Förutom att det saknas enhetlighet i fråga om vilken karaktär som en egenvårdsåtgärd kan ha så saknas det också enhetlighet i fråga om huruvida egenvård kan bli aktuellt när patienten har begränsade möjligheter att själv kunna vara delaktig i utförandet praktiskt eller genom instruktioner. Inom vissa hälso- och sjukvårdsverksamheter anses en förutsättning för egenvård vara att man kan instruera patienten om hur uppgiften ska göras och att patienten kan kommunicera sina behov. Det har beskrivits att man anser att kognitiva svårigheter kan utgöra ett hinder för att bedöma att åtgärden kan utföras som egenvård. Inom andra hälso- och sjukvårdsverksamheter anses inte begränsningar för patienten att vara delaktig i utförandet utgöra ett hinder för att bedöma att de sjukvårdande åtgärderna kan utföras som egenvård av exempelvis en personlig assistent. Det förekommer då att komplexa och livsuppehållande medicintekniska hälso- och sjukvårdsåtgärder, behandling med vidbehovsläkemedel och annan läkemedelsbehandling bedöms kunna utföras som egenvård även om patienten inte kan vara delaktig i utförandet. Assistenterna (och annan personal i till exempel daglig verksamhet och särskilda boenden) får då självständigt ta beslut om när en viss åtgärd behöver vidtas och när vidbehovsläkemedel ska ges.

År 2009, efter att Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift utfärdats, gav Sveriges kommuner och regioner (SKR) ut ett cirkulär⁹ i syfte att underlätta tillämpningen av egenvårdsföreskriften och i möjligaste mån undvika oenighet mellan huvudmännen när det gäller egenvård. Utifrån vad vi sett i vår utredning kan det konstateras att det ändå har varit svårt för hälso- och sjukvården att uppnå enhetlighet i sina bedömningar.

4.2.2 En förändring har skett över tid

Sedan den personliga assistansen infördes år 1994 har Socialstyrelsen gjort olika försök att underlätta för berörda aktörer att avgöra vad som kan utföras som egenvård. Vid en tillbakablick framgår att det har skett en förändring över tid när det gäller bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

Socialstyrelsen har genomgående framhållit att ingen gräns för egenvård kan anges och att bedömningen är beroende av omständigheterna i varje enskilt fall. I de tidigare stöddokumenterna fanns dock något som liknade en faktisk övre gräns för vad som kunde komma att bli aktuellt som egenvård. I de tre stöddokument som Socialstyrelsen gav ut mellan år 1995 och 2003 gavs i stort sett samma bild av vad egenvård kunde vara.¹⁰ Bland annat angavs att:

- vissa uppgifter av sjukvårdande karaktär som kan utföras av personen själv eller anhöriga i hemmet efter enklare instruktion av ansvarig läkare eller sjuksköterska räknas inte som sjukvård utan som egenvård. Hit hänförs exempelvis viss såromläggning, byte av stomipåse eller urinpåse samt tillförsel av näring genom sond, dock inte nedläggning av sonden. Om personen på grund av sitt funktionshinder inte kan klara dessa uppgifter utan överlåter uppgifterna till en personlig assistent är detta fortfarande att betrakta som egenvård.
- utgångspunkten för egenvård, det vill säga icke sjukvård, är de uppgifter som ansvarig läkare normalt lämnar till patient och anhöriga att sköta om. Uppgifter som förutsätter omfattande in-

⁹ Sveriges kommuner och regioner (2009). Cirkulär 09:71, dnr 09/5292.

¹⁰ Socialstyrelsens meddelandeblad *Personlig assistans och sjukvårdsuppgifter (1995)*, Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1996:9) om personlig assistans och sjukvårdsuppgifter (upphörde att gälla 1996), och Socialstyrelsens meddelandeblad *Information om gränsdragning mellan egenvård i form av personlig assistans och hälso- och sjukvård m.m. (2003)*.

struktion och handledd träning av ansvarig läkare eller sjuksköterska är att hänföra till sjukvård, oavsett vem som utför uppgiften. Exempel på sådana uppgifter angavs vara övervakning av hemrespirator med slemsugning i luftrören, katetrisering av urinblåsan och katetervård med spolning.

- för att lösa frågan om gränsdragning mellan sjukvård och omvårdnad/egenvård måste som regel patientens ansvarige läkare göra en bedömning av vilka åtgärder som kan anförtros patienten eller anhöriga efter enklare instruktion – och därmed även åt en personlig assistent. De åtgärder som enligt läkarens bedömning endast kan utföras av viss behörig personal eller kräver viss sjukvårdsutbildning eller mer omfattande instruktion och handledd träning bör betecknas som sjukvård och därmed finansieras av sjukvårdshuvudmannen.¹¹

Detta kan alltså jämföras med dagens egenvårdsföreskrift där det inte finns någon uttrycklig gräns för vad som kan bli aktuellt att utföra som egenvård och Socialstyrelsens meddelandeblad från 2013 där det anges att även åtgärder som normalt kräver medicinskt utbildad personal kan bli aktuella för egenvård.¹²

En annan skillnad är att det inte i första hand tycks ha varit läkarens bedömning som i sig självt avgjorde om en viss uppgift utgjorde egenvård eller inte, så som är fallet i dag. Större vikt lades i stället på åtgärdens faktiska karaktär. Hälso- och sjukvårdspersonalens bedömning tycks främst ha syftat till att tolka omständigheterna.

Det kan i sammanhanget också konstateras att Socialstyrelsens första stöddokument om egenvård hade till uttalat syfte att underlätta vid just tillämpningen av LSS och den tidigare lagen om assistansersättning, LASS¹³.¹⁴ Fokus var då att just kunna skilja hälso- och sjukvård från personlig assistans, och i det allmänna rådet från 1996 talas om att ”kunna dra gränsen mellan sjukvård och egen-

¹¹ Socialstyrelsens meddelandeblad *Personlig assistans och sjukvårdsuppgifter* (1995), s. 2, Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1996:9) om personlig assistans och sjukvårdsuppgifter s. 1 f., och Socialstyrelsens meddelandeblad *Information om gränsdragning mellan egenvård i form av personlig assistans och hälso- och sjukvård m.m.* (2003), s. 6–7.

¹² Socialstyrelsens meddelandeblad nr 6/2013 om Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård, s. 4 och *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.*

¹³ Upphävd lag (1993:389) om assistansersättning.

¹⁴ Socialstyrelsens meddelandeblad *Personlig assistans och sjukvårdsuppgifter* (1995) s. 1, Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1996:9) om personlig assistans och sjukvårdsuppgifter s. 1.

vård/omvårdnad”. Detta skiljer sig från dagens egenvårdsföreskrift som främst handlar om hälso- och sjukvårdens praktiska hantering av egenvård.

4.2.3 Frågan om gränsdragning ur de beslutande myndigheternas perspektiv

Försäkringskassan och kommunerna beslutar om rätten till personlig assistans. De kan däremot inte själva avgöra om en viss hälso- och sjukvårdsåtgärd ska utgöra egenvård eller fortsätta betraktas som en sjukvårdande insats enligt hälso- och sjukvårdslagen. Detta är det bara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som kan göra (se avsnitt 3.6.3).

För att kunna fatta beslut om rätten till personlig assistans är det däremot nödvändigt för den beslutsfattande myndigheten att, när underlag i form av egenvårdsbedömning saknas, ta ställning till om det stödbehov som den enskilde beskriver utgör en sådan åtgärd som alls behöver egenvårdsbedömas för att personlig assistans ska kunna beviljas. I Försäkringskassans vägledning om assistansersättning uttrycks det på detta sätt:

När det är klarlagt om en åtgärd är hälso- och sjukvård, egenvård eller över huvud taget inte är en åtgärd för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador kan det tas ställning till om det finns rätt till assistansersättning. För att kunna göra det behöver Försäkringskassan medicinsk information.¹⁵

I avgörandet HFD 2021 ref. 11 angav Högsta förvaltningsdomstolen att, för att en hälso- och sjukvårdsåtgärd ska kunna beaktas vid bedömningen av om rätt föreligger till personlig assistans bör kravet ställas att det klart framgår av beslutsunderlaget att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har överlämnat åt den enskilde att utföra åtgärden själv eller med hjälp av någon annan.

Inspektionen för socialförsäkringen har år 2016 bland annat undersökt hur Försäkringskassan tolkar reglerna om egenvård. I rapporten anges att granskningen visat att Försäkringskassan upplever att det är svårt att få tillräckliga underlag från hälso- och sjukvården som grund för om en åtgärd ska betraktas som egenvård eller inte. Granskningen visade även att i Försäkringskassans handläggning av

¹⁵ Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27 (2020), s. 57.

assistansersättning är gränsdragningen otydlig och svår mellan om en åtgärd ska räknas som stöd som hör till brukarens dagliga liv eller ska räknas som en sjukvårdande åtgärd.¹⁶ Denna bild bekräftades även vid våra samtal med handläggare från Försäkringskassan. Där beskrevs bland annat att det många gånger är svårt att få det underlag som behövs, att egenvårdsbedömning ofta saknas och det också kan vara svårt att veta vem eller vilken verksamhet inom hälso- och sjukvården som ska ansvara för en egenvårdsbedömning. Från hälso- och sjukvårdens sida har framförts att det går åt mycket tid för läkarna att skriva de olika intyg som Försäkringskassan och kommunerna efterfrågar. Även vid samtal med kommuner har vi fått beskrivet att en del av problematiken kring egenvården handlar om att det är svårt för personer att få egenvårdsintyg från hälso- och sjukvården och att det behövs ökad kunskap hos sjukvården om vad som är skillnaden mellan egenvård och en delegerad uppgift enligt hälso- och sjukvårdslagen.

I en kartläggning som Socialstyrelsen gjort av kommuners stöd med egenvård anges att flera kommuner upplever svårigheter med begreppet egenvård och att Socialstyrelsens föreskrift upplevs som svårtolkad och svår att efterleva. Det anges att flera kommuner efterlyser en tydligare och mer lättolkad föreskrift där det framgår vad som menas med egenvård och vad som kan ingå.¹⁷

4.2.4 Reflektioner om gränsdragningen och skillnaden mellan egenvård och insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen

Frågan om gränsdragning har olika innebörd för olika aktörer

Vid en närmare genomgång av frågan om gränsdragning mellan egenvård och insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen kan konstateras att frågan har olika innebörd för olika aktörer.

Eftersom det är den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen som bedömer om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, och denna bedömning inte kan förändras av en handläggare på en myndighet torde just gränsdragningen mellan egenvård

¹⁶ Inspektionen för socialförsäkringen (2016). Rapport 2016:16 *Sjukvårdande insatser och personlig assistans*, s. 7.

¹⁷ Socialstyrelsen (2017). *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning*, s. 24.

och sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen vara oproblematiskt sett ifrån de beslutande myndigheternas perspektiv.¹⁸ Svårigheten för de som ska fatta beslut ligger i stället i att identifiera i vilka situationer som en egenvårdsbedömning alls kan behövas och därefter få det underlag som krävs.

När man ser på frågan om gränsdragning utifrån hälso- och sjukvårdens perspektiv kan konstateras att det i dag inte finns någon övre gräns för vad som kan bedömas kunna utföras som egenvård. Självfallet är det dock så att vissa åtgärder är av så avancerad medicinsk karaktär att utförandet av dessa av patientsäkerhetsskäl helt uppenbart inte kan komma i fråga att överlåtas till personer som saknar hälso- och sjukvårdsutbildning. Det kan även vara så att utförandet kräver utrustning som överhuvudtaget inte kan tillhandahållas i den enskildes hem, eller att en hemmiljö med hänsyn till exempelvis behov av en viss nivå av hygien inte alls lämpar sig för att utföra åtgärden i fråga. Men bortsett från sådana uppenbara situationer då egenvård inte är aktuellt så finns det i dag ett mycket stort utrymme för att bedöma även avancerade hälso- och sjukvårdsåtgärder som egenvård. Svårigheten ligger i att avgöra vad som *bör* bedömas som egenvård eller inte, och här saknas det enhetlighet. I ett välfungerande system hade detta inte nödvändigtvis behövt vara problematiskt. I dagens system där hälso- och sjukvårdens bedömning är helt avgörande för placeringen av det finansiella ansvaret, och där en egenvårdsbedömning är en förutsättning för att en person med stora och varaktiga funktionsnedsättningar och ett omfattande vårdbehov ska kunna få ett sammanhållet stöd, skapas dock starka incitament för att låta hälso- och sjukvård utföras som egenvård trots minskad patientsäkerhet. Frågor som rör patientsäkerheten vid egenvård beskrivs närmare i avsnitt 4.4.3 nedan.

Egenvård innebär inte en högre grad av självbestämmande om hur uppgiften ska utföras

Ett av den personliga assistansens huvudsyften är att den enskilde själv ska kunna bestämma hur stödet ska ges. Hälso- och sjukvården är på ett annat sätt än den personliga assistansen professionsstyrd och det finns regler i bland annat patientsäkerhetslagen som innebär

¹⁸ HFD 2021 ref. 11.

att hälso- och sjukvårdspersonal ska ge vård på ett visst sätt, nämligen en sakkunnig hälso- och sjukvård i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det kan därför låta som att den enskildes möjlighet att självständigt styra över hur stödet ska ges skulle vara mindre i de fall som sjukvårdande insatser ges enligt hälso- och sjukvårdslagen jämfört med om de ges som egenvård. Men så är det inte riktigt.

Även när det gäller egenvård utgår hälso- och sjukvårdspersonalens egenvårdsbedömning från patientsäkerheten och att patienten eller den som ska hjälpa patienten faktiskt utför åtgärden på det sätt som hälso- och sjukvården ordinerat och anvisat. Om åtgärden skulle utföras på ett sätt som väsentligt skiljer sig från ordinationen eller anvisningen skulle en omprövning av egenvården sannolikt leda till att åtgärden inte längre ansågs kunna utföras som egenvård. Att en hälso- och sjukvårdsåtgärd bedöms kunna utföras som egenvård innebär alltså inte en högre grad av självbestämmande om hur uppgiften ska utföras.

På detta sätt är alltså även egenvården mer professionsstyrd än vad som är fallet med vanligt stöd och service. Detta är något som följer av att det är fråga om just sjukvårdande insatser. Självfallet har dock alla lika rätt att neka till att ta emot viss vård.

4.3 Systemet skapar incitament till att sjukvårdande insatser utförs som egenvård

I dagsläget kan personlig assistans och assistansersättning bara beviljas för sjukvårdande insatser om dessa har bedömts kunna utföras som egenvård. En sådan bedömning är således en förutsättning för att en person med omfattande behov av stöd i sin vardag ska vara garanterad att få stödet sammanhållet, det vill säga från samma personer och integrerat med övrigt stöd, i stället för punktinsatser genom exempelvis hemsjukvård. Personlig assistans är den enda insatsen som garanterar den enskilde möjlighet till inflytande över när, var och av vem som stödet med sjukvårdande insatser ska ges. Genom sin flexibilitet möjliggör personlig assistans att även personer med mycket omfattande behov av stöd med sjukvårdande insatser kan styra över sin vardag och delta i samhällslivet. Så som systemet är utformat i dag finns det således starka incitament för assistansan-

vändare och personer som ansöker om assistans att godta att hälso- och sjukvårdsåtgärder bedöms kunna utföras som egenvård, det vill säga utanför hälso- och sjukvårdslagens tillämpningsområde.

Även från hälso- och sjukvårdens perspektiv finns det incitament för att bedöma att hälso- och sjukvårdsåtgärder kan utföras som egenvård. Det eftersom en sådan bedömning innebär att utförandet och finansieringen övergår till någon annan, det vill säga till staten eller kommunens socialtjänst/LSS-verksamhet. Om hälso- och sjukvårdsåtgärden inte bedöms kunna utföras som egenvård är det i stället sjukvårdshuvudmannen som har både det organisatoriska och finansiella ansvaret för den vård som den enskilde behöver.

4.4 Hur väl fungerar det sätt som sjukvårdande insatser ges till personer med personlig assistans?

I vår utredning har vi genomfört intervjuer med assistansanvändare, företrädare, intresseorganisationer, assistansanordnare, hälso- och sjukvården och berörda myndigheter. Vi har även genomfört en enkätundersökning riktad till assistansanvändare och vårdnadshavare till barn med personlig assistans, samt tagit del av andra utredningar, rapporter och kartläggningar.

I utredningen har vi kunnat konstatera att det finns flera problem med det sätt som personer med funktionsnedsättning och behov av sjukvårdande insatser får hjälp i dag. Det vi funnit i vår utredning kan sammanfattas på följande sätt:

- Det finns tecken på bristande patientmedverkan vid beslut om hur sjukvårdande insatser ska ges av en personlig assistent.
- Personliga assistenter utför avancerade sjukvårdande insatser under oklara former.
- Egenvårdsbedömningarna tycks inte alltid göras med patientsäkerheten i fokus.
- Det finns en oenighet om vem som ansvarar och hur långt ansvaret sträcker sig.
- Assistansanvändare och företrädare tar stort ansvar för instruktioner, rådgivning och samordning.

- De personliga assistenterna åläggs ett stort ansvar.
- Vid både egenvård och delegation finns brister i uppföljningen av hur de sjukvårdande insatserna fungerar.
- Det finns svårigheter med informationsöverföring vid både egenvård och delegation.
- Otydlighet om vem som ska bära det slutliga ansvaret leder till långa sjukhusvistelser.
- Vid egenvård och delegation utanför hälso- och sjukvården försvåras ett systematiskt kvalitetsarbete.
- Alla kommuner erbjuder inte stöd vid behov av hjälp med egenvård.

I avsnitten nedan beskrivs dessa punkter närmare.

4.4.1 Det finns tecken på bristande patientmedverkan

I vår utredning har vi kunnat se att många assistansanvändare får hjälp med sjukvårdande insatser från sina personliga assistenter. Samtidigt har det visat sig att flera assistansanvändare och företrädare inte vet vad som utförs som egenvård respektive på delegation från hälso- och sjukvården. Flera vet inte alls vad som menas med egenvård, vad det innebär eller på vilket sätt det skiljer sig från hälso- och sjukvårdsåtgärder.¹⁹

Vid våra samtal med hälso- och sjukvården vittnades om att det förekommer att patienter känner stor oro över om assistenterna ska klara av att utföra den vård som behövs, bland annat beskrevs vissa patienter uppleva dödsångest inför utskrivningen. Vid hearing med assistansanordnare och intresseorganisationer framkom också en uppfattning att patientens inställning inte alltid ges tillräcklig betydelse vid egenvårdsbedömningen. Det beskrevs att det förekommer att assistansanvändaren själv inte får del av all information från hälso- och sjukvården i samband med egenvårdsbedömning och planering.

De uppgifter som vi fått del av anser vi utgör tecken på bristande patientmedverkan, delaktighet och information när det gäller i vil-

¹⁹ Samtal med assistansanvändare, företrädare, assistansanordnare och intresseorganisationer. Även utredningens enkät till assistansanvändare.

ken form som hjälp med sjukvårdande insatser ska ges. Utifrån det kan också ifrågasättas om tillräcklig hänsyn tas till den enskildes önskemål och individuella förutsättningar på det sätt som ska göras enligt patientlagen.²⁰

4.4.2 Avancerade sjukvårdande insatser ges under oklara former

Det är inte enbart enklare sjukvårdande insatser som utförs av personliga assistenter. I vissa fall är det fråga om komplexa åtgärder där ett fel i utförandet till och med kan vara förenat med fara för assistansanvändarens liv och hälsa. I vissa fall ges sådana sjukvårdande insatser till personer som själva inte har förutsättningar för att vara delaktiga i utförandet vare sig praktiskt eller genom instruktioner. I vår utredning har vi kunnat se att det trots detta många gånger är oklart under vilket paraply som assistenterna agerar och vilket regelsystem som gäller för utförandet, det vill säga om det är fråga om egenvård eller om utförandet omfattas av hälso- och sjukvårdslagen.

Assistenter utför avancerade sjukvårdande insatser

I vår utredning har vi kunnat se att vårdbehov som finns bland assistansanvändarna avser till exempel andning, måltider genom sond, olika typer av katetrisering och behandling av akut högt blodtryck. Flera av de moment som behöver utföras är avancerade och kräver kompetens av utföraren. Om åtgärderna inte görs på rätt sätt kan det i vissa fall innebära omedelbar fara för den enskildes liv. Det är fråga om både moment som behöver göras regelbundet (till exempel regelbundna byten eller rengöring av utrustning) och moment som görs vid behov. Vissa vidbehovsåtgärder måste vidtas omedelbart på grund av risk för personens liv. Det är då nödvändigt att hela tiden ha personen inom hör- och synhåll. I vissa fall behöver två personer vara tillgängliga för att kunna hjälpa honom eller henne.²¹

²⁰ 5 kap 2 § patientlagen (2014:821).

²¹ Samtal med hälso- och sjukvården inom områdena andningsvård, neurologi, ryggmärgsskador och rehabilitering. Även samtal med assistansanvändare, företrädare, intresseorganisationer och assistansanordnare, samt uppgifter från utredningens enkät.

Det är inte alltid så att den person som assistenten ska hjälpa med sjukvårdande insatser har förutsättningar för att vara delaktig i utförandet vare sig praktiskt eller genom instruktioner. Det förekommer bland annat att komplexa livsuppehållande medicintekniska hälso- och sjukvårdsåtgärder eller behandling med vidbehovsläkemedel bedöms kunna utföras som egenvård även om personen inte har förutsättningar att avgöra om de sjukvårdande insatserna blir rätt utförda. Personliga assistenter – och annan personal i exempelvis daglig verksamhet eller boende enligt LSS – får exempelvis självständigt ta beslut om när vidbehovsläkemedel ska ges.²²

Personliga assistenter utför sjukvårdande insatser utan att en egenvårdsbedömning gjorts

I vår utredning har kommit fram att det förekommer att assistenter utför sjukvårdande insatser i hemmet med hälso- och sjukvårdens kännedom, men utan stöd i någon dokumenterad egenvårdsbedömning eller planering för hur uppgiften ska göras och vården ska gå till. Det förekommer exempelvis att uppgifter överlämnas av hälso- och sjukvården direkt till personliga assistenter i samband med ett läkarbesök eller vid utskrivning från slutenvården. Detta gör att det är oklart om någon aktiv egenvårdsbedömning alls har gjorts och om det som assistenten utför alls är egenvård.²³

Vid våra samtal med hälso- och sjukvården har lämnats en samstämmig bild av att egenvårdsbedömningar och skriftliga planeringar inte görs i den utsträckning som hade behövts, bland annat på grund av bristfällig kunskap om vad som gäller. Begreppet egenvård anses också vara problematiskt. Denna bild har bekräftats vid hearing med intresseorganisationer och assistansanordnare och vid samtal med SKR. Även vid samtal med Försäkringskassan har beskrivits att personal inom hälso- och sjukvården många gånger saknar kunskap om vad egenvård är, att en egenvårdsbedömning ska göras eller vad en sådan bedömning ska innehålla. Detsamma har beskrivits vid samtal som vi haft med kommuner.

²² Samtal med hälso- och sjukvården inom områdena andningsvård, neurologi, ryggmärgsskador och habilitering Även samtal med assistansanvändare, företrädare, intresseorganisationer och assistansanordnare.

²³ Samtal med hälso- och sjukvården inom områdena andningsvård, neurologi, ryggmärgsskador och habilitering Även samtal med assistansanvändare, företrädare, intresseorganisationer och assistansanordnare.

I utredningens enkät till assistansanvändare har 32 procent av de som svarat uppgett att de har fått en skriftlig egenvårdsplanering från sin läkare, 55 procent har uppgett att de inte fått någon sådan planering och 13 procent har uppgett att de inte vet. Vid samtal med assistansanordnare och intresseorganisationer har dessa framfört att egenvårdsplaneringarna inte alltid innehåller tillräcklig information.

I rapporten *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvård?* fann Socialstyrelsen att uttrycket egenvård i den betydelse som avses i egenvårdsföreskriften inte är tillräckligt känt. Bedömningen var att det finns behov att ta fram tydligare information om vad som avses med begreppet egenvård enligt föreskriften.²⁴

Uppgifter delegeras till personliga assistenter trots osäkerhet om vilket regelverk som då gäller

I våra samtal med hälso- och sjukvården och med assistansanordnare har det kommit fram att det finns skilda uppfattningar om möjligheten att använda sig av delegering vid överlämning av uppgifter från hälso- och sjukvården till personer som inte är verksamma inom hälso- och sjukvården. Även i de fall som delegering används är det dessutom oklart för aktörerna vilka regler som gäller.

Inom vissa hälso- och sjukvårdsverksamheter finns en uppfattning att det inte är möjligt att delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter till aktörer utanför hälso- och sjukvården. Egenvård bedöms då vara det enda alternativet för att dessa patienter ska kunna få komma hem, exempelvis personer med trakeostomi. Inom andra hälso- och sjukvårdsverksamheter är dock uppfattningen den motsatta, det vill säga att det anses vara möjligt att delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter till en personlig assistent även om denne inte är anställd inom en verksamhet som betraktar sig som en hälso- och sjukvårdsverksamhet. Alternativet till delegering anses i dessa fall vara att patienten skulle behöva bo kvar på sjukhus. Insatsen till den enskilde betalas då av sjukvårdshuvudmannen som ingår avtal med den aktuella assistansanordnaren. Uppfattningen tycks vara att de delegerade uppgifterna utgör insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen och det är också detta som förmedlas till patienten. Däremot förs inte någon hälso- och sjukvårdsjournal avseende den vård som ges i hemmet och

²⁴ Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning*, s. 31.

om skador eller risker för skador inträffar hanteras dessa inte alltid inom ramen för den verksamhet som delegationen har utgått från. Det har också framförts att olika verksamheter inom hälso- och sjukvården skiljer sig åt i fråga om hur ambitiöst man hanterar utbildning och uppföljning när man delegerar en åtgärd.

Vid samtal med Socialstyrelsen har framhållits att myndighetens delegeringsföreskrift²⁵ endast är gällande inom hälso- och sjukvården och att det som utförs av en personlig assistent efter delegation från hälso- och sjukvården därmed inte självklart omfattas av hela hälso- och sjukvårdens regelverk.

Vid samtal med Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf) framfördes att de uppgifter som utförs av en assistent efter delegation från hälso- och sjukvården inte självklart omfattas av den delegerande vårdgivarens patientskadeförsäkring.

I betänkandet *Översyn av yrket personlig assistent* har man bland annat tittat närmare på egenvård och hälso- och sjukvård på delegation som utförs av personliga assistenter. I betänkandet beskrivs att kartläggningen visat att det kan vara otydligt hur ansvar och befogenheter ser ut när det gäller egenvård och hälso- och sjukvård på delegation. I betänkandet beskrivs att vissa assistansanordnare har uppgett att företrädare för regionen eller kommunen inte kan förklara vad som gäller för delegation respektive egenvård.²⁶

Frågan om delegering till personer utanför hälso- och sjukvården har behandlats närmare i avsnitt 3.5.6, och det kan konstateras att det inte finns något allmänt gällande svar på vad som gäller i en sådan situation. Det kan dock också konstateras att det förekommer att delegeringar till personliga assistenter sker utan att det först har retts ut vem som i det enskilda fallet ansvarar för vad och vilka regler som gäller.

4.4.3 Patientsäkerheten är inte alltid i fokus vid egenvårdsbedömningen

Vid vår utredning har det kommit fram uppgifter som tyder på att egenvårdsbedömningar inte alltid fullt ut görs utifrån en bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet, en individuell bedömning

²⁵ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

²⁶ SOU 2020:1 *Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor*, s. 145 ff.

av patientens möjlighet att få en trygg och säker vård och en full insikt i vad egenvård egentligen innebär för patienten.

Vid samtal med hälso- och sjukvården har vi fått ta del av beskrivningar om att:

- uppgifter slentrianmässigt bedöms kunna utföras som egenvård för att det inte upplevs finnas något annat alternativ för att patienten ska få komma hem,
- det många gånger handlar mer om att fördela kostnader än om att man fokuserar på personcentrerad vård och vad som är bäst för patienten,
- det i vissa fall beslutas att en åtgärd kan utföras som egenvård främst för att det är så inarbetat att föräldrarna eller assistenterna brukar göra vissa saker.

En person, inom hälso- och sjukvården, uttryckte att:

Om läkarna hade vetat vad egenvårdsbedömningen innebar hade färre beslutat om egenvård.

Vid våra samtal med handläggare vid Försäkringskassan har det också beskrivits att det förekommer att hälso- och sjukvården ändrar sin bedömning till att uppgiften kan utföras som egenvård först efter det att man fått klart för sig vilken betydelse egenvårdsbedömningen har för den enskildes möjlighet att få personlig assistans. Det har också beskrivits att egenvårdsbedömningar som kommer in till Försäkringskassan många gånger är generellt hållna, det vill säga inte gjorda i förhållande till någon viss namngiven personlig assistent.

Även i *Översyn av yrket personlig assistent* beskrivs att egenvårdsbedömningar inte alltid görs i förhållande till den assistent som ska utföra åtgärden.²⁷

Samtidigt har assistansanvändare, företrädare, hälso- och sjukvården alla framhållit vikten av kontinuitet i stödet och att det finns stor oro hos assistansanvändare att förlora sin assistans.

²⁷ SOU 2020:1 *Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor*.

4.4.4 Oenighet om vem som ansvarar och hur långt ansvaret sträcker sig

I utredningen har kommit fram att det finns olika uppfattningar om det är hälso- och sjukvården eller assistansanordnaren som har ansvaret för samverkan, utbildning och rådgivning till de personliga assistenterna vid utförande av egenvård, och hur långt ansvaret sträcker sig.

Hälso- och sjukvårdens perspektiv

Vid våra samtal med hälso- och sjukvården har det kommit fram att vid egenvård instruerar hälso- och sjukvården ofta bara ett fåtal av patientens personliga assistenter. De assistenter som fått instruktioner förväntas sedan instruera de övriga assistenterna. Det har framhållits att det kan vara en utmaning att varje person kan ha ett större antal personliga assistenter och att det även är en viss omsättning inom assistenternas arbetsgrupp sett över tid. Vid samtal med hälso- och sjukvården har det också kommit fram att det inte alltid finns någon tydlig struktur för hur assistenterna eller assistansanordnaren ska agera, eller vem de ska kontakta, ifall någonting går fel eller om det skulle behövas brådskande rådgivning om egenvården. Det har även visat sig variera mellan olika hälso- och sjukvårdsverksamheter i vilken omfattning som samverkan sker med den som anordnar patientens assistans.

Från hälso- och sjukvårdens sida har det bland annat framförts en uppfattning att en stor del av ansvaret för instruktioner och vidareförmedling av instruktioner ligger hos, eller åtminstone borde ligga hos, assistansanordnarna. Det har även framförts att det över lag borde ligga ett större ansvar på assistansanordnarna när det gäller vårdens kvalitet. Det finns också en uppfattning om att det skulle vara bra om det gick att ställa vissa kompetenskrav på assistenter och att vissa uppgifter borde utföras av personal med sjuksköterskeutbildning. Inom hälso- och sjukvården understryks att det är ett mycket stort ansvar som de personliga assistenterna tar på sig.

Vid våra samtal med hälso- och sjukvården har kommit fram att det också upplevs finnas en otydlighet när det gäller det interna ansvaret, det vill säga vem och vilken verksamhet inom hälso- och sjukvården som egentligen har ansvaret för att bedöma och följa upp egenvården för en enskild patient; specialistvården, primärvården

eller hemsjukvården. Otydligheten uppges leda till att patienten bollas runt inom hälso- och sjukvården och leda till att patientsäkerheten påverkas på ett negativt sätt.

Assistansanordnarnas perspektiv

Vid våra samtal med assistansanordnare har det framkommit en uppfattning att hälso- och sjukvården inte alltid ger assistenterna tillräckliga instruktioner om hur uppgifterna ska utföras. Det har beskrivits att det många gånger är svårt för assistansanordnarna att veta vad som gäller för vården och hur den ska utföras, eftersom hälso- och sjukvården inte gör egenvårdsbedömningar och egenvårdsplaneringar i nödvändig utsträckning. Svårigheten att få kvalitativa egenvårdsbedömningar uppges kunna påverka kvaliteten på assistansanvändarens insats. Man upplever också att det finns otydligheter i fråga om ansvar för utbildning, dokumentation, sekretess och avvikelshantering

Det har också beskrivits att det många gånger är svårt för assistenterna att veta vart de ska vända sig när de behöver rådgivning från hälso- och sjukvården i frågor som avser egenvården. Ibland handlar det om brådskande frågor och assistenterna är då många gånger hänvisade till 1177 Vårdguiden där det inte alltid finns någon som vet vad som behöver göras just för den assistansanvändare som det handlar om.

I vår utredning har vi fått ta del av bland annat följande exempel då assistenter har behövt rådgivning från hälso- och sjukvården på grund av oförutsedda händelser:

- stopp i slangen till peg så att mat och mediciner inte kunnat ges på rätt tid,
- rådgivning vid bortglömd lunchdos med medicin,
- slangen till peg har gått isär så att sondmat och mediciner runnit ut,
- assistansanvändaren har kräkt upp sina mediciner,
- kuffballong till trakealkanyl har varit nästan helt tom på luft,
- peg har fastnat i något och ryckts ut.

I utredningen har det framkommit att assistansanordnare upplever att de får ta stort ansvar för samverkan och vårdplanering eftersom hälso- och sjukvården inte tar initiativ till detta i den utsträckning som man anser behövs. Det har också beskrivits att det förekommer att uppgifter överlämnas av hälso- och sjukvården direkt till den personliga assistenten exempelvis efter ett läkarbesök eller i samband med utskrivning från slutenvården, utan att samverkan först har skett mellan hälso- och sjukvården och ansvarig befattningshavare i den verksamhet där assistenten är anställd.

Assistansanvändare och företrädare tar stort ansvar

I den enkät som vi riktat till assistansanvändare och, i förevarande fall, deras företrädare angav 26 procent av de assistansanvändare som har egenvård att assistenten fått utbildning från hälso- och sjukvården, 33 procent angav att de själva eller deras företrädare utbildat assistenten, 33 procent uppgav att assistenten inte fått någon utbildning alls och 8 procent uppgav att de inte vet om assistenten har fått någon utbildning eller inte.

Vid samtal med vårdnadshavare och andra företrädare uppgav dessa i flera fall att de själva instruerar assistansanvändarens assistenter om hur vården ska ges och att de även uppdaterar assistenterna om förändringar.

Vid samtal med assistansanvändare och företrädare framkom att det ofta saknas samordnande person eller kontaktperson att vända sig till inom hälso- och sjukvården.

De personliga assistenterna får ta ett stort ansvar

I våra samtal med assistansanordnare har beskrivits att det händer att assistenter tycker att det är svårt och obehagligt att utföra uppgifter som hälso- och sjukvården lagt på dem att utföra. Assistenterna utför avancerade sjukvårdande insatser som i vissa fall är av livsuppehållande karaktär. Detta bekräftar också den bild som ges i betänkandet *Översyn av yrket personlig assistent* där det beskrivs att ett stort ansvar läggs på assistenterna när tekniskt komplicerade uppgifter utförs som egenvård. Som exempel angavs när assistenter jobbar med assistansanvändare utan egen andningsfunktion 45 minuter från

sjukhus utan någon back-up.²⁸ I en enkät som gjorts i den utredningen uppgav 22 procent av assistenterna att de behöver ökad kunskap om sjukvårdsåtgärder, medicinering eller liknande.²⁹ I utredningen gjordes bedömningen att olika lagar som styr assistenters och assistansanordnares ansvar och befogenheter för egenvård och sjukvård på delegation behöver bli lättare att förstå och följa.³⁰

Andra kartläggningar bekräftar bilden

Socialstyrelsen redovisade år 2017 resultatet av en kartläggning av hur hälso- och sjukvården arbetar med egenvård.³¹ Vid kartläggningen konstaterade Socialstyrelsen att egenvård är ett komplext område som ofta förekommer i gränslandet mellan olika huvudmäns ansvarsområden och att egenvård därför kräver samarbete och gemensam planering. Socialstyrelsen bedömde att det fanns behov av att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar för bedömning, information, samråd och planering med andra aktörer som exempelvis skolpersonal, personliga assistenter och personal på korttidsboende vid beslut om egenvårdsinsatser.³²

År 2017 redovisade Socialstyrelsen även resultatet av en kartläggning av kommunernas stöd vid genomförande av egenvård.³³ Kartläggningen visade bland annat att problem kan uppstå i samband med att barn som har hjälp med egenvård från sina föräldrar behöver hjälp med samma åtgärder i korttidsboende eller skola. I rapporten framgår att det i kartläggningen beskrivits att det kan vara svårt med ansvarsgränser för vissa insatser som sondmatning och sugning av trakeostomi. Ansvaret överlämnas på sjukhus till föräldrar som senare vill ha avlastning på korttidsvistelse. Omvårdnadspersonal behöver då läras upp, men frågan ställs av vem? Även när ny personal ska in runt det sjuka barnet ställs frågan vem som ska lära upp dessa.³⁴ I Socialstyrelsens rapport beskrivs även att flertalet kommuner upplever brister i samverkan och kommunikation med regionerna rörande egenvård. Socialstyrelsen fann att det som kom fram

²⁸ SOU 2020:1 *Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor*, s. 145.

²⁹ SOU 2020:1 *Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor*, s. 144.

³⁰ SOU 2020:1 *Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor*, s. 228.

³¹ Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning*.

³² Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning*, s. 32 f.

³³ Socialstyrelsen (2017). *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning*.

³⁴ Socialstyrelsen (2017). *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning*, s. 26.

i kartläggningen stärkte myndighetens tidigare iakttagelser om att formerna för informationsutbyte och samråd mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer i samband med utförande av egenvård behöver förbättras.³⁵ Socialstyrelsen redogjorde för en avsikt att revidera meddelandebladet om egenvård med särskilt fokus på att förtydliga och informera om att hälso- och sjukvården har ansvar för bedömning, information, samråd och planering med andra aktörer som exempelvis personliga assistenter och personal på korttidsboende vid beslut om egenvårdsinsatser, samt förtydliga och informera om att hälso- och sjukvården har ansvar för att egenvården omprövas om förutsättningarna ändras och vad detta innebär.³⁶

I Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsynsrapport för år 2015 beskriver IVO att man i tillsynen kunnat se att det i verksamheter för unga med funktionsnedsättning ofta utförs hälso- och sjukvårdsåtgärder av personalen på boendet utan att en legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal gjort en bedömning av om uppgifterna kan räknas som egenvård eller om det måste ske en delegering av uppgifterna. Det beskrivs att IVO sett risker i hur hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs i verksamheter som tar emot barn och unga med funktionsnedsättning, både i verksamheter där barn och unga bor stadigvarande och i korttidsboenden. IVO:s tillsyn visade att hälso- och sjukvårdsåtgärder i många verksamheter utförs av personal efter instruktioner från vårdnadshavaren, med konsekvensen att det medicinska ansvaret är oklart. I många verksamheter saknas helt kontakt med barnens eller ungdomarnas behandlande läkare eller övrig sjukvårdspersonal. IVO konstaterade att det regelverk som omgärdar åtgärder som utgör hälso- och sjukvård är till för att den enskilda ska ges en säker vård, och att om personal inom socialtjänsten utför hälso- och sjukvårdsuppgifter utan att ha rätt kompetens för detta kan det innebära att den enskildas hälsa allvarligt riskeras.³⁷ IVO har även år 2021 beskrivit egenvård som ett riskområde för personer med funktionsnedsättning eftersom de uppmärksammat att det finns oklarheter kring ansvaret gällande egenvård, främst inom personlig assistans och på korttidshem för barn.³⁸

³⁵ Socialstyrelsen (2017). *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning*, s. 29 ff.

³⁶ Socialstyrelsen (2017). *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning*, s. 31.

³⁷ Inspektionen för vård och omsorg (2016). *Tillsynsrapport - De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015*, s. 24.

³⁸ www.ivo.se/tillsyn/prioriterade-riskomraden-2018-2020/personer-med-funktionsnedsattning/riskomrade-personer-med-funktionsnedsattning/ (hämtad 2021-03-27).

4.4.5 Brister i uppföljningen av hur de sjukvårdande insatserna fungerar

En kartläggning³⁹ som Socialstyrelsen redovisat år 2017 visar att ändrade förutsättningar, såsom när en ny assistent börjar, inte alltid medför att hälso- och sjukvården gör en ny bedömning av om åtgärden fortfarande kan utföras som egenvård. Socialstyrelsens slutsats var att hälso- och sjukvården behöver uppmärksammas på sitt ansvar att göra en ny egenvårdsbedömning vid förändrade omständigheter och att det finns ett behov av att förtydliga att hälso- och sjukvården har ansvar för att egenvården omprövas om förutsättningarna ändras och vad det innebär.⁴⁰ Denna bild förstärktes vid våra samtal med assistansanordnare och intresseorganisationer där uppfattningen framfördes att egenvård inte följs upp i tillräcklig utsträckning av hälso- och sjukvården.

I betänkandet *Översyn av yrket personlig assistent* beskrivs att det finns brister i fråga om uppföljning även i samband med uppgifter som utförs av personliga assistenter efter att de erhållit delegation från hälso- och sjukvården. Där framgår att även om delegation finns har regionen ändå inte alltid kontroll på om den fungerar som den ska.⁴¹ Denna bild har också bekräftats vid våra samtal med assistansanordnare.

4.4.6 Svårigheter med informationsöverföring vid både egenvård och delegation

I betänkandet *Översyn av yrket personlig assistent* beskrivs att assistenter kan uppleva att de, trots att de har delegation, inte kan kontrollera att ändringar i läkemedelsbehandling som assistansanvändare eller närstående instruerar om är korrekta, och att detta skapar osäkerhet.⁴²

Socialstyrelsen har också vid en kartläggning funnit att hälso- och sjukvårdens arbete med bedömning av och information om egenvård i de flesta fall fungerar bra vid kontakt med patienten respektive patientens föräldrar, men att bilden är en annan när det gäller infor-

³⁹ Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning*.

⁴⁰ Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning*, s. 32.

⁴¹ SOU 2020:1 *Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor*, s. 145.

⁴² SOU 2020:1 *Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor*, s. 145.

mation till andra som ska hjälpa patienten med egenvården. Kartläggningen visade att patienten eller föräldrarna i dessa fall ofta får rollen som bärare av information om egenvård.⁴³ Socialstyrelsen konstaterade att formerna för informationsutbyte och samråd mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer i samband med utförande av egenvård behöver förbättras. Socialstyrelsen ansåg att hälso- och sjukvårdens ansvar för information till exempelvis personliga assistenter vid beslut om egenvårdsinsatser behöver förtydligas.⁴⁴

Bilden av brister i informationsöverföring från hälso- och sjukvården till de personliga assistenterna har bekräftats även i vår utredning. Vid våra samtal har det visat sig finnas en osäkerhet om vad som gäller rörande sekretess och informationsöverföring, det vill säga vilka uppgifter som hälso- och sjukvården får utbyta med de personliga assistenterna, vid både egenvård och delegation. Ett stort ansvar läggs på assistansanvändaren eller dennes företrädare att vidarebefordra ny information om sjukvårdsinsatserna från hälso- och sjukvården till de assistenter som ska utföra uppgiften. Vid våra samtal med assistansanordnare har beskrivits att assistenterna inte alltid får den information som de behöver. Till exempel förs ny information som assistansanvändare eller företrädare fått vid besök i hälso- och sjukvården inte alltid vidare till assistenterna.

Det har även visat sig finnas en osäkerhet om vad som gäller rörande dokumentation när en uppgift överlämnats till assistenter genom delegation. En hälso- och sjukvårdsverksamhet som varje år gör ett stort antal delegeringar till personliga assistenter har beskrivit att det inte förs någon hälso- och sjukvårdsjournal avseende de delegerade vårduppgifter som assistenterna utför i den enskildes hem. Vissa patienter vill inte heller att assistenterna dokumenterar någonting. Verksamhetens uppfattning är att det hade varit bra om det fanns ett ansvar att dokumentera vissa händelser. Det har också beskrivits att det förekommer att patienten förhindrar den personliga assistenten att ta kontakt med hälso- och sjukvården.

⁴³ Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning*, s. 31 f.

⁴⁴ Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning*, s. 32 f.

4.4.7 Otydlighet om vem som ska bära det slutliga ansvaret för konsekvenser för den enskilde

I våra samtal med hälso- och sjukvården beskrevs att en bedömning om egenvård kan göras först när patienten är medicinskt färdigbehandlad, och att man sedan behöver invänta beslutet om personlig assistans och anställning av assistenter innan patienten kan skrivas ut. Detta kan innebära att en patient behöver stanna kvar inneliggande på sjukhuset i 6–12 månader efter att han eller hon är medicinskt färdigbehandlad. Det händer att personer med snabbt progredierande tillstånd avlider innan beslut om assistans har fattats. Det har också beskrivits att en otydlighet om vem som har ansvar för att bedöma, utföra och finansiera vårduppgifterna leder till att personer bollas mellan aktörerna och till att det uppstår glapp mellan insatser. Vid samtal med Försäkringskassan beskrevs att det ofta saknas information som behövs för att göra en bedömning, vilket kan leda till en fördröjning av beslutet.

Vid både samtal med Socialstyrelsen och med Försäkringskassan har det beskrivits att det förekommer att hälso- och sjukvården väljer vård- och behandlingsalternativ för den enskilde beroende på om den enskilde beviljas eller nekas personlig assistans, exempelvis vid behov av andningshjälp.

4.4.8 Ett systematiskt kvalitetsarbete försvåras

Skador och risker för skador inträffar

Vid granskning av handlingar som under första halvåret 2020 kommit in till IVO i form av anmälningar från enskilda och anmälningar enligt lex Sarah respektive lex Maria, kan konstateras att det inte kommer in något större antal anmälningar om skador eller risker för skador som inträffat när personliga assistenter utfört sjukvårdande insatser. I våra samtal med assistansanordnare och hälso- och sjukvården har vi däremot fått ta del av flera exempel på sådana avvikelser. Att det förekommer avvikelser som inte återfinns i handlingar hos IVO är dock inte anmärkningsvärt i sig. Anmälningar enligt exempelvis lex Sarah handlar om sådana händelser som de anmälade verksamheterna bedömer som allvarliga missförhållanden. Missför-

hållanden som bedöms vara mindre allvarliga anmäls inte till IVO utan hanteras inom den egna verksamheten.

Vi har i vår utredning bland annat fått ta del av följande exempel på skador och risker för skador som inträffat i samband med att personliga assistenter utfört sjukvårdande insatser:

- ”näsa” på trakeostomi användes under för lång period,
- kramplösande läkemedel gavs för tidigt, det vill säga inte i enlighet med ordination,
- styrkan på en sug till trakealkanyl var uppvriden på för hög effekt för ett barn, med risk för allvarliga skador på slemhinnor och lungor,
- handortoser förväxlades och användes på fel hand med tryckskador som följd.
- syrgasmask användes med för stor koncentration av syrgas under för lång tid, med risk för allvarliga följder
- handortoser spändes åt för hårt över natten vilket resulterade i trycksår
- sprutor förberedda med läkemedel för akutsituation laddades med för hög dos läkemedel (gällande barn),
- korsett för barn med skolios hanterades felaktigt under flera dagar med tryckskador som följd.
- assistansanvändare med svårskött diabetes instruerade själv om hur mycket insulin som skulle ges vilken resulterade i sjukhusvistelse.

Vid våra samtal med assistansanordnare har beskrivits att man ser en risk för att avvikelser inte vidarebefordras från assistansanvändaren/företrädaren till hälso- och sjukvården på grund av oro för att egenvårdsbedömningen ska dras in och assistansen förloras. Det fåtal anmälningar som inkommit till IVO skulle också kunna tyda på viss underrapportering.

Det är otydligt för aktörerna hur skador och risker för skador ska hanteras

Två olika avvikelshanteringssystem

I dagens system med egenvård, delegation och personlig assistans finns två ansvariga verksamheter när sjukvårdande insatser ges, dels assistansanordnaren dels den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedömt att insatsen behövs. Dessa två aktörer har separata avvikelshanteringssystem och lyder under delvis olika regler för systematiskt kvalitetsarbete (till exempel lex Sarah/lex Maria). Inom hälso- och sjukvårdens verksamheter finns medicinsk kompetens som kan vara behjälplig vid bedömningen av till exempel allvarlighetsgraden av risker med mera. Inom LSS-verksamhet så som anordnare för personlig assistans finns inte något krav på sådan kompetens.

Avvikelse som inträffat när en personlig assistent utfört sjukvårdande insatser hanteras inte alltid inom ramen för hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitetsarbete

I våra samtal med hälso- och sjukvården och med assistansanordnare har det kommit fram att det med dagens system dels kan vara svårt att få en överblick över avvikelser som inträffar i samband med att sjukvårdande insatser utförs i hemmet, dels att avvikelser riskerar att falla mellan stolarna, det vill säga att de varken tas om hand av assistansanordnaren eller hälso- och sjukvården. Detta tycks gälla både vid egenvård och vid delegation.

Vid samtal med hälso- och sjukvården beskrevs att avvikelser som sker vid utförandet av egenvård många gånger inte kommer till hälso- och sjukvårdens kännedom, och att sådana avvikelser normalt inte heller hanteras inom hälso- och sjukvårdens avvikelshanteringssystem. En hälso- och sjukvårdsverksamhet som använder sig av delegation till personliga assistenter uppgav att om de får veta att något gått fel kan detta leda till att delegationen dras in. Det är dock bara om den inträffade avvikelsen beror på fel i instruktionerna som denna rapporteras i hälso- och sjukvårdens avvikelshanteringssystem.

Vid samtal med assistansanordnare beskrevs att när det inträffat avvikelser vid egenvård kan det vara svårt att veta om orsaken varit en brist från hälso- och sjukvårdens sida (till exempel ordination,

egenvårdsbedömning, planering, instruktioner, information eller uppföljning) eller om assistenten utfört uppgiften på ett felaktigt sätt trots tydliga instruktioner. Detta uppgavs ha betydelse för hur, och av vem, som avvikelser ska hanteras. Assistansanordnare uppgav att de saknar insyn i hur hälso- och sjukvården hanterar avvikelser och gör riskbedömning avseende fortsatt egenvård, men att de upplever att egenvården inte följs upp i tillräcklig utsträckning.

I en kartläggning som Socialstyrelsen gjort framkom att det är svårt att få en bild på nationell nivå av hur vanligt det är med skador i samband med egenvård. Vid kartläggningen framkom att avvikelshanteringssystemen i flera landsting saknar sökord eller kategori för egenvård eller egenvårdsbedömningar. Även de myndigheter som tar emot anmälningar gällande egenvård eller egenvårdsbedömningar har svårt att ta fram tillförlitlig statistik då de inte har egenvård som enskild kategori eller sökord. I kartläggningen konstaterade Socialstyrelsen att för att få en ökad patientsäkerhet är det viktigt att vårdgivarna själva följer upp samtliga skador i samband med egenvård. Detta gäller både vårdskador och andra skador som uppkommer i samband med utförande av egenvård.⁴⁵

4.4.9 Alla kommuner erbjuder inte stöd vid behov av hjälp med egenvård

Kommunerna har en roll som på flera sätt skiljer sig från övriga aktörers inom den personliga assistansen. En skillnad mellan Försäkringskassan och kommunerna är till exempel att kommunerna har en skyldighet att verkställa själva insatsen ifall den assistansberättigade efterfrågar det, till skillnad från Försäkringskassan som bara har att utge ekonomisk ersättning. Det finns också en skillnad mellan kommunerna som assistansanordnare jämfört med privata aktörer. Det då kommunen inte kan avstå att erbjuda assistans till någon på det sätt som en privat anordnare kan välja att göra. Till skillnad från privata assistansanordnare är kommunerna också alltid vårdgivare eftersom de har ett lagreglerat huvudmannaskap för hälso- och sjukvård i vissa typer av verksamheter. Det finns i dag inte något krav på att privata assistansanordnare också ska vara vårdgivare.

⁴⁵ Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning.*

Även när personer i annat fall än vid personlig assistans behöver stöd med egenvård kan det ankomma på kommunerna att erbjuda stödinsatser enligt socialtjänstlagen eller inom ramen för insatser enligt LSS.

På uppdrag av regeringen gjorde Socialstyrelsen år 2017 en kartläggning av vilket stöd som lämnas av kommuner till personer med funktionsnedsättning som har behov av hjälp med genomförandet av egenvård.⁴⁶ I rapporten konstaterades att även om kommunerna många gånger erbjuder stöd vid egenvård via exempelvis personlig assistans enligt LSS så tycks de inte alltid kunna tillgodose behovet hos assistansanvändare. Flera kommuner anser att de mer komplicerade åtgärderna är svåra att kunna hjälpa till med. Kommunerna gav vid kartläggningen även uttryck för att det är otydligt vem som ska ansvara för hjälp med egenvård till dessa personer.⁴⁷

I Socialstyrelsens kartläggning framkom att inte alla kommuner erbjuder stöd vid egenvård, utan att vissa kommuner endast utför hälso- och sjukvård på delegation. Omkring 95 procent av kommunerna uppgav att de kan ge stöd vad gäller läkemedel. Nästan lika många kommuner kan erbjuda stöd vad gäller rehabilitering och insatser som ordinerats av fysioterapeut eller arbetsterapeut (90 procent). Något färre kommuner kan erbjuda stöd vid egenvård när det gäller mer avancerade åtgärder, 86 procent. Flera kommuner uppgav att mer krävande åtgärder som exempelvis respiratorvård inte anses tillämpligt som egenvård och att det därför inte fattas beslut om stöd vid respiratorvård.⁴⁸

Vid kartläggningen framkom att inte heller alla kommuner kan erbjuda stöd vid egenvård till barn och unga inom verksamheter enligt LSS så som bostad med särskild service/familjehem för barn och unga, avlösarservice i hemmet, korttidstillsyn och korttidsvistelse. En kommun kommenterade stöd vid egenvård som rör barn och unga: Det är svårt med ansvarsgränserna särskilt vid små barn/föräldransvar. Ofta blir det ett beslut om övertag av insatser enligt HSL.⁴⁹

I kartläggningen konstaterades att många närstående, framför allt inom LSS, tycks kompensera för bristande tillgång till stöd vid egen-

⁴⁶ Socialstyrelsen (2017). *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning.*

⁴⁷ Socialstyrelsen (2017). *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning*, s. 29.

⁴⁸ Socialstyrelsen (2017). *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning*, s. 17.

⁴⁹ Socialstyrelsen (2017). *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning*, s. 20.

vård. Det gäller framför allt vid egenvård som rör barn och unga och vid mer komplicerade åtgärder.⁵⁰

4.5 Det finns många problem med hur sjukvårdande insatser ges till personer med personlig assistans – sammanfattande analys

I detta avsnitt redogör vi för våra slutsatser avseende hur sjukvårdande insatser ges till personer med personlig assistans.

4.5.1 Det sätt som sjukvårdande insatser ges i dag säkerställer inte god vård med hög patientsäkerhet

Det starka incitamentet till egenvård medför att förutsättningarna för verklig patientmedverkan sätts ur spel

Enligt patientlagen ska en patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.⁵¹ Man kan dock fråga sig i vilken utsträckning som målsättningen med detta patientcentrerade förhållningssätt faktiskt uppfylls i praktiken när det gäller personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar som har behov av hjälp med sjukvårdande insatser i sin vardag. Detta utifrån hur de faktiska alternativen ser ut för dessa personer i dag.

Om en sjukvårdande insats utförs enligt hälso- och sjukvårdslagen ligger ansvaret för att organisera utförandet hos hälso- och sjukvården som då kan välja i vilken form hjälpen ska ges. Det finns i dag inte några krav i fråga om att särskild hänsyn ska tas till patientens livsvillkor när hälso- och sjukvård ska ges till personer med omfattande funktionsnedsättningar. I många fall ges sjukvårdande insatser som hemsjukvård, vilket innebär att den enskilde behöver befinna sig just i hemmet vid en tidpunkt som ytterst har bestämts av hälso- och sjukvården. Hemsjukvården ger inte heller övrigt stöd som den enskilde behöver i sin vardag, utan detta behöver ges genom någon annan stödinsats.

⁵⁰ Socialstyrelsen (2017). *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning*, s. 7.

⁵¹ 5 kap. 2 § patientlagen (2014:821).

Om den sjukvårdande insatsen i stället ges som egenvård kan stödbehovet berättiga till personlig assistans – något som innebär att hjälpen kan ges integrerat med det övriga stöd som den enskilde behöver i vardagen och som garanterar den enskilde inflytande över vem som ska ge stödet och ökar möjligheterna att påverka var och när som hjälpen med de sjukvårdande insatserna ska ges. Att en åtgärd utförs som egenvård kan alltså för vissa personer vara av avgörande betydelse för hens möjlighet att leva sitt liv och vara delaktig i samhällslivet på samma villkor som andra.

När en person som tillhör LSS personkrets behöver få hjälp med utförandet finns det alltså starka incitament för denne att ställa sig positiv till att hälso- och sjukvårdsåtgärder kan utföras som egenvård. Detta även när det är fråga om åtgärder som är medicinskt komplexa och som till och med är förenade med en risk för allvarlig sjukdom eller skada ifall de utförs på fel sätt – och trots att utförandet ska ske av personer som gör detta i egenskap av personal och utförandet inte omfattas av samma garantier för patientsäkerhet som när det utförs av hälso- och sjukvårdspersonal.

Vår bedömning är att det starka incitamentet till egenvård medför att förutsättningarna för verklig patientmedverkan sätts ur spel. För att en patients jakande svar på frågan om denne kan tänka sig egenvård ska kunna betraktas som ett önskemål i egentlig mening bör patienten uppleva att hen har ett faktiskt alternativ, det vill säga att det är möjligt att även få hälso- och sjukvård på ett sätt som inte i onödig utsträckning begränsar möjligheten att leva sitt liv och delta i samhället på samma villkor som andra.

Betydande risker för patientsäkerheten när personer har behov av hjälp med mer komplexa sjukvårdande insatser

I utredningen har vi kunnat se tecken på bristande patientmedverkan och delaktighet bland annat på så sätt att assistansanvändare inte känner till i vilken form som en sjukvårdande insats ges och därmed inte är medvetna om sin egen roll och det ansvar som lagts över på hen själv. Att patienter är delaktiga i vården och därigenom ges inflytande över sin egen situation är ett viktigt ändamål i sig självt, men det är också en förutsättning för att kravet på en god vård av god kvalitet ska uppfyllas. Patientsäkerheten förbättras när patienter är mer delaktiga i sin vård och har mer kontroll. Kunskap, förståelse

och insikt är förutsättningar för att patienten ska kunna vara delaktig i och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling.⁵² För att i praktiken kunna utöva självbestämmande och göra välövervägda ställningstaganden är det också viktigt att patienten får korrekt information om vad som gäller och vem som ansvarar för insatsen.

I vår utredning har vi också kunnat se att komplexa sjukvårdande insatser utförs av personliga assistenter under oklara former. Det är både fråga om sjukvårdande insatser som utförs av personliga assistenter utan föregående egenvårdsbedömning och uppgifter som överlämnats till personliga assistenter genom delegation trots att assistenten inte är anställd hos någon som betraktar sig som vårdgivare. Att det är tydligt för alla inblandade vad som gäller, vem som har ansvar och hur långt ansvaret sträcker sig är en självklar förutsättning för att den vård som ges ska kunna vara trygg och säker. Att avancerade sjukvårdande insatser, där det till och med kan finnas en omedelbar risk för den enskildes liv och hälsa, utförs under oklara former, med bristande patientmedverkan och utan tydlig ansvarsplacering är anmärkningsvärt.

Vidare har vi i utredningen kunnat se att det finns en utbredd oenighet, eller möjligen osäkerhet, om hur långt de olika aktörernas ansvar sträcker sig i fråga om att ge assistenterna instruktioner, rådgivning och information om förändringar – något som riskerar att resultera i kunskapsglapp och bristande patientsäkerhet. Att den som ska utföra uppgiften har tillräcklig kompetens och även tillgång till kvalificerat stöd vid frågor som är relaterade till utförandet är en självklar förutsättning för att en trygg och säker insats ska kunna ges. Lika viktigt är det givetvis att de som ska hjälpa den enskilde med en viss uppgift har tillgång till all den information som behövs för att uppgiften ska kunna utföras på ett säkert sätt och enligt hälso- och sjukvårdens ordination, exempelvis när det gäller dosering av läkemedel. Vikten av detta ökar med den sjukvårdande uppgiftens svårighetsgrad, allvarligheten av de konsekvenser som kan uppstå vid fel i utförandet och även beroende på i vilken utsträckning som den enskilde har förutsättningar att, praktiskt eller genom instruktioner, vara delaktig i utförandet. Enligt vår mening läggs i dag ett allt för stort ansvar på assistansanvändarna själva eller på deras företrädare. Det förekommer också att det läggs ett stort ansvar på personliga

⁵² Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning*, s 11.

assistenter att vidareförmedla kunskaper till sina assistanskolleger, till och med vid mer avancerade sjukvårdande insatser. Att en person instruerar sina egna personliga assistenter behöver självfallet inte vara vare sig problematiskt eller patientosäkert. Det behöver inte heller vara problematiskt eller patientosäkert att en person som företräder assistansanvändaren är behjälplig med instruktioner, rådgivning och förmedling av information. Överlämnandet av ansvar för exempelvis instruktioner och information bör dock vara en aktiv handling som grundar sig i en bedömning av personens förutsättningar och villighet att faktiskt förvalta det ansvaret, och en bedömning av rimligheten i att ansvaret överlämnas. Att enskilda tar rollen som kunskapsbärare bör vara en valmöjlighet och inte något som åläggs dem som en följd av svårigheter för aktörerna att enas om var ansvaret ligger. Otydlig placering av ansvaret för instruktioner och stöttning utgör enligt vår mening en risk för patientsäkerheten. I utredningen har också framkommit att samverkan kan förbättras mellan de olika aktörerna som ska hjälpa den enskilde med sjukvårdande insatser.

I vår utredning har framförts att det vid både egenvård och delegation finns brister i uppföljningen av hur de sjukvårdande insatser som utförs av personliga assistenter fungerar. När sjukvårdande insatser överlämnas att utföras av en person som saknar medicinsk utbildning och inte har tillgång till stöttning på den plats där vården ges, bör omsorgsfull uppföljning av hur insatsen fungerar vara av uppenbar betydelse för patientsäkerheten. I utredningen har det inte framgått vad brister i uppföljningen av vården beror på. Möjligen är dock även detta en följd av att det upplevs som otydligt vem som har ansvaret för insatsen. En annan omständighet av betydelse kan vara brist på resurser i hälso- och sjukvården. I fråga om uppföljning kan det också konstateras att när sjukvårdande insatser ges som egenvård finns det inte något krav att föra journal över de insatser som ges, något som kan ha betydelse för möjligheten att följa vårdförlopp och möjligheten att följa upp om vårdinsatsen har avsedd effekt för patienten och om insatserna ges på det sätt som hälso- och sjukvården ordinerat.

Bristande förutsättningar för ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete

Skador och risker för skador inträffar i alla vårdverksamheter och är inte unikt för just insatser som ges av personliga assistenter. För att förebygga risker och, i förekommande fall, förhindra att skador inträffar igen är det dock av stor vikt att det finns goda möjligheter att systematiskt kunna identifiera, utreda, hantera och följa upp alla skador och risker för skador som inträffar. Förutom att händelserna behöver uppmärksammas så torde en självklar förutsättning för ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete också vara att det är personer med adekvat kompetens som hanterar frågorna och som bedömer vilka åtgärder som bör vidtas.

I utredningen har vi sett att det finns svårigheter att bedriva ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete när det gäller sjukvårdande insatser som ges av personliga assistenter. Aktörerna upplever det som oklart hur och av vem som avvikelserna ska hanteras och det finns svårigheter med informationsöverföring mellan aktörerna. Samtidigt saknas krav på att det ska finnas medicinsk kompetens hos den som anordnar den personliga assistansen, vilket gör att det inte kan garanteras att det finns någon inom verksamheten som kan göra en kvalificerad bedömning av exempelvis hur allvarig en viss händelse har varit. Att avvikelserna inte alltid hanteras av hälso- och sjukvården riskerar också att medföra att egenvårdsbedömningen inte följs upp på det sätt som hade behövts. Det kan också innebära att informationen inte kan ligga till grund för det övergripande systematiska patientsäkerhetsarbetet och för framtida bedömningar om egenvård.

4.5.2 De som ska hjälpa den enskilde ges inte alltid förutsättningar att kunna ge ett stöd av god kvalitet

I situationer då den enskilde behöver hjälp med komplexa sjukvårdande insatser läggs ett stort ansvar på de personliga assistenterna. Assistenterna förväntas utföra komplexa sjukvårdande uppgifter trots att de många gånger saknar grundläggande medicinsk utbildning. De får inte heller alltid information och instruktioner direkt från hälso- och sjukvården om hur uppgifterna ska utföras, och det är inte alltid som de kan bekräfta att de uppgifter som de ombeds av den enskilde

att utföra faktiskt är i enlighet med den behandlande hälso- och sjukvårdspersonalens ordination. Det finns inte heller alltid någon inom hälso- och sjukvården som assistenten kan vända sig till vid frågor som har samband med egenvården, hur den ska utföras, eller ifall svårigheter eller oväntade situationer skulle uppstå. Personliga assistenter åläggs också i vissa fall ansvar att vidareförmedla instruktioner och anvisningar som de fått från hälso- och sjukvården till sina assistanskollegor. Det är oklart i vilken utsträckning som de som tar emot informationen i sin tur har möjlighet att kontrollera om denna stämmer överens med det som hälso- och sjukvården angett om hur vården ska gå till.

Vi bedömer att det ansvar som i dag läggs på de personliga assistenterna inte matchas av de förutsättningar som de får för att ge den enskilde ett stöd som är tryggt och säkert. Detta är enligt vår mening en situation som behöver förändras. Systemet bör enligt vår mening i högre grad bidra till att personliga assistenter får de förutsättningar som behövs för att kunna ge ett stöd som är av god kvalitet.

4.5.3 Dagens regelverk möjliggör att komplexa sjukvårdande insatser utförs med lägre patientsäkerhet och leder till en ansvarsförskjutning

Som beskrivits ovan har både patienten och hälso- och sjukvården incitament för att bedöma att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Systemet skapar alltså incitament för att bedöma att hälso- och sjukvård kan utföras på ett sätt som innebär lägre patientsäkerhet för den som ska få hjälp med vården. Detta tillsammans med den omständigheten att det inte finns någon övre gräns för vad som kan bedömas som egenvård – varken när det gäller typ av insats eller personens förutsättningar att vara delaktig i insatsen – utgör en riskfylld kombination. Vid vår utredning har det dessutom kommit fram uppgifter som tyder på att egenvårdsbedömningar inte alltid görs med patientsäkerheten i fokus. Att kommunerna inte alltid anser sig kunna tillgodose dessa personers behov av hjälp med egenvård kan möjligen också ses som ett symptom på detta.

Förutom att systemet ger incitament för att även komplexa hälso- och sjukvårdande insatser ska utföras som egenvård bygger systemets utformning också in en risk för att enskilda, företrädare assistenter och assistansanordnare avstår från att lyfta sådant som

inte fungerar och inte efterfrågar någon uppföljning från hälso- och sjukvården av oro för att rätten till assistans ska gå förlorad om hälso- och sjukvården vid en uppföljning skulle bedöma att åtgärderna inte längre bör utföras som egenvård.

Sett ur ett systemperspektiv tycks dagens regelverk och de incitament som det skapar ha lett till att en viss ansvarsförskjutning skett när det gäller komplexa sjukvårdande insatser till personer som behöver hjälp med utförandet. Finansiellt ansvar har flyttats från hälso- och sjukvården till staten och kommunens socialtjänst eller LSS-enhet, medan ansvar för utförande och instruktioner har flyttats från hälso- och sjukvårdens personal till assistansanvändaren själv, dennes företrädare eller assistansanordnare och personliga assistenter.

Vi har i vår utredning också kunnat se att den omständigheten att det kan finnas flera olika tänkbara ansvariga för dessa uppgifter har fått konsekvenser för enskilda på så sätt att personer med omfattande och varaktigt behov av stöd har behövt vara kvar längre än nödvändigt på sjukhus i väntan på att frågan om vem som är ekonomiskt ansvarig är löst och en personalstyrka finns på plats. Faktum är också att det inte inom alla regioner ens finns ett alternativ för att ge dessa patienter hälso- och sjukvård på ett sätt som gör det möjligt för dem att, i största möjliga utsträckning, leva sitt liv och delta i samhällslivet på samma villkor som andra. Det är då i stället inbyggt i sjukvårdshuvudmannens organisation att stödet med nödvändighet måste lösas genom att hälso- och sjukvårdsåtgärder utförs som egenvård. Andra regioner har vidtagit olika åtgärder för att lösa situationen för den enskilde, exempelvis genom delegation från hälso- och sjukvården till de personliga assistenterna. Detta trots att assistansanordnaren inte uppfyller de krav som ställs på en vårdgivare och med stor otydlighet om vårdens form som följd.

4.5.4 Problemen är inte begränsade till egenvård som utförs av personliga assistenter

Fokus i vår utredning har varit sjukvårdande insatser inom den personliga assistansen. Som har beskrivits ovan tycks dock de problem som vi sett inte vara begränsade till när det är just personliga assistenter som utför egenvård. Snarare tyder uppgifter från både Socialstyrelsen och IVO på att problemen uppstår i situationer då den

enskilde behöver hjälp med egenvård av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning.

4.5.5 Vi drar slutsatsen att en förändring behövs

Sammantaget har det kommit fram att det finns betydande problem med hur personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar som i sin vardag är i behov av sjukvårdande insatser får hjälp med detta. Vi bedömer att problemen i högre utsträckning medför bristande patientsäkerhet för personer som har behov av sjukvårdande insatser som är av annat än basal karaktär, det vill säga åtgärder där utförandet är mer komplext eller är förenat med större risker. Vi bedömer också att problemen i högre utsträckning medför bristande patientsäkerhet för personer som inte själva har förutsättningar att vara delaktiga vid utförandet av de sjukvårdande insatserna. Vi bedömer att personer med funktionsnedsättning som i sin vardag är i behov av sjukvårdande insatser inte får stöd som kan anses uppfylla kraven på god vård och god kvalitet och som möjliggör för den enskilde att leva sitt liv på lika villkor som andra. Systemet skapar incitament att välja lösningar som är mindre patientsäkra och ytterst är det assistansanvändarna som får ta konsekvenserna. Incitamenten behöver förändras, fler alternativ behöver finnas att tillgå och kvaliteten behöver säkerställas på de insatser som ges.

4.6 Om att införa ett krav på försäkring för egenvård

En person som skadas i samband med hälso- och sjukvård kan under vissa förutsättningar få ersättning genom vårdgivarens patientförsäkring. Detta skiljer sig från vad som gäller om en person skadas i samband med att dennes personliga assistent är behjälplig med egenvård. Den som skadats kan då endast få ekonomisk ersättning genom skadestånd. Detta har beskrivits närmare i avsnitt 3.5.5 och 3.6.5. I dag finns ett krav att vårdgivare ska ha en patientförsäkring. En fråga som man kan ställa sig är om det finns anledning att införa krav på en motsvarande försäkring när hjälp med egenvård ges av en personlig assistent.

4.6.1 Vad som behöver beaktas när krav på en särskild försäkring övervägs

Krav på en försäkring som kan träda in vid ersättningskyldighet på grund av en uppkommen skada, så kallad ansvarsförsäkring, finns inom ett antal olika områden, exempelvis i patientskadelagen (1996:799), trafikskadelagen (1975:1410), fastighetsmäklarlagen (2011:666) och revisorslagen (2001:883).

I artikeln *Obligatorisk ansvarsförsäkring – en patentlösning?* beskriver Jessica Van der Sluijs, Jur dr i civilrätt och forskare vid Stockholm Centre for Commercial Law, Stockholms universitet, fördelarna med obligatorisk ansvarsförsäkring samt de överväganden som måste göras för att en sådan ordning ska vara effektiv.⁵³

Van der Sluijs beskriver att för den som drabbas av skada finns det fördelar med ett krav på försäkring eftersom det innebär att hen inte riskerar att bli utan ersättning på grund av att den som orsakat skadan saknar ekonomiska förutsättningar eller vilja att betala ut ersättningen. Försäkringen kan också fylla en funktion på så sätt att den som drabbats av skadan är mer benägen att framställa ett ersättningsanspråk om hen vet att ersättningen betalas från en försäkring (vilket dock också kan framhållas som en nackdel av dem som fruktar att antalet ogrundade skadeståndsanspråk ökar i och med krav på försäkring). Införande av ett krav på försäkring kan också skapa en viss ökad kontroll på så sätt att det försäkringsbolag som tecknar försäkringen genomför vissa kontroller innan tecknandet och även uppställer vissa villkor för försäkringen.⁵⁴

Van der Sluijs beskriver att införande av en obligatorisk ansvarsförsäkring dock förutsätter ett antal överväganden. En bedömning måste göras av behovet av att stärka möjligheterna för de som drabbas av skada att få kompensation. Behovet av en försäkring kan exempelvis vara låg om risken för skada är låg och om risken är liten att den som orsakat skadan inte kan betala. Det behöver också finnas försäkringsbolag som är beredda att meddela en försäkring i enlighet med de krav som ställs i författningen. Det behöver också finnas en lösning för hur den som drabbats av skadan ska kompenseras om en verksamhet trots kravet på försäkring har underlåtit att teckna en

⁵³ Van der Sluijs, J., *Obligatorisk ansvarsförsäkring – en patentlösning?*, *Nordisk försäkringstidskrift*, NFT 3/2008.

⁵⁴ Sluijs van der, J., *Obligatorisk ansvarsförsäkring – en patentlösning?*, *Nordisk försäkringstidskrift*, NFT 3/2008, s. 213 ff.

försäkring, eller förlorat sin försäkring och inte har funnit någon ny villig försäkringsgivare. Van der Sluijs beskriver att ytterligare en fråga är vilka sanktioner som myndigheten ska utöva mot den som inte uppfyller kravet på försäkring, antingen genom att inte ha tecknat någon försäkring alls eller genom att ha tecknat en försäkring som inte uppfyller alla de krav som uppställs i författningen.⁵⁵

4.6.2 Vad som karaktäriserar patientförsäkringen

Ansvarsförsäkringar ingår många gånger i olika typer av företagsförsäkringar. Villkoren och ersättningsbeloppen skiljer sig dock åt. När det i författning ska uppställas ett krav på att det i en viss situation ska finnas en ansvarsförsäkring så behöver det därför anges vilka villkor som ska gälla för försäkringen. Det kan till exempel handla om vilken typ av skada som ska kunna ersättas genom försäkringen eller vilket ersättningsbelopp som försäkringen som minst måste omfatta.⁵⁶

Många gånger är möjligheten att få ersättning från en ansvarsförsäkring nära knuten till skadeståndsrätten. Med detta menas att ersättning från ansvarsförsäkringen ofta är beroende av att den som drabbats av skadan har kunnat visa att skadan orsakats uppsåtligt eller av oaktsamhet, vilket krävs för att ett skadeståndsrättsligt ansvar ska uppkomma. När det gäller patientförsäkringen så har denna en annan karaktär. Detta då det i patientskadelagen (1996:799) regleras att försäkringens villkor ska vara sådana att ersättning kan utbetalas utan att patienten har behövt bevisa att skadan orsakats genom att hälso- och sjukvårdspersonalen gjort sig skyldig till fel eller försummelse. Detta kallas ibland för att patientförsäkringen har karaktären av en no-fault-försäkring.⁵⁷

När det gäller patientförsäkringen så är detta alltså en försäkring där det ställs höga krav på försäkringsvillkorens innehåll. Kraven innebär att försäkringsersättning inte bara ska utges i situationer då en skadeståndsskyldighet har konstaterats, så som normalt gäller för

⁵⁵ Sluijs van der, J., *Obligatorisk ansvarsförsäkring – en patentlösning?*, Nordisk försäkringstidskrift, NFT 3/2008, s. 218.

⁵⁶ Se till exempel 8 § trafikskadelagen (1975:1410), 6 och 25 §§ fastighetsmäklarlagen (2011:666) och 20 § fastighetsmäklarförordningen (2011:668), 27 § revisorslagen (2001:883) och 15–17 §§ Revisorsinspektionens föreskrifter (RIFS 2018:2) om villkor för revisorers och registrerade revisionsbolags verksamhet.

⁵⁷ Se till exempel SOU 2004:12 *Patientskadelagen och läkemedelsförordningen – en översyn*, s. 84.

ansvarsförsäkringar som finns på marknaden, utan även ska utges i situationer då det inte fullt ut har kunnat visas att skadan orsakats av ett faktiskt fel i utförandet. När krav på sådana försäkringsvillkor infördes i patientskadelagen fanns det redan sedan många år tillbaka en sådan försäkringslösning på plats eftersom initiativ till detta redan hade tagits på frivillig väg av de dåvarande landstingen själva.⁵⁸

Inom patientförsäkringen finns i dag ett kompletterande ersättningsystem som träder in för att kompensera patienten ifall den vårdgivare som skulle ha haft en försäkring inte har uppfyllt kraven. Alla försäkringsgivare som tillhandahåller patientförsäkringar omfattas av ett krav att ingå i en patientförsäkringsförening som bland solidariskt ska svara för att kompensera patienten om försäkring saknats.⁵⁹

En omständighet som är karaktäriserande för det område som patientförsäkringen omfattar är att hälso- och sjukvården omfattas av ett utförligt regelverk där ansvar för vårdens kvalitet ligger på flera olika nivåer, inklusive på den enskilda hälso- och sjukvårdspersonalen som i merparten av fallen har grundläggande hälso- och sjukvårdsutbildning, ett legitimationsyrke eller har tillgång till sådan kompetens på nära håll inom den egna organisationen.

En annan omständighet är att hälso- och sjukvårdsåtgärder omfattas av ett krav att föra patientjournal över alla vidtagna åtgärder, något som medför att det är möjligt att i efterhand följa ett förlopp för att på så sätt kunna bedöma i vilken utsträckning som en uppkommen personskada kunnat undvikas exempelvis genom ett annat utförande.⁶⁰

4.6.3 Vad skulle en försäkring motsvarande patientförsäkringen kunna innebära för den enskilde?

För den som drabbas av en skada i samband med att egenvård utförs av en personlig assistent kan det antas att det skulle vara en fördel att utföraren hade en försäkring motsvarande patientförsäkringen, jämfört med att vara hänvisad till en skadestandsprocess. Detta bland annat eftersom beviskraven då är lägre.

⁵⁸ Se till exempel prop. 1995/96:187 *Patientskadelag m.m.*, SOU 1994:75 *Patientskadelag* och SOU 2004:12 *Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen – en översyn*.

⁵⁹ 14–15 §§ patientskadelagen (1996:799).

⁶⁰ 3 kap. 5 § patientdatalagen (2008:355).

Om det i en process skulle konstateras att den enskilde har rätt till skadestånd skulle dock ersättningsnivån för skadeståndet sannolikt vara jämförbar med patientskadeersättningen eftersom den utgår från samma bedömningsgrunder som många gånger tillämpas vid skadestånd (Trafikskadenämndens tabeller, se avsnitt 3.5.5). Regler om så kallat principalansvar medför också att den skadelidandes möjlighet att faktiskt få ut ett utdömt skadestånd normalt inte är beroende av den personliga assistentens ekonomiska förutsättningar eller betalningsvilja, eftersom skador som orsakas av någon som agerat i tjänsten i de flesta fall ska betalas av arbetsgivaren. I många företagsförsäkringar ingår också en ansvarsförsäkring som träder in vid eventuell skadeståndsskyldighet, vilket innebär att om den utförande verksamheten har en sådan försäkring så kan den enskilde få utbetalt ersättning oavsett assistansanordnarens ekonomiska förutsättningar. Det är då inte alltid nödvändigt att driva processen i domstol utan en bedömning görs först av försäkringsbolaget. I många hemförsäkringar ingår också rättsskydd, vilket innebär att den enskilde kan få ersättning för ombudskostnader ifall en skadeståndsprocess skulle behöva drivas i domstol. Eftersom assistansanvändaren själv väljer vilken anordnare hen vill anlita så har denne också möjlighet att ställa krav på att den assistansanordnare som anlitas har en gällande ansvarsförsäkring.

Såvitt framkommit i vår utredning finns det i dag inte någon försäkringslösning på plats med villkor som motsvarar patientförsäkringen vid skada som uppkommit vid egenvård. Detta skiljer sig från den situation som förelåg när kravet på patientförsäkring infördes i patientskadelagen. En annan skillnad är att det i fråga om egenvård som ges genom personlig assistans inte förs någon utförlig dokumentation som är att jämföra med detaljeringsgraden av en patientjournal, vilket kan ha betydelse för möjligheten att i efterhand kunna följa ett förlopp för att på så sätt kunna göra sannolikt vad som orsakat skadan och som alltså skulle kunna påverka den enskildes möjligheter att få ut ersättning även från en försäkring med villkor som motsvarar patientförsäkringen.

5 Personlig assistans vid behov av tillsyn

Personlig assistans är en insats som för många till stor del handlar om hjälp med praktiskt stöd av vardaglig karaktär, så som hjälp att duscha eller att klä av och på sig. Vissa som tillhör personkretsen enligt LSS behöver dock stöd av lite annan karaktär för att kunna klara sin vardag på ett bra sätt. En person kan exempelvis till följd av sin funktionsnedsättning behöva motivering och vägledning för att klara av att genomföra vissa saker, eller behöva särskilt stöd för att förebygga ett beteende som kan vara riskfyllt. Det kan också handla om att personen har en allvarlig medicinsk problematik som hen inte kan hantera själv och där någon behöver vara närvarande för att uppmärksamma och ge hjälp när behov uppstår. De senaste åren har det skett en utveckling i rättspraxis som lett till att denna typ av stödbehov i allt lägre utsträckning kan beaktas som sådana grundläggande behov som grundar rätt till personlig assistans. Det är detta som det här kapitlet handlar om.

5.1 Uppdraget

I det direktiv som beskriver utredningens uppdrag anges bland annat att vi ska kartlägga behovet av hjälp med tillsyn och föreslå hur rätten till personlig assistans för tillsyn kan stärkas.¹ I direktivet beskrivs tillsyn som:

övervakning som behövs på grund av psykisk eller fysisk funktionsnedsättning (inklusive ingripanden) och aktiverings- och motiveringsinsatser.²

¹ Dir. 2020:3 *Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn.* s. 11 ff.

² Dir. 2020:3 *Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn.* s. 11 ff.

I direktivet är det inte närmare definierat vad behovet av tillsyn ska bero på eller vad målet med stödet ska vara, alltså om övervakningen, ingripandena och aktiverings- och motiveringsinsatserna ska syfta till något särskilt för att kunna omfattas av uppdraget. Begreppen övervakning och ingripanden har inte heller någon uppenbar koppling till hur stöd i praktiken ges till personer med funktionsnedsättning, vilket gör det svårt att på förhand avgränsa uppdraget med utgångspunkt i några särskilda konkreta stödsatser. Direktivets definition av begreppet tillsyn återfinns inte heller i lagstiftningen³ och den har inte heller någon omedelbar motsvarighet i rättspraxis⁴.

Det är alltså inte självklart vad de yttre ramarna för uppdraget rörande tillsyn är. Vi tolkar dock uttrycken övervakning, ingripanden och aktiverings- och motiveringsinsatser som att det åsyftar olika former av aktivt stöd, det vill säga att direktivets definition av tillsyn inte omfattar situationer av helt passiv väntetid. När det gäller användningen av uttrycket övervakning och ingripanden tyder detta enligt vår mening också på att det syftar på stöd som behövs för att undvika att det uppkommer någon form av oönskad situation, det vill säga en situation som på något sätt riskerar att leda till skada. Vidare beskrivs i direktivet bland annat den förändrade tillämpningen av det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper* som följde av ett avgörande i Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) år 2015.⁵ I direktivet beskrivs också att det för tillfället sker en nedgång i antalet beviljade timmar i assistansersättningen och att detta kan bero på denna förändring i rättspraxis, men att det även kan bero på förtydliganden avseende tillsyn som gjorts i Försäkringskassans styrande dokument.⁶ Sammantaget tolkar vi därför uppdraget som att det handlar om en återställning av möjligheten att beviljas tid för vissa stödbehov så som grundläggande behov, men att det också finns utrymme för att föreslå att vidga rätten till per-

³ I lagstiftningen förekommer begreppet tillsyn endast i 9 a § andra stycket punkten 1 LSS. Vare sig i bestämmelsen eller i dess förarbeten finns någon närmare beskrivning av vad som avses med begreppet, se prop. 2017/18:78 *Vissa förslag om personlig assistans*, s. 29.

⁴ I rättspraxis har det exempelvis gjorts åtskillnad mellan tillsyn och aktiverings- och motiveringsinsatser, det vill säga att dessa har betraktats som två olika begrepp eller stödbehov, se HFD 2020 ref. 7. Uttrycket övervakning används inte i någon större omfattning i rättspraxis, däremot används det sammansatta uttrycket "aktiv tillsyn av övervakande karaktär" vilket under vissa förutsättningar anses kunna utgöra ett grundläggande behov. Detta omfattar dock inte personer med enbart fysiska funktionsnedsättningar, se HFD 2015 ref. 46 och HFD 2020 ref. 7.

⁵ Dir. 2020:3 *Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn*. s. 11 ff.

⁶ Dir. 2020:3 *Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn*. s. 11 ff. och Försäkringskassan (2019), *Rapport - resultatindikatorer för assistansersättningen 2019*, s. 21.

sonlig assistans för tillsyn (enligt direktivets definition) ifall kartläggningen och den övriga utredningen skulle visa att detta behövs.

Ett annat av utredningens uppdrag är att föreslå hur personlig assistans kan lämnas för stöd vid egenvårdsinsatser.⁷ Utöver de frågor om exempelvis gränsdragning och kvalitet som vi behandlat, tolkar vi detta uppdrag som att det också ska övervägas om det behövs ökade möjligheter att beviljas personlig assistans för behov av hjälp med egenvård. Detta utifrån att det i direktivet lyfts fram att en konsekvens av förändringar i rättspraxis har varit att flera personer som har behov av stöd vid egenvårdsinsatser har blivit av med sin assistansersättning eller fått avslag vid nyansökan.⁸ I direktivet ges några exempel på behov av hjälp som de personer haft som drabbats av förändringen. Det framgår dock inte att dessa hjälpbehov skulle vara avsedda som en uttömmande avgränsning för uppdraget rörande egenvård. Även denna del av uppdraget är således relativt vagt avgränsad och det har lämnats till utredningen att analysera behovet.

Dessa två uppdrag som utredningen har fått (tillsyn och egenvård) ligger under olika rubriker i direktivet, men de har ett nära samband. Det utifrån den gemensamma nämnaren som är det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*. Detta behov omfattar i dag bara något som i rättspraxis kallas för kvalificerade aktiverings- och motiveringsinsatser respektive aktiv tillsyn av övervakande karaktär. Men det har tidigare omfattat även behov av hjälp med såväl egenvårdsåtgärder som tillsyn på grund av medicinsk problematik. Vi har därför tagit oss an de två uppdragen samtidigt. Mot denna bakgrund tar vi också avstamp just i det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*, i de förändringar som skett inom tillämpningen av detta behov, och i vad som händer med stödbehov som inte uppfyller kraven för att omfattas av det grundläggande behovet.

⁷ Dir. 2020:3 *Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn*. s. 10.

⁸ Dir. 2020:3 *Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn*. s. 4 f.

5.2 Det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*

5.2.1 Lag och förarbeten

I 9 a § första stycket LSS anges vilka stödbehov som kan grunda rätt till personlig assistans, de så kallade grundläggande behoven. I bestämmelsen anges bland annat att:

Med personlig assistans enligt 9 § 2 avses personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med andning, sin personliga hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade (grundläggande behov).

Behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* infördes samtidigt som själva begreppet grundläggande behov i LSS år 1996. Det förslag som lades fram i propositionen var att det skulle anges att:

med personlig assistans avses ett personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av funktionshinder behöver praktisk hjälp med sin personliga hygien, måltider, att klä av och klä på sig eller att kommunicera med andra.

Klargörandet angavs innebära att det främst är personer med fysiska funktionshinder och med de mest omfattande behoven som blir berättigade till personlig assistans. Det anfördes att personer som helt, eller i stor utsträckning, själva klarar av att på egen hand sköta sina personliga behov och som enbart har behov av motivations- och aktiveringsinsatser inte bör ha rätt till personlig assistans. Det angavs att undantagsvis bör även personer med psykiska funktionshinder kunna vara berättigade till personlig assistans och att så bör kunna vara fallet i situationer där karaktären och omfattningen av det psykiska funktionshindret ställer krav på sådan praktisk hjälp som är en förutsättning för att den enskildes grundläggande behov ska kunna tillgodoses.⁹

När propositionen sedan behandlades i socialutskottet anfördes bland annat att införande av en definition inte får innebära att någon

⁹ Prop. 1995/96:146 *Vissa frågor om personlig assistans*, s. 12.

grupp som för närvarande i praxis omfattas av lagstiftningen helt utestängs från den personliga assistansen. Utskottet angav att personer med enbart psykiska funktionshinder även i fortsättningen bör vara berättigade till personlig assistans i vissa speciella fall, nämligen där karaktären och omfattningen av det psykiska funktionshindret medför behov av hjälp med de grundläggande behoven. Det angavs att en person till exempel på grund av sitt psykiska funktionshinder kan vara helt ur stånd att själv klara sin hygien eller få i sig mat.¹⁰ Till följd av socialutskottets uttalanden lades *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* till i 9 a § LSS. Socialutskottets uttalande medförde också bland annat att propositionens förslag om ”praktisk hjälp” med de grundläggande behoven ändrades till endast ”hjälp”.¹¹

Inför att de grundläggande behoven skulle införas framhöll socialutskottet även att den som behöver hjälp med grundläggande behov även ska ha rätt till personlig assistans för andra kvalificerade personliga behov i sin livsföring.¹² Detta framhölls också redan i de ursprungliga förarbetena till LSS.¹³

I den praktiska tillämpningen har det under åren varierat något i fråga om hur *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* har tolkats och vad som har ansetts kunna omfattas av formuleringen, men utgångspunkten tycks i alla fall ha varit att uttrycket varit avsett att utgöra ett självständigt grundläggande behov som kan grunda rätt till personlig assistans.¹⁴ Nyligen redogjorde dock HFD för inställningen att *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* inte varit avsett att utgöra ett självständigt grundläggande behov, utan att detta endast skulle avse vissa typer av aktiverings- och motiveringsinsatser. Domstolen bekräftade dock att viss utveckling därefter skett i rättspraxis och konstaterade att tillägget numera även omfattar viss typ av tillsyn.¹⁵

¹⁰ Bet. 1995/96: SoU15 *Vissa frågor om personlig assistans*.

¹¹ Den 1 november 2019 infördes ytterligare ett grundläggande behov i 9 a § LSS, då i form av andning. I dag finns således sex olika grundläggande behov enligt LSS.

¹² Prop. 1995/96:146 *Vissa frågor om personlig assistans*, s. 13, och bet. 1995/96:SoU15 *Vissa frågor om personlig assistans*.

¹³ Prop. 1992/93:159 *om stöd och service till vissa funktionshindrade*, s. 175 f.

¹⁴ Se till exempel Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 11, s. 103.

¹⁵ HFD 2020 ref. 7.

5.2.2 Rättspraxis

I dag är det två olika slags stödbehov som kan omfattas av det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*:

1. kvalificerade aktiverings- och motiveringsinsatser som syftar till att förmå personen att själv tillgodose något av de grundläggande behoven, och
2. aktiv tillsyn av övervakande karaktär som behövs för att begränsa allvarliga konsekvenser av ett utagerande beteende. Behovet ska ha sin grund i den psykiska funktionsnedsättningen.¹⁶

I båda fallen är det en grundläggande förutsättning att den enskilde har en psykisk funktionsnedsättning.

Kravet på psykisk funktionsnedsättning

I avgörandet HFD 2015 ref. 46 klargjorde domstolen att en grundläggande förutsättning för att *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* ska vara tillämpligt, är att den person som behöver stödet har en så kallad psykisk funktionsnedsättning. Innan dess ansågs även personer med enbart fysiska funktionsnedsättningar kunna beviljas tid för detta behov.

HFD angav inte vad som avses med begreppet psykisk funktionsnedsättning och har inte heller redogjort för vad som legat till grund för dess bedömning av om den enskilde har en sådan funktionsnedsättning eller inte.¹⁷ Det finns inte heller någon allmänt vedertagen definition av begreppet att luta sig mot.¹⁸ Såvitt framgår har dock

¹⁶ Se till exempel HFD 2020 ref. 7 och HFD 2015 ref. 46. Genom HFD 2020 ref. 7 klargjordes att kvalificerade aktiverings- och motiveringsinsatser är fristående från begreppet aktiv tillsyn av övervakande karaktär, något som tidigare inte varit helt tydligt i rättspraxis. Se till exempel RÅ 2003 ref. 33: I avgörandet anförde HFD att när hjälpbehovet avsett enbart åtgärder för att aktivera och motivera den funktionshindrade, har hjälpen enligt rättspraxis inte ansetts avse de grundläggande behoven. Så har däremot ansetts vara fallet när den funktionshindrade, i huvudsak på grund av sitt psykiska tillstånd, krävt sådan aktiv tillsyn som närmast haft karaktär av övervakning. Bedömningen var att den enskildes behov av hjälp och vägledning inte ansågs vara fråga om ett behov av sådan aktiv tillsyn som är av övervakande karaktär.

¹⁷ HFD 2015 ref. 46 och HFD 2020 ref. 7.

¹⁸ Begreppet psykisk funktionsnedsättning används inte i LSS. I lagen förekommer däremot begreppet psykiskt funktionshinder i 1 § 3 LSS, men detta är då inte definierat. Möjligen skulle ledning till hur begreppet ska tolkas kunna hämtas från förarbetena till 5 kap. 8 a § social-

inte domstolen lagt någon avgörande vikt vid personens eventuella diagnos, utan utgångspunkten tycks i stället ha varit vilka svårigheter som personen haft i sin dagliga livsföring.¹⁹

Kvalificerade aktiverings- och motiveringsinsatser

Av rättspraxis följer alltså att en persons behov av så kallade aktiverings- och motiveringsinsatser i vissa fall kan anses omfattas av det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrad*. För detta måste följande krav vara uppfyllda:

1. den enskilde ska ha en psykisk funktionsnedsättning,
2. aktiverings- och motiveringsinsatserna ska syfta till att förmå personen att själv tillgodose något av grundläggande behoven,
3. aktiverings- och motiveringsinsatserna ska vara kvalificerade, och
4. stödet ska förutsätta ingående kunskaper om personen i fråga.²⁰

Utöver att personen i fråga ska ha en psykisk funktionsnedsättning (se avsnittet ovan) är det alltså endast när aktiverings- och motiveringsinsatserna behövs för att hen själv ska kunna tillgodose något av (av de andra) grundläggande behoven, till exempel sköta sin personliga hygien eller inta en måltid, som stödbehovet kan beaktas som ett grundläggande behov.²¹

Det ska vidare vara fråga om hjälp av kvalificerad natur. Detta innebär enligt HFD att det ska handla om något *mer än* vägledning, påminnelser och instruktioner. Domstolen har uttalat att ett mer allmänt stöd inte utgör ett grundläggande behov.²²

I rättspraxis ges inte någon närmare vägledning om vad som konkret skiljer en kvalificerad insats från ett mer allmänt stöd. I de avgöranden där frågan om aktiverings- och motiveringsinsatser kom-

tjänstlagen (2001:453), där det anges att med psykisk funktionsnedsättning avses en nedsättning av den psykiska förmågan som kan uppstå till följd av en psykisk sjukdom eller annat tillstånd, se prop. 2008/09:193 *Vissa psykiatrirfrågor m.m.*, s. 15–16 och s. 33–34. Användningen av begreppet funktionshinder i LSS, i stället för funktionsnedsättning, bör ses mot bakgrund av det var den terminologi som användes vid införandet av bestämmelsen.

¹⁹ HFD 2020 ref. 7.

²⁰ HFD 2020 ref. 7.

²¹ HFD 2020 ref. 7.

²² HFD 2020 ref. 7.

mit upp har HFD bedömt *om* insatserna kan betraktas som grundläggande behov eller inte, men det har däremot inte beskrivits särskilt ingående vad stödet har bestått i eller vilka avvägningar som legat till grund för bedömningen.²³ Det är därför svårt att dra några generella slutsatser om vad som mer konkret kännetecknar sådana aktiverande och motiverande insatser som kan bedömas som grundläggande behov.

I ett fall har en pojkes behov av stegvisa instruktioner för att kunna genomföra olika moment inte ansetts utgöra grundläggande behov i den mening som avses här. Pojken hade autism, intellektuell funktionsnedsättning och begränsningar avseende kommunikationsförmåga.²⁴ Även en man med schizofreni och behov av stöd, uppmuntran och motivation för att sköta hygien med mera, har nekats tid för grundläggande behov.²⁵ I ett så kallat notisavgörande har HFD däremot ansett att stödbehovet varit grundläggande i fråga om en kvinna med schizofreni som inte kunde fullfölja påbörjade aktiviteter utan hjälp, inte kunde bedöma vad hon skulle ha på sig (och om hon klädde på sig kunde hon strax därefter klä av sig igen), inte kunde reglera intaget av mat och som efter bad behövde stöd för att torka sig innan hon tog på sig kläderna. I avgörandet uttalade domstolen att den hjälp som kvinnan behövde inte i huvudsak ansågs bestå av sådana aktiverings- och motiveringsinsatser som inte grundar rätt till personlig assistans.²⁶

Ytterligare ett krav som ställs för att aktiverings- och motiveringsinsatser ska kunna utgöra ett grundläggande behov är att stödet förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade. I rättspraxis finns dock inte någon tydlig vägledning vad som ska vägas in vid bedömningen av om de aktiverande och motiverande insatserna kräver sådana kunskaper.

²³ RÅ 2010 ref. 17, RÅ 2003 ref. 33, RÅ 1997 ref. 28 och RÅ 2000 not. 97.

²⁴ RÅ 2010 ref. 17.

²⁵ RÅ 1997 ref. 28.

²⁶ RÅ 2000 not. 97.

Aktiv tillsyn av övervakande karaktär

Den andra formen av stödbehov som kan omfattas av det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* är vad som kallas för aktiv tillsyn av övervakande karaktär. Förutsättningarna för detta är att:

1. den enskilde har en psykisk funktionsnedsättning och stödbehovet har sin grund i just denna funktionsnedsättning,
2. den enskilde har behov av aktiv tillsyn av övervakande karaktär,
3. stödet behövs för att begränsa allvarliga konsekvenser av ett utagerande beteende, och
4. den aktiva tillsynen, med hänsyn till personens svårigheter att kommunicera, förutsätter ingående kunskaper om personen i fråga.²⁷

Stödbehovet ska ha sin grund i personens psykiska funktionsnedsättning

Generellt gäller alltså att *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* endast omfattar personer med psykisk funktionsnedsättning (se avsnitt ovan). När det gäller så kallad aktiv tillsyn av övervakande karaktär har HFD uttalat att tillsynsbehovet också ska ha sin grund i just den psykiska funktionsnedsättningen.²⁸ I avgörandet HFD 2020 ref. 7 bedömde domstolen att en persons behov av stöd på grund av en svår form av epilepsi, som syftade till att begränsa riskerna för att personen skulle skada sig i samband med krampanfall, inte hade sin grund i personens psykiska funktionsnedsättning och därmed inte omfattades av det grundläggande behovet.

²⁷ HFD 2020 ref. 7 och HFD 2015 ref. 46.

²⁸ HFD 2020 ref. 7.

Aktiv tillsyn av övervakande karaktär som behövs för att begränsa allvarliga konsekvenser av ett utagerande beteende

Det är inte så att alla tillsynsbehov som har sin grund i en psykisk funktionsnedsättning kan omfattas av *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*, utan det ska vara fråga om just sådan aktiv tillsyn av övervakande karaktär som behövs för att begränsa allvarliga konsekvenser av ett utagerande beteende.²⁹ Även detta har klargjorts i HFD 2020 ref. 7.

I avgörandet anges inte närmare vad som avses med uttrycket utagerande beteende. Men det framgår att tillsynen ska behövas för att begränsa risken för att personen skadar sig själv, andra personer eller egendom.³⁰ I avgörandet hänvisas också till äldre avgöranden där behov av tillsyn har bedömts som grundläggande behov. I ett av dessa framgår att den enskilde lätt blev frustrerad och kunde reagera med att bli aggressiv och destruktiv, och att reaktionerna kunde vändas mot honom själv, mot andra eller mot föremål. Han saknade också insikt i vad som är farligt och kunde till exempel springa rakt ut i trafiken.³¹ I ett annat avgörande framgår att den enskilde behövde stöd för som hindra att han förstörde inredning eller föremål i sin omgivning eller skadade sig själv och andra.³² En liknande bedömning gjordes avseende en person som på grund av aggressionsutbrott kunde bli farlig för sig själv och för omgivningen.³³

För att bedöma om det finns ett behov av aktiv tillsyn av övervakande karaktär tas hänsyn till omfattningen och graden av den enskildes utagerande beteende.³⁴ I ett avgörande bedömde HFD att en pojke som krävde ständiga ingripanden för att hindra att hans reaktioner vändes mot honom själv, mot andra människor eller mot egendom hade behov av sådan aktiv tillsyn som utgjorde ett grundläggande behov.³⁵ En liknande bedömning hade domstolen tidigare gjort avseende en pojke som behövde ständig tillsyn under sin vakna tid och som i många sammanhang var beroende av aktiva insatser

²⁹ HFD 2020 ref. 7.

³⁰ HFD 2020 ref. 7, RÅ 2010 ref. 17 och RÅ 1997 ref. 23 I.

³¹ HFD 2010 ref. 17.

³² RÅ 1997 ref. 23 I.

³³ RÅ 2000 not. 97.

³⁴ HFD 2020 ref. 7.

³⁵ RÅ 2010 ref. 17.

från föräldrarna.³⁶ Ingridanden behövde ofta göras för att hindra att han skulle förstöra föremål eller skada sig själv och andra.³⁷

Det ska behövas ingående kunskaper om den funktionshindrade

Det sista kravet som ställs för att ett behov av aktiv tillsyn av övervakande karaktär ska kunna utgöra ett grundläggande behov är att tillsynen ska förutsätta ingående kunskaper om den som ska ta emot stödet. Frågan är då vad som ska beaktas i den bedömningen.

I avgörandet HFD 2020 ref. 7 uttalade domstolen att det i praxis har krävts att den aktiva tillsynen ”med hänsyn till den funktionsnedsattes svårigheter att kommunicera” förutsätter ingående kunskaper om personen i fråga. Avgörandet innehåller dock inte någon vägledning när det gäller hur bedömningen ska göras och ingen sådan prövning blev aktuell i målet.³⁸

Det är oklart i vilken mån som domstolens uttalande i HFD 2020 ref. 7, avseende betydelsen av den enskildes kommunikationssvårigheter, utgör en eventuell insnävning jämfört med tidigare avgöranden där frågan om ingående kunskaper om den funktionshindrade har prövats. I två tidigare avgöranden framgår att domstolens bedömning *bland annat* har gjorts med beaktande av den enskildes kommunikationssvårigheter, men av de avgörandena framgår inte om begränsningar i kommunikationsförmåga ansetts utgöra en absolut förutsättning för tillämpningen av det grundläggande behovet, eller om några ytterligare omständigheter beaktats vid bedömningen.³⁹ I ett annat avgörande bedömdes dock den enskildes behov av aktiv tillsyn av övervakande karaktär utgöra ett grundläggande behov trots att det inte tycks ha förelegat några betydande kommunikationssvårigheter.⁴⁰ Målet rörde en kvinna vars funktionsnedsättning bland annat innebar att hon kunde agera oberäkneligt och utagerande. HFD ansåg att det var visat att den hjälp som hon behövde förutsatte ingående kunskaper om henne. I ytterligare ett avgörande, som rörde en person med minnesproblematik, uttalade domstolen att även om det med hänsyn till den enskildes bristande minnes-

³⁶ RÅ 1997 ref 23 I.

³⁷ Se även RÅ 2000 not. 97.

³⁸ I målet gjordes inte någon sådan prövning eftersom det inte ansågs visat att den enskilde alls hade ett sådant slags tillsynsbehov som krävs.

³⁹ RÅ 2010 ref. 17 och RÅ 1997 ref. 23 I.

⁴⁰ RÅ 2000 not. 97.

funktioner var påkallat med en personalkontinuitet och en känedom om hans funktionshinder, kunde det inte anses att hjälpen måste ges av ett begränsat antal personer och att den förutsätter ingående kunskaper om honom.⁴¹

5.2.3 Kriterier i den praktiska tillämpningen

De som har att praktiskt tillämpa det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* är handläggare och beslutsfattare i kommuner och hos Försäkringskassan.

När det gäller kommunerna så är de 290 till antalet och det finns inte något gemensamt styrande eller stödjande dokument för kommunerna. Inom vissa kommuner upprättas dock interna stödjande dokument för hur olika insatser enligt LSS ska utredas och bedömas.

Försäkringskassan däremot har interna dokument som syftar till att fungera som stöd vid handläggningen av ansökningar om assistansersättning. I Försäkringskassans vägledning om assistansersättning finns ett längre avsnitt om just *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*.⁴² Vägledningen är i vissa avseenden mer detaljerad rörande vilka krav som ska vara uppfyllda än vad som kan utläsas av HFD:s avgöranden. Ett skäl till detta är att även avgöranden från kammarrätterna har beaktats när vägledningen tagits fram.

I Försäkringskassans vägledning anges att det som främst har betydelse för bedömningen av om det krävs annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper är konsekvenserna av utebliven hjälp, frekvensen på ingripandena, och hjälpens karaktär.⁴³ Bland annat anges följande:

- Avsaknad av insikt om vad som är farligt, oförutsägbarhet i beteendet, impulsstyrighet, avsaknad av konsekvenstänkande och rymningsbenägenhet kan ha betydelse. En förutsättning för att tillsynen ska kunna anses vara ett grundläggande behov är att den, med hänsyn till personens kommunikationssvårigheter, förutsätter ingående kunskaper. Det krävs därför att det i princip finns

⁴¹ RÅ 2003 ref. 33.

⁴² Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27, s. 101 ff.

⁴³ Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27, s. 102.

ett behov av hjälp med det grundläggande behovet att kommunicera med andra.⁴⁴

- För aktiv tillsyn krävs en risk för att egendom skadas eller att personen skadar sig själv eller andra. En risk för att ett barn rivs eller nyps är inte en tillräckligt allvarlig konsekvens. Det ska, utifrån person, situation, omgivning med mera, vara fråga om en tydlig risk för skada i det enskilda fallet.⁴⁵
- Det krävs att risken uppstår med en viss frekvens, det vill säga att någon ofta behöver ingripa. Man kan även beakta om det går att förutse behovet av hjälp och ingripanden, i vilken omfattning personen faktiskt utsätter sig för faror. Om det inte krävs frekventa ingripanden, utan snarare är fråga om att vara närvarande, är det inte fråga om ”annan hjälp”.⁴⁶
- Om det är tillräckligt att någon är hos personen i hemmet är det inte behov av aktiv tillsyn av övervakande karaktär. För att hjälpen ska vara av övervakande karaktär måste konsekvenserna av utebliven hjälp och frekvensen på ingripandena motivera att assistenten genast måste kunna uppmärksamma behov av och utföra omedelbara ingripanden. Assistenten måste därför hela tiden ha uppsikt över personen och vara i hans eller hennes omedelbara närhet.⁴⁷
- Ingående kunskaper handlar om något mer än ett personligt utformat stöd, personalkontinuitet och kännedom om funktionshindret.⁴⁸
- Kravet på ingående kunskaper är inte uppfyllt om det räcker med adekvat utbildning om funktionsnedsättningen och att man får kunskap om personen och funktionsnedsättningen utifrån medicinsk dokumentation och adekvata säkerhetsåtgärder.⁴⁹
- För att tillsynen ska förutsätta ingående kunskaper om personen ska särskilda personspecifika kunskaper och hur man måste förhålla sig till just honom eller henne för att syftet med tillsynen

⁴⁴ Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27, s. 102.

⁴⁵ Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27, s. 103.

⁴⁶ Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27, s. 103.

⁴⁷ Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27, s. 103.

⁴⁸ Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27, s. 103, med hänvisning till RÅ 2003 ref. 33.

⁴⁹ Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27 s. 103 f.

ska kunna uppnås. Sådana personspecifika kunskaper avser typiskt sett hur man ska kommunicera med och bemöta eller förhålla sig till personen.⁵⁰

- För kvalificerade aktiverings- och motiveringsinsatser består de allvarliga konsekvenserna av utebliven hjälp i att ett eller flera av de grundläggande behoven inte blir tillgodosett, till exempel att personen annars inte får i sig mat.⁵¹

Försäkringskassan anger att för *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper* får hjälpen anses vara av tillräckligt integritetsnära karaktär om de speciella kraven för behovet är uppfyllda. Uttalandet görs mot bakgrund av de krav som finns i praxis om att hjälp med de grundläggande behoven ska vara av integritetsnära karaktär.⁵²

Som tidigare nämnts finns det inte någon allmänt vedertagen definition av begreppet psykisk funktionsnedsättning. I ett rättsligt ställningstagande⁵³ redogör Försäkringskassan för sin tolkning av detta begrepp. Där anges att personer som har en nedsättning av någon av de psykiska funktionerna ska anses ha en psykisk funktionsnedsättning. I fråga om vad som avses med psykiska funktioner hänvisas till Socialstyrelsens version av WHO:s International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).⁵⁴ Försäkringskassan har uttalat att en sjukdom som vanligtvis endast medför fysiska funktionsnedsättningar även kan medföra en nedsättning av en psykisk funktion. Det anses därför inte vara möjligt att enbart utifrån en viss diagnos, sjukdom eller tillstånd bedöma om det finns en psykisk funktionsnedsättning eller inte.

⁵⁰ Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27s. 104.

⁵¹ Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27, s. 102 f.

⁵² Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27, s. 95–96, RÅ 2009 ref. 57 och RÅ 2020 ref. 7.

⁵³ Försäkringskassan (2015). Rättsligt ställningstagande 2015:7 *Psykisk funktionsnedsättning vid bedömning av grundläggande behov*.

⁵⁴ Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) är en av WHO:s så kallade klassifikationer. Se Socialstyrelsen (2020). Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).

5.3 Tillsyn som andra personliga behov

Behov av stöd som inte uppfyller kraven för att omfattas av det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* kan i vissa fall berättiga till personlig assistans som så kallade andra personliga behov enligt 9 a § andra stycket LSS. Detta om en rätt till personlig assistans redan har bedömts föreligga (se mer om andra personliga behov i avsnitt 2.5.2).

Till skillnad från de grundläggande behoven anges inte i lagtexten vilka typer av behov eller hjälpinsatser som kan utgöra andra personliga behov. Men av rättspraxis framgår att tillsyn och aktiverings- och motiveringsinsatser i vissa fall kan bedömas som sådana behov.⁵⁵ När det gäller andra personliga behov finns inte heller något krav på att stödbehovet ska vara föranlett av en psykisk funktionsnedsättning och det finns exempelvis inte något hinder mot att beakta stödbehov som föranleds av medicinsk problematik. Generellt gäller dock att personlig assistans inte kan beviljas om det är fråga om sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (se avsnitt 3.3.1).

HFD har uttalat att det inte är alla personliga behov som ger rätt till personlig assistans, utan att det särskilda stödet i någon mening ska vara kvalificerat. Domstolen har uttalat att:

[...] detta krav får anses innefatta att den personliga assistentens insats ska ha en direkt och konkret koppling till ett individuellt behov av hjälp i det dagliga livet.⁵⁶

Kravet på att stödet ska vara kvalificerat omfattar dock inte visst stöd som har samband med andning och måltider i form av sondmatning.⁵⁷ Det omfattar inte heller de situationer som regleras i 9 a § andra stycket punkterna 1–3 LSS.⁵⁸

I Försäkringskassans vägledning om assistansersättning anges att tillsyn som andra personliga behov är en kvalificerad hjälpinsats som har utvecklats i rättspraxis och att det av avgörande från HFD fram-

⁵⁵ HFD 2010 ref. 17.

⁵⁶ HFD 2017 ref. 27.

⁵⁷ Prop. 2019/20:92 *Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning*, s. 46 f.

⁵⁸ I avgörandet HFD 2017 ref. 27 bedömde domstolen att den enskildes behov av transport till och från fritidsaktiviteter inte utgjorde ett sådant annat personligt behov som avses i 9 a § andra stycket LSS. Efter avgörandet utfärdade Försäkringskassan ett rättsligt ställningstagande (FKRS 2017:05) *Assistansersättning – hjälp med andra personliga behov* enligt vilket assistansersättning inte längre skulle beviljas för väntetid, beredskap och tid mellan insatser vid aktiviteter utanför hemmet. Punkterna 1–3 i 9 a § andra stycket LSS infördes därefter, se prop. 2017/18:78 s. 8 ff. och s. 13.

går att tillsyn kan ingå i bedömningen av andra personliga behov. I de kammarrättsdomar som meddelats efter detta har det varit fråga om tillsyn som andra personliga behov när funktionsnedsättningen inneburit att någon behöver ha tillsyn över den försäkrade därför att skadliga situationer kan uppstå för den försäkrade själv eller andra. Försäkringskassan skriver vidare att för att assistansersättning ska kunna beviljas för tillsyn i form av andra personliga behov behöver funktionsnedsättningen också vara sådan att det finns behov av att den personliga assistenten kan se den försäkrade eller i vart fall befinna sig på hörbart avstånd. Aktiv tillsyn av övervakande karaktär som inte kräver ingående kunskap om den enskilde och funktionsnedsättningen är tillsyn som ett annat personligt behov.⁵⁹

5.4 Behov av stöd som tidigare kunde omfattas av annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade

Under lång tid ansågs stödbehov som var föranledda av medicinsk problematik kunna omfattas av det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*. Detta kallades ibland för aktiv tillsyn av övervakande karaktär på grund av medicinsk problematik.⁶⁰ Det grundläggande behovet ansågs kunna omfatta både stöd i form av praktiska insatser och stöd i form av närvaro som behövdes för att uppmärksamma ett visst hälsotillstånd. En förutsättning var dock att det inte var fråga om sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen.⁶¹ I den mån som stödbehovet utgjorde sjukvårdande insatser så behövde dessa alltså ha karaktären av egenvård (se mer om egenvård i kapitel 3).

Situationer då en tillämpning av *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* kunde bli aktuellt var exempelvis när det var fråga om vård av teknisk karaktär, och behovet i mycket stor omfattning handlade om vård som inte personen själv kunde hantera eller där brister i tillsyn kunde medföra risker för personens hälsa. Det kunde också röra sig om situationer där ett tillstånd kunde inträffa som krävde akut vård. Det krävdes då att per-

⁵⁹ Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27 (2020), s. 111.

⁶⁰ Försäkringskassan (2015), Socialförsäkringsrapport 2015:13 *Assistansersättningens utveckling. Orsaker till ökningen av antalet assistansmottagare och genomsnittligt antal timmar*, s. 43 f.

⁶¹ Försäkringskassans vägledning 2003:06 *Assistansersättning*, version 13, (2015), s. 127 f.

sonen inte själv kunde uppmärksamma när detta tillstånd uppstod och inte självständigt kunde hantera situationen om den inträffade. Det skulle också finnas en viss frekvens och allvarlighetsgrad i den medicinska problematiken.⁶² Exempel på medicinska stödbehov som i den praktiska tillämpningen kunde bli aktuella var andningshjälp, måltider genom sond och stöd på grund av grav epilepsi, astma eller shunt.⁶³

När HFD i avgörandet år 2015 klargjorde att det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* endast omfattar personer med psykisk funktionsnedsättning försvann i princip möjligheten att beakta behov av stöd som föranleds av medicinsk problematik som grundläggande behov.⁶⁴ Genom ytterligare tydliggöranden från HFD avseende det grundläggande behovets tillämpningsområde är denna möjlighet nu i praktiken helt stängd.⁶⁵

5.5 Slutsats – tre kategorier av tillsyn

Av genomgången ovan framgår att det före HFD:s avgörande år 2015 var tre olika kategorier av stödbehov som ansågs kunna omfattas av det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*. De kan kortfattat beskrivas på följande sätt:

1. behov av stöd i form av aktiverande och motiverande insatser,
2. behov av stöd med anledning av vissa beteenden, och
3. behov av stöd som föranleds av medicinsk problematik (inklusive egenvård).

Utifrån vår tolkning av direktivet så utgör detta de yttre ramarna för uppdraget rörande tillsyn, det vill säga att det är inom dessa kategorier som vi bedömer att det kan finnas stödbehov som omfattas av vad som i direktivet menas med ”övervakning som behövs på grund

⁶² Försäkringskassans vägledning 2003:06 *Assistansersättning*, version 13, (2015) s. 127 f.

⁶³ Försäkringskassan (2015), Socialförsäkringsrapport 2015:13 *Assistansersättningens utveckling, Orsaker till ökningen av antalet assistansmottagare och genomsnittligt antal timmar*, s. 43 f. Se även Försäkringskassans vägledning 2003:06 *Assistansersättning*, version 13, (2015), s. 127 f.

⁶⁴ HFD 2015 ref. 46.

⁶⁵ HFD 2020 ref. 7.

av psykisk eller fysisk funktionsnedsättning (inklusive ingripanden) och aktiverings- och motiveringsinsatser”. Inom den tredje kategorin ingår också stöd i form av egenvård och inom denna kategori bedömer vi att detta är en del av det som benämns ”ingripanden”.

Det är med utgångspunkt i dessa tre kategorier av stöd som vi fortsättningsvis kommer att kartlägga behovet av stärkt rätt till personlig assistans i kapitel 6.

6 Rätten till personlig assistans behöver stärkas för vissa hjälpbehov

Med utgångspunkt i det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* identifierade vi i kapitel 5 tre kategorier av stödbehov som vi bedömer utgör de yttre ramarna för vad som kan omfattas av direktivets definition av begreppet tillsyn. De tre kategorierna har vi valt att benämna på följande sätt:

1. behov av stöd i form av aktiverande och vägledande insatser,
2. behov av stöd med anledning av vissa beteenden, och
3. behov av stöd som föranleds av medicinsk problematik (inklusive egenvård).

Nästa steg för att kunna bedöma om, och i så fall på vilket sätt, som rätten till personlig assistans för tillsyn bör stärkas är att närmare kartlägga vilka stödbehov som faktiskt finns inom målgruppen, i vilka situationer som personlig assistans kan vara en ändamålsenlig insats och vilka slags stöd som personer med dessa behov får i dag. Det vill säga konkretisera begreppet tillsyn och fylla det med innehåll, för att på så sätt kunna identifiera för vilka situationer som rätten till personlig assistans kan behöva stärkas. Det är vad detta kapitel handlar om.

Inom ramen för vår kartläggning har vi genomfört intervjuer och samtal med assistansanvändare, företrädare, representanter från hälso- och sjukvården, myndigheter, intresseorganisationer och assistansanordnare. Information har också inhämtats genom en enkätundersökning som Försäkringskassan genomförde år 2010 och år 2015

samt en egen enkätundersökning. Vi har även inhämtat kunskap genom myndighetsrapporter, litteratur och granskning av rättspraxis.

6.1 Tillsyn som begrepp är problematiskt

I arbetet med kartläggningen har det framkommit att begreppet tillsyn är problematiskt.

Anna Bruce, expert på mänskliga rättigheter, skriver i sin fördjupande text *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'* (Bilaga 3) att begreppet tillsyn ger generella signaler av oberäknlighet eller otillräknlighet hos en person och någon som därför ska övervakas.¹ Hon fortsätter sitt resonemang med att om samhällsgemenskapen ska bli öppen, möjliggörande och inkluderande så måste:

”[s]tereotyper, ”ableism” och förutfattade meningar som hindrar personer med funktionsnedsättning från ett självständigt liv [...] undanröjas” till fördel för ”en positiv bild av personer med funktionsnedsättning och deras bidrag till samhället”. En del av detta är hur kategorier av behov, såsom ’tillsyn’ benämns och förstås.²

Även i de intervjuer och samtal vi genomfört med brukarorganisationer och assistansanvändare har framkommit en önskan om att uttrycka vad stödet innehåller på ett bättre, och ett med verkligheten mer överensstämmande, sätt.

Eftersom begreppet tillsyn är det som används i utredningens direktiv använder vi detta begrepp i redogörelsen nedan. Som kommer att beskrivas närmare i avsnitt 10.2 anser vi dock att det finns skäl att undvika användning av detta begrepp i samband med att nya bestämmelser införs.

¹ Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 87.

² Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 87.

6.2 Tre kategorier av tillsyn men vad är det för stöd som behövs?

I detta avsnitt beskriver vi vilka stödbehov vi identifierat inom de tre kategorier av stöd som vi bedömer omfattas av direktivets definition av begreppet tillsyn.

6.2.1 Insatser som är aktiverande och vägledande

Även om en person har de fysiska förutsättningar som krävs för att utföra en viss praktisk uppgift kan det vara så att hen till följd av sina funktionsnedsättningar inte självständigt klarar av alla de moment som behövs för att genomföra uppgiften. Det kan då finnas ett behov av stöd som är av annat än rent praktisk karaktär. Detta slags stöd kommer vi fortsättningsvis att benämna som motiverande och vägledande.

Vi bedömer att behov av motiverande och vägledande insatser omfattas av direktivets definition av tillsyn (aktiverings- och motiveringsinsatser). Nedan beskrivs vilka svårigheter som kan leda till att stödet behövs, vad stödet kan bestå i samt i vilka situationer som stödet kan behövas.

Varför stödet kan behövas

För en del personer kan funktionsnedsättningen innebära att det är svårt att identifiera när ett visst moment behöver utföras, varför ett visst moment behöver utföras, att planera hur momentet ska utföras, att komma igång, att utföra alla nödvändiga delmoment i rätt ordning, att utföra momenten på ett tillräckligt utförligt sätt eller att avsluta momenten i tid.³ Dessa svårigheter kan ha olika skäl och de kan inte hänföras till endast en viss specifik diagnos eller funktionsnedsättning. Personer med autism är dock ett exempel där denna typ av svårigheter många gånger förekommer.⁴

³ Samtal med assistansanvändare, företrädare, hälso- och sjukvård, anordnare och intresseorganisationer. Även www.autismforum.se/stod-och-insatser/vardagsfardigheter1/ (hämtad 2021-03-10) och informationsmaterial från Region Stockholm Habilitering och Hälsa, *Vardagsfardigheter hos barn och ungdomar* respektive *Vardagsfardigheter hos vuxna*.

⁴ www.autismforum.se/stod-och-insatser/vardagsfardigheter1/ (hämtad 2021-03-10) och informationsmaterial från Region Stockholm Habilitering och Hälsa *Vardagsfardigheter hos barn och ungdomar* respektive *Vardagsfardigheter hos vuxna*.

I informationsmaterialet *Vardagsfärdigheter hos vuxna* från Habilitering och Hälsa inom Region Stockholm, som handlar särskilt om personer med autism, behandlas frågor om stöd till personer som behöver få ordning på sin praktiska vardag. Där beskrivs att man för att klara av sin vardag på ett bra sätt behöver ha förmåga att bearbeta intryck och information, att planera vad som ska göras och att sedan minnas. Har man svårt att generalisera utifrån tidigare erfarenheter blir vardagen energikrävande och svårigheter med automatisering, det vill säga att kunna göra något utan att tänka på det medvetet, skapar också problem. Det beskrivs att många med autism har svårt att skapa rutiner för när och hur saker och ting ska utföras, och att man kanske inte vet när hemmet behöver städas eller när man bör duscha och byta kläder. Det beskrivs också att en del personer med autism har en bristande tidsuppfattning, vilket gör att det blir ännu svårare att skapa rutiner kring olika sysslor i vardagen. Man kan ha svårt att bedöma när det är dags att utföra något och att bedöma hur lång tid olika delar av vardagsrutinerna får ta. Vidare beskrivs att personer med autism kan ha svårt att se helheten och planera ett arbete som består av flera delar och att det innebär att man utför sysslor som lösryckta moment i stället för delar som hänger ihop. Detta gör att det är lätt att fastna i detaljer. För att kunna planera vad som ska göras behöver man också kunna välja, vilket det beskrivs att många med autism har svårt för.⁵

I informationsmaterialet *Vardagsfärdigheter hos barn och ungdomar* beskrivs bland annat att många barn och ungdomar med autism behöver extra stöd och träning för att hitta bra rutiner för att sköta sin personliga hygien. Det beskrivs att hygien är ett område som många barn med autism har svårigheter med och att detta kan hänga samman med en begränsad kroppsuppfattning, att man tycker att andras kommentarer om ens hygien är oviktiga eller att man upplever sinnesintryck på ett annorlunda sätt. Detta kan till exempel göra tandborstning till en obehaglig upplevelse.⁶

⁵ Region Stockholm Habilitering och Hälsa, *Vardagsfärdigheter hos vuxna*.

⁶ Region Stockholm Habilitering och Hälsa, *Vardagsfärdigheter hos barn och ungdomar*.

Exempel på stöd som kan behövas

Vilket slags stöd och vilken omfattning av stöd som behövs är såklart individuellt. För vissa personer är det tillräckligt att få motiverande och vägledande stöd som är av generell eller enklare karaktär eller som är tillräckligt att ge vid enstaka tillfällen. Det kan till exempel handla om att få hjälp med planering och att lägga ett schema eller få enstaka påminnelser eller övergripande instruktioner inför att en viss uppgift ska genomföras.⁷ Andra personer kan behöva ett motiverande och vägledande stöd som är av en mer kvalificerad karaktär. Det kan exempelvis vara så att den som ger stödet behöver vara fysiskt mycket nära genom hela det aktuella momentet och stödet kan innehålla sådana moment som i det närmaste är att betrakta som praktiska, eller till och med innehåller fysisk kontakt med den enskilde. I andra fall kan det stöd som behövs vara av mindre handgriplig karaktär och i stället handla om aktiv och individanpassad motivering eller vägledning.⁸ I vissa fall kan det vara en förutsättning för att stödet ska fungera på ett ändamålsenligt sätt att den som ska ge stödet har god kännedom om den enskilde och om hur stödet ska ges till just honom eller henne. Det kan till exempel vara så att den enskilde har stora begränsningar i sin kommunikationsförmåga eller har andra svårigheter som har samband med funktionsnedsättningen och som påverkar stödbehovet.⁹

När stödet kan behövas – vad kan stödet syfta till att uppnå?

I vilka situationer som stödet behövs är givetvis individuellt. För en del personer kan ett motiverande och vägledande stöd vara en förutsättning för att hen alls ska kunna tillgodose sina basala praktiska behov så som att duscha, gå på toaletten, äta eller klä på sig. En person kan till exempel på grund av sin funktionsnedsättning vara helt ur stånd att själv klara sin hygien eller få i sig mat, trots att hen har den fysiska förmåga som krävs. För andra personer kan det vara till-

⁷ Region Stockholm Habilitering och Hälsa, *Vardagsfärdigheter hos vuxna*.

⁸ Samtal med assistansanvändare, företrädare, hälso- och sjukvård, anordnare och intresseorganisationer. Se även www.autismforum.se/stod-och-insatser/vardagsfardigheter1/ (hämtad 2021-03-10) och informationsmaterial från Region Stockholm Habilitering och Hälsa *Vardagsfärdigheter hos barn och ungdomar* respektive *Vardagsfärdigheter hos vuxna*.

⁹ Samtal med assistansanvändare, företrädare, hälso- och sjukvård, anordnare och intresseorganisationer.

räckligt att få stödet för att till exempel städa, laga mat eller komma igång med och genomföra en fritidsaktivitet.¹⁰

6.2.2 Stöd för att förebygga vissa beteenden och minska risken för skada till följd av sådana beteenden

Vissa personer som tillhör personkretsen enligt LSS har till följd av sin funktionsnedsättning behov av att få särskilt stöd för att göra tillvaron förutsägbar, begriplig och hanterbar. Det kan till exempel vara viktigt för personen att få stöd i att förutsäga, strukturera och anpassa sin vardag, eller att få stöd för att kunna förstå och tolka sin omgivning eller ett socialt sammanhang. Förutom att öka möjligheterna för mottagaren att förutse, förstå och hantera sin tillvaro kan stödet även fungera förebyggande mot sådana upplevelser av exempelvis osäkerhet eller frustration som för vissa personer yttrar sig i ett beteende som på något sätt är riskfyllt, till exempel utåtagerande eller självskadande beteende. Sådana beteenden innebär svårigheter och fysiska risker för såväl personen själv som för andra personer i hens närhet.¹¹ Nedan beskrivs varför stödet kan behövas och vad stödet kan bestå i.

Vad beteendet bero på?

I Socialstyrelsens kunskapsstöd *Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet* beskrivs att det förekommer olika begrepp för ett beteende som är av sådan svårighetsgrad, intensitet, frekvens eller varaktighet att det riskerar att påverka nivån av livskvalitet eller den fysiska säkerheten för personen själv eller personer i hens närhet. Socialstyrelsen, som har valt att använda begreppet *utmanande beteende*, understryker att det inte är meningsfullt att försöka förstå beteendet isolerat från situationen som det uppkommer i, och att det är omgivningen som utmanas av beteendet. Det beskrivs att i omgivningen ingår personalen och deras sätt att förstå och interagera med personen. Utmanande beteenden ses som signaler på att personen inte får sina behov tillgodosedda. Det beskrivs att

¹⁰ Samtal med assistansanvändare, företrädare, hälso- och sjukvård, anordnare och intresseorganisationer.

¹¹ Socialstyrelsen (2015). *Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet, Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal.*

lösningen på problemen alltid ligger i samspelet med personen och att det är omgivningens ansvar att hitta lösningar så att en person som utvecklat utmanande beteenden kan leva ett gott liv. Exempel på utmanande beteenden kan vara utåtagerande beteende (till exempel bita, slå, sparka eller riva) eller självskadande beteende (till exempel dunka huvudet, bita eller riva sig). I kunskapsstödet anges bland annat följande:

Utmanande beteende är inte en egenskap

Utmanande beteende är inte ett tillstånd eller en diagnos. Alla människor kan agera på sätt som andra finner utmanande i vissa situationer, särskilt om vi är oroliga, rädda, frustrerade, slutkörda, stressade, upprörda eller arga. Om kognitiva svårigheter gör situationen obegriplig eller övermäktig kan en person reagera med utmanande beteende. Att uppleva att man inte blir lyssnad på eller förstådd kan också leda till utmanande beteende. Utmanande beteende kan ses som ett tecken på att situationens krav och individens förmågor inte matchar varandra. Att reagera med ett utmanande beteende kan vara det enda kommunikationssätt eller den lösning som finns i stunden för en person i en viss situation.

Att sakna uttryckssätt kan leda till utmanande beteende

Såväl forskare som praktiker är idag överens om att det finns ett starkt samband mellan kommunikationssvårigheter och utmanande beteende. Ju större kommunikationssvårigheter, desto större risk för utmanande beteende. Mest konstruktivt är att uppfatta dessa beteenden som funktionella, dvs. som sätt att kommunicera, även om det sker omedvetet. Personen kan till exempel ha ont, vara uttråkad, inte förstå vad som händer eller uppleva att ingen lyssnar på honom eller henne. Därför måste personer med intellektuell funktionsnedsättning ha individuellt utformat stöd så att de kan kommunicera med sin omgivning. När en person ges bättre anpassade möjligheter att förstå och uttrycka sig minskar vanligtvis förekomsten av utmanande beteenden.¹²

Inom Region Stockholms Habilitering och Hälsa, Autismforum¹³, används i stället begreppet *problembeteenden*. Begreppet syftar på bland annat beteenden som är allvarliga, som att skada sig själv på ett allvarligt sätt, att vara våldsam mot andra, att förstöra saker eller att säga och göra så hotfulla saker så att andra människor blir skrämde. Det beskrivs att problembeteenden kan påverka personens möjligheter att vara delaktig i samhällslivet och att sådana beteenden inte

¹² Socialstyrelsen (2015). *Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet, Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal.*

¹³ Region Stockholm Habilitering och Hälsa, www.autismforum.se.

bara påverkar den enskilde själv utan även omgivningen. Det kan exempelvis vara svårt för personal i olika verksamheter att veta hur man ska hjälpa och man kan vara orolig för sin egen säkerhet. Föräldrar kan uppleva att hela deras liv påverkas och begränsas av barnets beteende.¹⁴ Det beskrivs att orsakerna till ett problembeteende kan vara många. Missförstånd och svårigheter att göra sig förstådd samt bristande struktur och begriplighet i vardagslivet ges som exempel. Andra faktorer som anges kunna ha betydelse är sömnsvårigheter, ljud och ljus, psykotiska problem, utträkning eller orättvisor.¹⁵

Vid våra samtal med bland annat vårdnadshavare och andra företrädare, intresseorganisationer och hälso- och sjukvården har vi också fått beskrivet att för en del personer kan även funktionsnedsättningen innebära en impulsstyrighet, avsaknad av insikt i vad som är farligt och bristande förståelse för konsekvenser som medför ett särskilt behov av stöd. Det utifrån en risk för att personen utsätter sig själv eller andra för omedelbar fysisk fara utan att det handlar om utåtagerande eller ett, i egentlig mening, självskadande beteende. Det kan exempelvis vara fråga om att göra saker som för de flesta andra är uppenbart riskfyllt, så som att gå rakt ut i trafiken eller inta något skadligt.¹⁶ Det kan vara fråga om situationer som uppkommer som en följd av nyfikenhet likväl som situationer som uppkommer som en följd av till exempel tvångsmässigt beteende. Olika beteenden kan också samverka eller följa på varandra, exempelvis att personen först reagerar på en stressande situation genom ett utåtagerande beteende och därefter springer ut på en trafikerad väg, eller först råkar försätta sig i en farlig situation och därefter reagerar på rädslan eller omgivningens respons genom ett utåtagerande beteende.¹⁷

Med ett välfungerande stöd kan vissa beteenden förebyggas

Vilket slags stöd eller vilka konkreta stödinsatser som en viss person behöver för att inte reagera med exempelvis ett självskadande eller utåtagerande beteende är givetvis individuellt. I vår utredning har vi

¹⁴ www.autismforum.se/stod-och-insatser/problembeteenden/ (hämtad 2021-03-10).

¹⁵ www.autismforum.se/stod-och-insatser/problembeteenden/ (hämtad 2021-03-10).

¹⁶ Samtal med vårdnadshavare och andra företrädare, assistansanordnare, intresseorganisationer och hälso- och sjukvård.

¹⁷ Samtal med assistansanvändare och företrädare, hälso- och sjukvård, anordnare och intresseorganisationer. Även

www.autismforum.se/stod-och-insatser/problembeteenden/ (hämtad 2021-03-10).

dock kunnat se att det råder stor konsensus om att det i första hand är förebyggande stöd som behövs och betydelsen av stöd för att göra tillvaron förutsägbar, begriplig och hanterbar har bland annat särskilt lyfts fram. Även betydelsen av kontinuitet och långsiktighet har understrukits. Till exempel har det vid samtal med barn- och vuxenhabilitering betonats att förebyggande av utmanande beteenden kan vara viktigt på såväl kort som lång sikt, och det har beskrivits att ett ändamålsenligt stöd redan i tidig ålder kan innebära att personen framöver och genom livet får större förmåga att hantera de svårigheter som funktionsnedsättningen innebär. Det beskrevs också att motsatsen, det vill säga frånvaro av ändamålsenligt stöd, väsentligt kan öka risken för utvecklande och befästande av problemskapande beteenden som kvarstår över livet.¹⁸

I Socialstyrelsens kunskapsstöd *Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet*¹⁹ framhålls betydelsen av att de som ger stödet har kunskaper om den enskildes funktionsnedsättning och förutsättningar. Där anges bland annat att några viktiga faktorer att ta reda på för att anpassa sitt stöd och inte utsätta personer för felaktiga krav är personens kommunikationsförmåga, förmåga att förstå och tolka omvärlden, förmåga till interaktion med andra, förmåga att orientera sig inne och ute och i kända och okända miljöer samt hur personen upplever fysisk kontakt. Andra faktorer kan vara fysiska förmågor och begränsningar i muskler, motorik och perception – syn, känsel, smak, hörsel och lukt, men även balans. Det anges att kännedom om individens förutsättningar och styrkor ger möjlighet att undanröja sådant som skulle kunna vara ett onödigt hinder för personen i olika aktiviteter. Det framhålls att en person med intellektuell funktionsnedsättning är en individ med personliga särdrag, temperament och intressen som inte har med funktionsnedsättningen att göra. Att stödja en person till fler positiva upplevelser förutsätter att man vet vad personen gläds åt och mår bra av. I kunskapsstödet beskrivs bland annat följande:

Centralt är att personalen har kunskap om intellektuell funktionsnedsättning och dess konsekvenser. Detta för att kunna hjälpa personen att utifrån sina specifika förutsättningar kommunicera och upprätthålla sociala kontakter. Det ingår även att hjälpa personen genom att göra tillvaron begriplig, förutsägbar och trygg. Ett observandum är att det är

¹⁸ Samtal med Habilitering och Hälsa Västra götalandregionen.

¹⁹ Socialstyrelsen (2015). *Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet, Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal.*

lätt att överskatta förmågan att förstå och bearbeta information hos personer som har tal. Ofta tror omgivningen att personen förstår allt som sägs. Detta är inte fallet med personer med måttlig till grav intellektuell funktionsnedsättning och det är heller inte självklart bland personer med autism eller lindrig intellektuell funktionsnedsättning. Är personen dessutom stressad, frustrerad eller deprimerad minskar förmågan att förstå ytterligare. En överskattning eller underskattning av en persons förmåga att förstå och göra sig förstådd kan leda till missförstånd som utlöser ett utmanande beteende.²⁰

För att förebygga att vissa beteenden uppkommer kan det till exempel vara viktigt för personen att få stöd i att förutsäga, strukturera och anpassa sin vardag, eller att få stöd för att kunna förstå och tolka sin omgivning eller ett socialt sammanhang. Exempel som vi har tagit del av i vår utredning på stöd som kan behövas är individuellt anpassad kommunikation, individ- och situationsanpassat bemötande, individuellt anpassad tydliggörande pedagogik, rutin- och strukturskapande, eller förberedelser och tillrättaläggande av förutsättningar inför utförandet av en viss aktivitet.²¹

Socialstyrelsen framhåller i sitt kunskapsstöd att fokus bör vara att förebygga utmanande beteende, men att målsättningen aldrig kan vara att helt eliminera allt utmanande beteende. Ett sådant beteende kan vara en viktig signal om att något är fel, exempelvis att personen har ont och saknar andra uttryckssätt.²²

Om ett visst beteende uppstår kan stöd behövas för att minska risken för skada

Trots att förebyggande stöd har getts kan utmanande beteenden i vissa fall uppstå. Det är då viktigt att den enskilde får ett anpassat stöd för att kunna återfå kontroll över situationen och därigenom minska riskerna för att någon kommer till skada.²³ På Region Stockholm Habilitering och Hälsa beskrivs att man om möjligt kan försöka undvika att problembeteende uppstår genom att agera snabbt

²⁰ Socialstyrelsen (2015). *Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet, Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal*, s. 26.

²¹ Samtal med företrädare, assistansordnare, intresseorganisationer och hälso- och sjukvården. Även Socialstyrelsen (2015), *Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet, Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal*.

²² Socialstyrelsen (2015). *Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet, Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal*, s. 14.

²³ Socialstyrelsen (2015). *Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet, Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal*.

när det verkar vara på gång. Det beskrivs att många med autism har något de säger eller gör som kommer innan ett utbrott, som en förvarning, och att man bör anpassa sitt beteende och sitt agerande för att inte trappa upp situationen. Det kan till exempel handla om att undvika snabba rörelser och utrop eller att försöka skifta fokus och avleda personen genom att byta aktivitet, erbjuda en sak eller börja prata om något personen tycker om. Det beskrivs att man vid allvarliga problembeteenden kan behöva agera för att skydda personen, andra eller sig själv, exempelvis genom att så fort som möjligt ta bort föremål som skulle kunna användas som tillhyggen, och om möjligt flytta undan andra personer som annars kan råka illa ut. Om personen gör sig själv illa kan man försöka skydda till exempel huvudet genom att lägga något mjukt emellan. Det är viktigt att inte lägga ner eller hålla fast personen.²⁴

6.2.3 Stöd som föranleds av medicinsk problematik

Vissa personer som tillhör personkretsen i LSS har till följd av stora och varaktiga funktionsnedsättningar behov av stöd som föranleds av medicinsk problematik. Stödbehovet kan ha sin grund i att personen inte har de fysiska eller kognitiva förutsättningar som behövs för att självständigt klara av de moment som behöver utföras. Många personer har behov av stöd som avser mer isolerade tillfällen som är icke-akuta, möjliga att förutse och begränsade i tid. Det kan till exempel vara fråga om behov av morgon- eller kvällsmedicinering, såromläggning eller träning. I dessa fall kan behovet enligt vår mening inte anses omfattas av direktivets definition av tillsyn så som ”övervakning inklusive ingripanden”.

I vissa fall är dock situationen sådan att ett mer tidsmässigt omfattande stöd behövs och stödbehovet till viss del består av behov av rent praktiska åtgärder (som exempelvis utförs som egenvård) för att behandla eller förebygga ett visst tillstånd, och till viss del består av behov av stöd som handlar mer om aktiv uppsikt som behövs för att kunna uppmärksamma om ett visst tillstånd uppstår och fatta beslut om vad som lämpligen bör göras. I dessa fall kan det enligt vår mening vara fråga om ett sådant behov som omfattas av direktivets

²⁴ www.autismforum.se/stod-och-insatser/problembeteenden/ (hämtad 2021-03-10)

definition av tillsyn. Nedan beskrivs närmare varför ett sådant stöd kan behövas och vad stöd då kan bestå i.

När kan stöd i form av övervakning eller ingripanden behövas?

För vissa personer är omständigheterna sådana att det behövs stöd kontinuerligt under hela eller stora delar av dygnet för att personen inte ska komma till skada till följd av sin underliggande medicinska problematik. Det kan vara fråga om situationer där behovet av praktiska åtgärder är mycket frekvent, det vill säga inträffar väldigt många gånger under dygnet.²⁵ Det kan också vara fråga om situationer där det inte är möjligt att förutse vid vilken tidpunkt som en praktisk stödinsats kommer att behövas, men där det finns en överhängande risk för att ett visst riskfyllt medicinskt tillstånd kan inträffa och där personen själv inte har möjlighet att hantera situationen eller larma.²⁶ I de fall som det är fråga om praktiska insatser är det många gånger fråga om åtgärder som är av sjukvårdande karaktär och som antingen är bedömda som egenvård eller utförs som sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen.²⁷

Det är inte möjligt att göra en uttömmande uppräkningslista över de olika medicinska tillstånd som kan utgöra grund för ett sådant stödbehov och det är därmed inte heller möjligt att göra någon sådan uppräkningslista avseende de olika praktiska moment som en person kan behöva hjälp med på grund av medicinsk problematik. Men vissa av de exempel som kommit fram i vår utredning kan nämnas. Det kan till exempel vara fråga om att hantera en medicinteknisk utrustning så som en pump för läkemedel eller näring, shunt, central venkateter eller respirator. Det kan också vara fråga om att administrera ett visst läkemedel, exempelvis genom spruta, genom inhalator, i tablettform eller genom sond. Det kan också ingå att göra avvägningar avseende dosering av läkemedlet, till exempel mängden kramplösande vid epilepsi eller mängden insulin vid diabetes. Det kan exempelvis också

²⁵ Samtal med assistansanvändare, företrädare, assistansanordnare, intresseorganisationer och hälso- och sjukvården.

²⁶ Samtal med assistansanvändare, företrädare, assistansanordnare, intresseorganisationer och hälso- och sjukvården.

²⁷ Det är i dag endast sjukvårdande insatser som har bedömts kunna utföras som egenvård som kan beaktas vid bedömningen av rätten till personlig assistans och assistansersättning, se mer om detta i avsnitt 3.3.1.

handla om att placera personen i en viss position eller att hjälpa personen att utföra en viss rörelse.²⁸

Utöver det rent praktiska stödet kan det behövas stöd som handlar om att löpande avläsa hälsotillståndet eller den medicintekniska utrustningen för att kunna avgöra om, när och vilka praktiska åtgärder som behövs. Exempelvis kan det handla om att uppmärksamma tecken på att ett krampanfall är på väg att inträffa eller att det är luft i slangen till läkemedelspumpen.²⁹ Det kan också vara så att den medicinska problematiken är av sådan karaktär att de praktiska åtgärderna behöver anpassas efter exempelvis personens dagsform eller vad som sker löpande under dagen. Till exempel vad personen äter, vad personen har för fysiska aktiviteter, eller om personen har en förkylning eller liknande som påverkar de åtgärder som behöver göras.³⁰

I vissa fall är stödbehovet så tidsmässigt omfattande och av så avgörande betydelse för den enskildes liv och hälsa att heltidsstöd är en absolut förutsättning för att hen över huvud taget ska kunna få komma hem från sjukhus, kunna bo kvar i sitt eget hem, gå till jobbet, göra en fritidsaktivitet eller genomföra en resa.³¹

6.3 Möjligheten att beviljas tid för tillsyn som grundläggande behov har förändrats

Över tid har det skett förändringar i fråga om möjligheten att beakta behov av stöd som föranleds av medicinsk problematik, behov av aktivering- och motiveringsinsatser och behov av stöd med anledning av vissa beteenden så som grundläggande behov. Utvecklingen har haft betydelse för enskildas möjligheter att få personlig assistans.

²⁸ Samtal med assistansanvändare, företrädare, assistansanordnare, intresseorganisationer och hälso- och sjukvården. Angående behov vid epilepsi

<https://neuro.se/diagnoser/epilepsi/behandling-vid-epilepsi/> (hämtad 2021-03-12)

²⁹ Samtal med assistansanvändare, företrädare, assistansanordnare, intresseorganisationer och hälso- och sjukvården.

³⁰ Samtal med assistansanvändare, företrädare, assistansanordnare, intresseorganisationer och hälso- och sjukvården.

³¹ Samtal med assistansanvändare, företrädare, assistansanordnare, intresseorganisationer och hälso- och sjukvården.

6.3.1 De senaste årens förändringar avseende behov av stöd som föränleds av medicinsk problematik

Som beskrivits i avsnitt 5.4 kunde behov av stöd som var föränledda av medicinsk problematik tidigare i vissa fall omfattas av det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*. Denna möjlighet är dock i dag stängd till följd av utvecklingen i rättspraxis, främst Högsta förvaltningsdomstolens (HFD) avgörande år 2015.³² Avgörandet blev startskottet för ett flertal förändringar med koppling till just behov av stöd som föränleds av medicinsk problematik.

Flera förändringar i tillämpningen fick stor sammantagen effekt för personer med medicinsk problematik

När HFD år 2015 slog fast att det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* endast är tillämpligt för personer med psykisk funktionsnedsättning innebar detta att personers behov av stöd som var föränledda av medicinsk problematik inte längre ansågs kunna utgöra ett självständigt grundläggande behov. I samband med anpassningen till denna dom gjorde Försäkringskassan även en ny tolkning av ett äldre HFD-avgörande från år 2012.³³ Försäkringskassans nya ställningstagande var att en sjukvårdande insats aldrig kunde utgöra ett grundläggande behov enligt 9 a § första stycket LSS, även i de fall som insatsen var bedömd som egenvård.³⁴ Den sammantagna effekten av dessa två förändringar var att personer som hade behov av stöd som föränleddes av medicinsk problematik inte längre kunde beviljas detta som grundläggande behov. Detta inte ens ifall stödbehovet utgjorde egenvård och hade samband med något av de andra grundläggande behoven, till exempel personlig hygien eller måltider. Den förändrade tillämpningen innebar att personer som inte hade några omfattande behov av hjälp med de övriga grundläggande behoven inte längre uppfyllde kraven för att vara berättigade till personlig assistans eller assistansersättning. Utvecklingen fick således stora konsekvenser för personer som tillhör personkretsen enligt LSS.

³² HFD 2015 ref. 46.

³³ HFD 2012 ref. 41. Avgörandet rörde en person som hade behov av varma bad och massage i smärtlindrande syfte.

³⁴ Försäkringskassans vägledning 2003:06 *Assistansersättning*, version 20, (2018) s. 57 och 94.

I en rapport³⁵ år 2017 konstaterade Socialstyrelsen att utvecklingen i praxis inneburit att en grupp personer som tidigare haft personlig assistans hade fått den indragen. Andra hade fått avslag på ansökan eller hade avstått från att ansöka om personlig assistans på grund av det ändrade rättsläget. De personer som hade fått sin personliga assistans indragen hade som regel stora behov av hjälp. En följd av den förändrade tillämpningen var till exempel att personer med behov av hjälp med andning och måltider genom sond inte längre ansågs kunna beviljas tid för detta som grundläggande behov. Vissa personer med dessa behov stod därmed helt utan möjlighet att få stöd genom personlig assistans.³⁶

Utvecklingen medförde behov av snabba förändringar

Den utveckling som skett och de konsekvenser som denna hade för personer inom LSS personkrets medförde ett behov av snabba förändringar i regelverket och klargöranden i rättspraxis.

Försäkringskassans tvåårsomprövningar behövde upphöra

För att skydda personer från att förlora hela eller delar av sin assistansersättning till följd av ändringar i rättspraxis fattades beslut om att, från och med den 1 april 2018, ta bort Försäkringskassans så kallade tvåårsomprövningar. I stället gäller nu enligt 51 kap. 12 § socialförsäkringsbalken att rätten till assistansersättning ska omprövas i den utsträckning som denna rätt har minskat i omfattning på grund av väsentligt ändrade förhållanden som är hänförliga till den försäkrade. Formuleringen innebär bland annat att ändringar i rättspraxis inte utgör grund för omprövning av en persons rätt till assistansersättning.³⁷

³⁵ Socialstyrelsen (2017). *Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet – En analys av hur kommuner och brukare påverkas*.

³⁶ Socialstyrelsen (2017). *Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet – En analys av hur kommuner och brukare påverkas*, s. 7 f.

³⁷ Prop. 2017/18:78 *Vissa förslag om personlig assistans*, s. 19 ff., bet. 2017/18:SoU17 *Vissa förslag om personlig assistans*. I förarbetena uttalade även regeringen att bestämmelsen om tvåårsomprövning bör återinföras så snart det finns förutsättningar för det.

Högsta förvaltningsdomstolen klargjorde att egenvård kan ingå i grundläggande behov och att en måltid via sond också är en måltid

I april 2018 kom ett avgörande från HFD som till viss del åter ökade möjligheterna att beviljas personlig assistans för vissa behov av stöd som föranleds av medicinsk problematik.³⁸ I avgörandet slog domstolen nämligen fast att egenvård kan betraktas som grundläggande behov i de fall som egenvården avser något av de grundläggande behoven som anges i 9 a § första stycket LSS. I samma avgörande klargjordes också att sondmatning omfattas av det grundläggande behovet måltider.

Andning infördes som grundläggande behov

Den 1 november 2019 infördes andning som ett eget grundläggande behov i 9 a § första stycket LSS. Detta var en direkt följd av den förändrade tillämpningen av *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*.

I de förarbeten som föregick lagändringen konstaterade regeringen bland annat att det fanns många personer, främst barn, vars behov av andning inte längre tillgodosågs på ett ändamålsenligt sätt och att sådana behov i vissa fall skulle kunna tillgodoses genom personlig assistans.³⁹ I samband med beredningen var det flera remissinstanser som framförde principiella synpunkter relaterade till frågor om egenvård och sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Regeringen konstaterade dock att en personlig assistent redan kan tillgodose en assistansberättigad persons behov av egenvårdsåtgärder i ett flertal situationer och att det således inte var något systemfrämmande element som infördes i den personliga assistansen om egenvårdsbedömningar nu även skulle kunna göras för behov av andningshjälp som ett grundläggande behov enligt 9 a § första stycket LSS. Det framhölls också att de hjälpåtgärder som det är fråga om ofta utförs av föräldrar till barn med funktionsnedsättning i form av egenvård helt utanför den personliga assistansen. Regeringen ansåg att det faktum att andningshjälp som utgångspunkt läm-

³⁸ HFD 2018 ref. 21.

³⁹ Prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*, s. 10 ff. och 17 ff. Eftersom Högsta förvaltningsdomstolen i HFD 2018 ref. 21 redan klargjort att måltider genom sond ingår i det grundläggande behovet måltider ansågs det inte finnas något behov av att föra in sondmatning som ett eget grundläggande behov.

nas genom hälso- och sjukvårdsåtgärder inte utgjorde något hinder mot att detta behov fördes in som ett grundläggande behov i LSS.⁴⁰

Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och sondmatning

Den 1 juli 2020 infördes ytterligare förändringar i 9 a § LSS och 51 kap. 6 § socialförsäkringsbalken som innebär att personlig assistans i dag kan beviljas för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning.

En del av förändringen avser möjligheten att betrakta hjälpmoment relaterade till andning och sondmatning som grundläggande behov.⁴¹ Ändringen innebär att det nu saknar betydelse i vilken utsträckning hjälpbehov som avser andning eller måltider i form av sondmatning är av privat eller integritetskänslig karaktär, något som annars gäller enligt rättspraxis.⁴² I förarbetena anges bland annat att:

Regeringen kan konstatera att behoven av hjälp med andning och måltider i form av sondmatning är kritiska för en persons överlevnad och de är av en annan karaktär än övriga grundläggande behov. Det är mycket angeläget att ingen person som omfattas av personkretsen enligt LSS och som behöver hjälp med andning eller måltider i form av sondmatning går miste om rätten till personlig assistans eller assistansersättning på grund av att hjälpbehovet delas upp i tillräckligt kvalificerade delar och övriga delar.⁴³

En annan del av förändringen avsåg möjligheten att betrakta hjälpmoment som är relaterade till andning och sondmatning som andra personliga behov enligt 9 a § andra stycket LSS.⁴⁴ Ändringen innebär att det inte ska prövas huruvida åtgärderna är kvalificerade i den mening som annars krävs enligt rättspraxis.⁴⁵ I förarbetena till ändringen anges bland annat att:

⁴⁰ Prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*, s. 14 ff.

⁴¹ 9 a § första stycket andra meningen LSS.

⁴² Prop. 2019/20:92 *Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning*, s.21. Behovet av förändring grundade sig i att det i dag enligt rättspraxis gäller att behovet av hjälp ska vara av tillräckligt kvalificerat slag för att ge rätt till personlig assistans som grundläggande behov, något som innebär att det i vissa fall kan vara en mindre del av det sammantagna hjälpbehovet som bedöms ingå i den tid som ger rätt till personlig assistans, se till exempel RÅ 2009 ref. 57, HFD 2018 ref. 21 och HFD 2019 ref. 56. Se avsnitt 2.5.2.

⁴³ Prop. 2019/20:92 *Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning*, s.21.

⁴⁴ 9 a § andra stycket andra och tredje meningen LSS.

⁴⁵ HFD 2017 ref. 27.

De åtgärder det här är fråga om får anses vara direkt hänförliga till de grundläggande behov som tar sikte på den enskildes överlevnad. De personer som behöver hjälp med andning och sondmatning saknar ofta förmåga att själva delta i den personliga assistentens hjälpåtgärder. Att uppställa ett krav på deras medverkan vid de aktuella hjälpåtgärderna framstår enligt regeringens mening som direkt stötande. Åtgärderna i fråga bör därför ge rätt till personlig assistans för andra personliga behov utan att det uppställs något särskilt krav på att den personliga assistenten utför dem tillsammans med den enskilde.⁴⁶

Den 1 juli 2020 infördes också en ny bestämmelse, 106 kap. 25 a § socialförsäkringsbalken, som i korthet innebär att assistansersättning kan utgå för hjälp med andning och måltider i form av sondmatning när den funktionshindrade deltar i barnomsorg eller skola.⁴⁷

Sammanfattning – Vad gäller i dag rörande behov av stöd som föranleds av medicinsk problematik?

De senaste årens många förändringar gör att det kan vara svårt att få en överblick av vad som gäller i dag i fråga om behov av stöd som föranleds av medicinsk problematik. Kortfattat kan det sammanfattas på följande sätt:

- behov av hjälp med andning är ett eget grundläggande behov,
- behov av hjälp med egenvård kan beaktas som ett grundläggande behov om det har samband med något av de grundläggande behoven som nämns i 9 a § första stycket LSS, och
- behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen kan inte ge rätt till personlig assistans oavsett om hjälpen bedöms vara grundläggande behov eller andra personliga behov enligt 9 a § LSS.

⁴⁶ Prop. 2019/20:92 *Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning*, s. 27–28. Behovet av förändring grundade sig i att det i dag enligt rättspraxis gäller att inte alla personliga behov ger rätt till personlig assistans som andra personliga behov. Det särskilda stöd som den funktionshindrade behöver ska nämligen också i någon mening vara kvalificerat, vilket anses innefatta att den personliga assistentens insats ska ha en direkt och konkret koppling till ett individuellt behov av hjälp i det dagliga livet, se HFD 2017 ref. 27 (se avsnitt 2.5.2).

⁴⁷ Prop. 2019/20:92 *Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning*, s. 33 ff.

Behov av stöd som föranleds av medicinsk problematik och som inte omfattas av någon av situationerna ovan kan endast beviljas som andra personliga behov enligt 9 a § andra stycket LSS. Detta förutsätter då att den enskilde har tillräckligt stora behov av hjälp med de grundläggande behoven för att en rätt till personlig assistans redan har bedömts föreligga.

6.3.2 De senaste årens förändringar avseende behov av kvalificerade aktiverings- och motiveringsinsatser och aktiv tillsyn av övervakande karaktär

När det gäller kvalificerade aktiverings- och motiveringsinsatser och aktiv tillsyn av övervakande karaktär har det under de senaste åren inte skett några förändringar av motsvarande omfattning som den förändring som skett för behov av stöd med medicinsk problematik, men vissa förtydliganden av betydelse för tillämpningen av *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* har ändå gjorts.

De senaste förtydligandena av kriterierna genom avgöranden i Högsta förvaltningsdomstolen

I avgörandet HFD 2020 ref. 7, som beskrivits närmare i avsnitt 5.2.2, fastslogs tillämpningsområdet för *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* på ett tydligare sätt än vad som gjorts tidigare. Dels åtskildes de två behovskategorierna kvalificerade aktiverings- och motiveringsinsatser respektive aktiv tillsyn av övervakande karaktär på ett tydligt sätt. Dels beskrevs ett antal olika kriterier som ska vara uppfyllda för att behov inom respektive kategori ska anses utgöra grundläggande behov. När det gäller aktiv tillsyn av övervakande karaktär angavs att det ska vara fråga om just aktiv tillsyn av övervakande karaktär som behövs för att begränsa allvarliga konsekvenser av ett utagerande beteende. Det angavs alltså ett uttryckligt krav på vilken slags beteende det ska vara fråga om och att konsekvenserna ska ha en viss allvarlighetsgrad. I avgörandet framgår också att det, för att uppfylla kravet på ingående kunskaper, krävs att personen har svårigheter att kommunicera. Redan i tidigare avgöranden från HFD har arten av den enskildes beteende respek-

tive den enskildes förmåga att kommunicera varit omständigheter som tillmätts betydelse vid bedömningen, men dessa krav konkretiserades alltså ytterligare genom HFD 2020 ref. 7.

En annan omständighet som kan påverka möjligheten att tillämpa *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* vid behov av stöd i form av kvalificerade aktiverings- och motiveringsinsatser respektive aktiv tillsyn av övervakande karaktär är att behovet i enlighet med HFD:s avgörande från år 2015 endast är tillämpligt för personer som bedöms ha en psykisk funktionsnedsättning och att detta innebär att även en sådan bedömning måste göras, något som tidigare inte varit nödvändigt.⁴⁸

Försäkringskassan har gjort förtydliganden av hur behov av *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* ska utredas och bedömas

I Försäkringskassans rapport *Indikatorer för att följa utvecklingen av assistansersättningen*⁴⁹ anges att andelen avslag på ansökningar om assistansersättning har ökat gradvis vid två tillfällen, bland annat under åren 2015 och 2016. I rapporten beskrivs att ökningen sammanföll med HFD:s avgörande år 2015⁵⁰, men också att Försäkringskassan samtidigt gjorde ytterligare förtydliganden av hur detta grundläggande behov ska utredas och bedömas. I rapporten anges att dessa förändringar tillsammans sannolikt har bidragit till att en ökad andel sökande får avslag. I rapporten anges att Försäkringskassans förtydliganden motiverades av att det fanns brister i utredningar och bedömningar av *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* och att behovet upplevts som svårt att utreda och bedöma. I en rättslig kvalitetsuppföljning hade därför Försäkringskassans rättsavdelning rekommenderat att myndigheten skulle tydliggöra i styrande och stödjande dokument vad som avses med aktiv tillsyn av övervakande karaktär, ett begrepp som är centralt i bedöm-

⁴⁸ HFD 2015 ref. 46.

⁴⁹ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Indikatorer för att följa utvecklingen av assistansersättningen*.

⁵⁰ HFD 2015 ref. 46.

ningen av *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*.⁵¹

I Försäkringskassans rapport *Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning*⁵² beskrivs att myndigheten i ett internt stödjande dokument⁵³ bland annat förtydligade att *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*, förutsätter att en person behöver aktiv tillsyn av övervakande karaktär som bara kan utföras av någon med ingående kunskaper om personen. Med aktiv tillsyn av övervakande karaktär menades kvalificerade motivations- och aktiveringsinsatser samt aktiv tillsyn av övervakande karaktär på grund av ett utåtagerande beteende. Försäkringskassan förtydligade också att konsekvenserna av utebliven tillsyn, frekvensen på ingripandena och tillsynens karaktär måste beaktas vid bedömningen av om det krävs tillsyn. I rapporten anges att man för att kunna bedöma behovet av *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*, även behöver utreda om tillsynen kräver att assistenten hela tiden är i den försäkrades omedelbara närhet med möjlighet att direkt ingripa, och om en assistent behövde tillbringa längre tid tillsammans med den försäkrade för att skaffa sig tillräckliga kunskaper för att kunna utföra tillsynen. Det beskrivs att i dessa delar innebar det ifrågasvarande stödjande dokumentet en justering av delar av en äldre rättsfallsöversikt. Det beskrivs att det tidigare internt fanns en viss osäkerhet om tillämpningen av tillsyn som grundläggande hjälpbehov och att det nya interna stödjande dokumentet gjorde att tillämpningen och utredningsmetodiken blev mer enhetlig. Det anges att det kan ha inneburit något färre mottagare än vad som annars hade varit fallet.⁵⁴

⁵¹ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Indikatorer för att följa utvecklingen av assistansersättningen*, s. 18 f. Det kan noteras att i den aktuella rapporten var utgångspunkten hur Försäkringskassan ansåg att behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* skulle definieras till och med 2019. Förändringar till följd av HFD 2020 ref. 7 har därför inte beaktats i rapporten, se s. 9.

⁵² Försäkringskassan (2020). *Rapport – Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning*.

⁵³ Domsnytt 2016:017, från den 9 september 2016. Detta domsnytt är ersatt av Domsnytt 2020:012 från den 23 juni 2020 utifrån HFD 2020 ref. 7.

⁵⁴ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning*, s. 36 f. Se även Försäkringskassan (2017) *Socialförsäkringsrapport 2017:4 Assistansersättning. Inflöde, utflöde och konsekvenser av förändrad rättspraxis*, s. 8, 30 f. och 83.

Samtal med handläggare om tillämpningen av *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*

Vid samtal⁵⁵ med nio handläggare av ärenden om assistansersättning har vi fått ta del av en samstämmig uppfattning om att det har blivit svårare att beviljas tid för *aktiv tillsyn av övervakande karaktär*. Bland annat har vi fått ta del av följande beskrivningar avseende tillämpningen. Redogörelsen nedan är inte våra egna slutsatser, utan en sammanfattning av det som framförts.

- Det är väldigt svårt att beviljas tid för aktiv tillsyn av övervakande karaktär. Det är många kriterier som behöver uppfyllas och det är oftast något litet som gör att personen inte kan beviljas det. Till exempel att hen kan kommunicera via tal, att det inte sker tillräckligt frekvent eller att hen inte är så pass utagerande så att det kan bli ett grundläggande behov.
- Det har flera gånger hänt att man har behövt säga nej till personer som man ansett utan tvekan behöver ha någon med sig hela tiden för att livet ska gå ihop sig, inte skada sig eller försvinna iväg. Det på grund av ska-kraven som finns i kriterierna. Vägledningen hänger ihop med domarna, men sammantaget gör det att nästan ingen kvalificerar sig för den här typen av hjälp.
- Det är lite diffust vad som är ett aggressivt utagerande beteende. Det är i princip alltid möjligt att säga nej.
- Personer som inte är aggressiva får inte tid som grundläggande behov. Att behöva ta någon i armen anses inte heller uppfylla kravet på ingående kunskaper.
- Den praxis som finns blir mer och mer strikt – lägger till fler och fler kriterier.
- Övervakande karaktär kan innebära att man i princip ska sitta och titta på en person, och tolkar man det så är det i princip ingen som beviljas tid. I vissa fall kan det behövas tillsyn men inte övervakande. Men om assistenten inte haft viss kunskap så hade det kanske inte gått.

⁵⁵ Samtal med handläggare vid Försäkringskassan den 20–21 oktober 2020.

Vid våra samtal frågade vi också om tillämpningen av *kvalificerade aktiverings- och motiveringsinsatser*. Handläggarna beskrev att de inte själva stött på så många ärenden där detta varit aktuellt. I de fall som de kände till att detta beviljats så hamnade personerna under 20 timmar grundläggande behov per vecka. Ett par handläggare gav uttryck för uppfattningen att detta grundläggande behov endast är tillämpligt ifråga om personer med mycket svår funktionsnedsättning.

6.3.3 Förändringarna syns i minskat antal mottagare av assistansersättning och i ökade kostnader hos kommunerna

Antalet mottagare av assistansersättning har minskat

För att beviljas assistansersättning från Försäkringskassan ska man ha behov av hjälp med de grundläggande behoven som överstiger i genomsnitt 20 timmar per vecka. I Försäkringskassans rapport *Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning*⁵⁶ framgår att andelen som beviljas tid för *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* minskat kraftigt efter HFD:s avgörande år 2015.⁵⁷ År 2014 beviljades cirka 25 procent tid för detta grundläggande behov. År 2019 var det endast tre procent.⁵⁸ Enligt rapporten anses det vara klarlagt att Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2015 ref. 46 har påverkat antalet mottagare, såväl när det gäller dem som har ansökt om rätten till assistansersättning, som dem för vilka ersättningen har upphört. Man har däremot inte kunnat säga exakt hur många det berör. I rapporten konstateras dock att antalet personer som är beviljade assistansersättning har minskat med cirka 2 000 personer sedan 2015, och att detta åtminstone till viss del kan förklaras av HFD:s avgörande. För barn och unga i åldern 0–19 år har andelen bifall på ansökningar om rätten till assistansersättning minskat, från 42 procent 2014 till 17 procent 2019. Utvecklingen ser likadan ut för vuxna. För dem har andelen bifall minskat från 35 procent till 15 procent. I rapporten anges avgörandet även ha påverkat andelen avslag på ansökningar om rätten till assistansersättning, även om det inte heller här anses gå att exakt

⁵⁶ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning*.

⁵⁷ HFD 2015 ref. 46.

⁵⁸ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning*, s. 37.

säga hur mycket det förklarar. I rapporten anges att det i data framkommer att andelen avslag sett till alla som ansöker har ökat från 61 procent 2014, året innan HFD 2015 ref. 46, till 81 procent 2019.⁵⁹

Särskilt om antalet barn med assistansersättning

Antalet mottagare av assistansersättning har alltså minskat sedan år 2014. Av Försäkringskassans rapporter framgår att minskningen nästan till hälften utgörs av barn och unga i åldrarna 0–19 år. Utifrån andelar för olika åldersgrupper har den största minskningen skett i åldersgruppen 0–6 år, där minskningen har varit över 70 procent.⁶⁰

Som beskrivits ovan framgår av rapporterna också att för barn och unga har andelen bifall för förstagångsmottagare (ålder 0–19 år) minskat, från 42 procent 2014 till 17 procent 2019.⁶¹ År 2019 beviljades 152 barn och unga assistansersättning, vilket kan jämföras med att det år 2014 var 427 barn och unga som beviljades insatsen. Samtidigt ökade andelen avslag från 58 procent år 2014 till 83 procent år 2019.⁶² Antalet avslag var 580 år 2014 och 738 år 2019. Det är betydligt vanligare, relativt sett, att få avslag på sin ansökan om assistansersättning som barn än som vuxen.⁶³

Av de barn som ansökte om assistansersättning år 2018 och fick avslag på sin ansökan så ansökte cirka 15 procent igen året efter. Året efter var det 7,1 procent bland pojkar och 15,7 procent bland flickor som fick sin ansökan beviljad. Att beslutet ändrades kan enligt Försäkringskassan bero på ett förändrat hälsotillstånd eller ett minskat föräldraansvar på grund av att barnet blivit äldre.⁶⁴

Att barn och unga ansöker om assistansersättning trots att de, enligt Försäkringskassan, står långt ifrån att beviljas assistansersättning beror enligt Försäkringskassan delvis på att föräldraansvaret gör att barnens grundläggande behov inte överstiger 20 timmar per vecka. Försäkringskassan anger att det också handlar om ”barn och unga som har behov av tillsyn och ”påputtning”, som inte ingår i de grundläggande behoven”.⁶⁵

⁵⁹ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning*, s. 37 f.

⁶⁰ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning*, s. 9.

⁶¹ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning*, s. 4.

⁶² Försäkringskassan (2020). *Rapport – Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning*, s. 13.

⁶³ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning*, s. 13.

⁶⁴ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning*, s. 17.

⁶⁵ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning*, s. 19.

Ökade kostnader för kommunerna

Personer som inte bedöms ha behov av hjälp med de grundläggande behoven i mer än i genomsnitt 20 timmar per vecka kan ansöka om personlig assistans från kommunen. I Socialstyrelsens rapport *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020* beskrivs att under perioden 2014–2018 ökade kommunernas kostnader inom funktionshinderområdet med sammantaget 8,0 procent. Särskilda boendeformer stod för den största relativa kostnadsökningen. I rapporten beskrivs också att mellan år 2014 och 2018 ökade kommunernas kostnader för personlig assistans med cirka 12 procent. Den största ökningen skedde under åren 2015–2017. Socialstyrelsen anger att en av förklaringarna till den ökningen var det höga antalet indragna beslut om statlig assistansersättning, som medförde att allt fler beviljades kommunalt beslutad personlig assistans. Många av dessa personer beviljades dessutom ett högt antal timmar personlig assistans per vecka.⁶⁶ Att personerna beviljats ett högt antal timmar med personlig assistans skulle kunna tyda på att de som beviljades insatsen hade behov av tillsyn (inklusive egenvård). Det finns dock inga uppgifter om hur många av de som beviljats kommunalt finansierad personlig assistans som faktiskt tillgodoräknats tid för *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* eller om inträdet i den kommunalt finansierade personliga assistansen i stället skett genom behov av stöd med andra grundläggande behov, och behovet av tillsyn då beaktats som andra personliga behov.

6.4 Stöd som erbjuds personer som inte får personlig assistans

Personer som inte uppfyller förutsättningarna för att vara berättigade till statlig assistansersättning eller kommunalt finansierad personlig assistans erbjuds många gånger andra insatser enligt LSS eller socialtjänstlagen (2001:453). När det gäller personer med sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen kan dessa exempelvis erbjudas hemsjukvård.

⁶⁶ Socialstyrelsen (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020*, s. 32 ff.

6.4.1 De flesta som får indragen assistansersättning erbjuds kommunala insatser

Socialstyrelsen har i sin rapport *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020* analyserat vad det fått för konsekvenser att beslut om statlig assistansersättning dragits in, det vill säga vilka insatser som personerna har fått i stället. I rapporten beskrivs att insatser som, efter indragen assistansersättning år 2017, beviljats av kommunerna till stor del avsåg kommunal personlig assistans, hemtjänst eller boendestöd enligt socialtjänstlagen, bostad med särskild service för vuxna enligt LSS samt särskilt boende enligt socialtjänstlagen. I ett fåtal fall beviljades bostad med särskild service för barn enligt LSS. Vissa av de personer som förlorat sin assistansersättning hade varken fått insatser enligt socialtjänstlagen eller LSS. Det anges dock inte vara klarlagt om detta beror på överklaganden av Försäkringskassans beslut, långa utrednings- och verkställighetstider hos socialtjänsten eller om personerna blivit helt utan stöd. Socialstyrelsen framhåller att det inte är klarlagt att samtliga kontrollerade personer fått sin assistansersättning indragen på grund av just förändringarna avseende det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper*.⁶⁷

I Socialstyrelsens rapport *Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet* från år 2017 beskrivs att i vissa fall beviljas, i stället för personlig assistans, insatser med andra syften än att tillgodose den enskildes samtliga hjälpbehov, exempelvis avlastningsinsatser för närstående. Socialstyrelsen anger att detta gör att de enskildas behov inte tillgodoses i samma utsträckning som när de hade eller kunde ha fått personlig assistans.⁶⁸ I vissa fall beviljas inga insatser alls.⁶⁹ Socialstyrelsen anger att en konsekvens av domarna är att närstående får ta ett större ansvar än tidigare för att tillgodose behov av stöd, omvårdnad och tillsyn. Det finns även en risk för att fler vuxna på sikt behöver bo i särskilda boendeformer med kontinuerlig tillgång till personal.⁷⁰ Även i den enkätundersökning som vi

⁶⁷ Socialstyrelsen (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020*, s. 76

⁶⁸ Socialstyrelsen (2017). *Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet – En analys av hur kommuner och brukare påverkas*, s. 7 ff.

⁶⁹ Socialstyrelsen (2017). *Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet – En analys av hur kommuner och brukare påverkas*, s. 7 f.

⁷⁰ Socialstyrelsen (2017). *Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet – En analys av hur kommuner och brukare påverkas*, s. 7 f.

gjort ser vi tecken på att anhöriga tar ett stort ansvar. Var tionde anger att de har anhöriga som hjälper dem.⁷¹

6.4.2 Särskilt om insatser till barn

I Socialstyrelsens rapport från år 2017 anges att praxisutvecklingen även har fått konsekvenser för barn med funktionsnedsättning och att barnen är överrepresenterade i den grupp som påverkats. Socialstyrelsen anger att det är svårt för kommunerna att hitta insatser för barn som kan tillgodose de behov som tidigare tillgodosågs genom personlig assistans. Närmare hälften av de barn som inte får personlig assistans på grund av domarna får i stället avlösarservice. Socialstyrelsen framhåller att avlösarservice har till syfte att avlasta närstående och att insatsen ger barnet sämre möjlighet till självständighet och delaktighet än vid personlig assistans. Det konstateras också att rättspraxis till viss del har inneburit ökad vistelse utanför föräldrahemmet för barn med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen uppger att tillämpningen på sikt riskerar att få konsekvenser för barns möjlighet att växa upp i föräldrahemmet om föräldrar och barn inte får tillräckligt stöd för att möjliggöra ett liv hemma för barnet.⁷²

I sin lägesrapport 2020 fördjupar Socialstyrelsen analyserna av boende för barn enligt LSS, i syfte att ge en samlad bild av utveckling och kvalitet i insatsen.⁷³ I rapporten beskrivs att under den senaste tioårsperioden har antalet beslut om boende för barn halverats. Minskningen gäller framför allt i åldersgruppen 13–22 år. Orsakerna till att barn och unga får beslut om boende för barn kan vara flera, bland annat skolgång på annan ort eller omfattande omvårdnadsbehov. Under senare år har det framkommit att barn även har fått beslut om boende för barn till följd av att annat stöd dragits in och barnets omvårdnadsbehov därför inte längre tillgodoses. Exempel på stöd som dragit in är personlig assistans enligt LSS och statlig assistansersättning enligt SFB.⁷⁴

⁷¹ Utredningens enkät till assistansberättigade.

⁷² Socialstyrelsen (2017). *Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet – En analys av hur kommuner och brukare påverkas*, s. 7 f.

⁷³ Socialstyrelsen (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020*.

⁷⁴ Socialstyrelsen (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020*, s. 47 ff.

Socialstyrelsen ställde i sin kartläggning en fråga till verksamhetsföreståndare på boenden enligt LSS om vad som är den vanligaste orsaken till att barn och unga bor hos dem. Drygt hälften av verksamhetsföreståndarna uppgav att den vanligaste orsaken var omfattande omvårdnadsbehov, en fjärdedel att orsaken var skolgång på annan ort och var sjätte uppgav att omfattande medicinska behov var den huvudsakliga orsaken. Några verksamhetsföreståndare uppgav att den huvudsakliga orsaken var en kombination av samtliga svarsalternativ, vilket Socialstyrelsen anser indikerar att det många gånger kan handla om komplexa behov. Under *annat* uppgavs även behov av struktur och en vardag som är anpassad till deras funktionsnedsättning, utmanande och problemskapande beteende samt diagnos kopplat till social problematik och skolgång.⁷⁵

I lägesrapporten beskriver Socialstyrelsen att trots att insatsen boende för barn minskar så fattas ändå nya beslut. Mellan år 2017 och 2018 fattades 262 nya beslut, vilket innebär att 29 procent av samtliga beslut om boende för barn enligt LSS i oktober 2018 var nybeviljade. 10 procent av de nya besluten avsåg barn upp till 12 år. År 2018 var antalet nya beslut om boende för barn enligt LSS något färre än året innan. Socialstyrelsens analyser visar att flera av de som beviljats boende för barn hade andra insatser året innan. Av dessa hade drygt 10 barn assistansersättning enligt SFB och 23 barn kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS. Socialstyrelsen anger att årets analyser visar en liten minskning av nya beslut om boende för barn som tidigare haft personlig assistans. År 2018 gällde 35 av de nya besluten barn som tidigare haft kommunal personlig assistans eller statlig assistansersättning. Året innan var motsvarande antal knappt 40.⁷⁶

I lägesrapporten beskrivs att majoriteten av de kommuner som i dag har beslut om boende för barn uppger att de kan tillgodose behovet av insatsen. Vissa kommuner menar dock att behoven av insatsen kommer att öka. Orsakerna är bland att barn med funktionsnedsättning som har komplexa behov ökar, men också att insatser såsom personlig assistans inte räcker eller inte beviljas i tillräckligt stor utsträckning. Många kommuner möter detta genom att starta nya boenden eller köpa platser i andra kommuner. Vissa kommuner

⁷⁵ Socialstyrelsen (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020*, s. 49.

⁷⁶ Socialstyrelsen (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020*, s. 49.

fokuserar i stället på stärkt stöd till familjerna och på att förebygga behov av boende för barn.⁷⁷

6.5 Uppgifter från assistansanvändare och företrädare

6.5.1 Enkätundersökning riktade till assistansanvändare

Det är svårt att veta hur många personer som har nekats tillsyn som grundläggande behov i samband med sin ansökan om personlig assistans eller assistansersättning eftersom ingen sådan statistik förs.

I den enkätundersökning som genomförts inom utredningen var ett uttalat syfte att fånga stödbehov som assistansanvändare inte fått personlig assistans för, men som de anser att de är i behov av (för mer information om enkäten se kapitel 2). Enkäten besvarades av 57 personer tillhörande personkrets 1, 25 personer tillhörande personkrets 2 och 121 personer tillhörande personkrets 3. Antalet personer som svarade är inte tillräckligt många för att vi ska kunna dra slutsatser om hur många som har ett behov generellt sett men ger en indikation på om behovet finns i gruppen eller inte. Enkäten ger också specifika exempel på stödbehov som finns i gruppen som vi annars inte hade kunnat fånga.

I enkäten ställdes frågan hur stort hjälpbehov som man anser sig ha. I enkätsvaren finns skillnader mellan personkretsarna avseende hur många timmar assistans per vecka som man anser sig vara i behov av, där personer i personkrets 1 ansåg sig ha ett tidsmässigt mer omfattande hjälpbehov än personer i personkrets 2 och 3. Personer som tillhörde personkrets 1 ansåg sig vara i behov av i genomsnitt 165 timmar per vecka, personer i personkrets 2 ansåg sig vara i behov av i genomsnitt 126 timmar per vecka och i personkrets 3 ansåg man sig vara i behov av i genomsnitt 124 timmar per vecka.

Vi ombad också de svarande att ange vilka hjälpbehov de har. I tabell 6.1 redovisas andel svarande för alla de hjälpbehov vi frågat om i enkäten.

⁷⁷ Socialstyrelsen (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020*, s. 47.

Tabell 6.1 Hjälpbehov bland assistansanvändare

Andel per personkrets som anger ett visst stödbehov. Samma person kan ha ett eller flera behov.

	Personkrets 1	Personkrets 2	Personkrets 3
Andning	4%	0%	14%
Personlig hygien	98%	88%	95%
På- och avklädning	93%	92%	95%
Hemliv	89%	100%	93%
Måltider	93%	92%	88%
Kommunikation	93%	48%	45%
Tid då assistenten finns tillhands	47%	68%	83%
Handräckning och förflyttning inom bostaden	40%	76%	89%
Handräckning och förflyttning utanför bostaden	56%	80%	93%
Arbete och studier	47%	8%	26%
Fritidsaktiviteter	81%	88%	84%
Föräldraskap	4%	4%	7%
Tillsyn på natten	81%	72%	61%
Aktiva insatser på natten	47%	40%	45%
Jour på natten	56%	52%	44%
Motiverande eller påputtande insatser	88%	68%	40%
Aktiv tillsyn av övervakande karaktär såsom stöd för att förebygga eller minska följderna av riskfyllt beteende (t.ex. fara i trafik m.m.)	75%	56%	21%
Aktiv tillsyn av övervakande karaktär såsom stöd för att förebygga eller minska följderna av självskadande eller utagerande beteende	56%	16%	6%
Egenvård	79%	72%	66%
Annat	9%	0%	8%

Källa: Utredningens enkät till assistansberättigade.

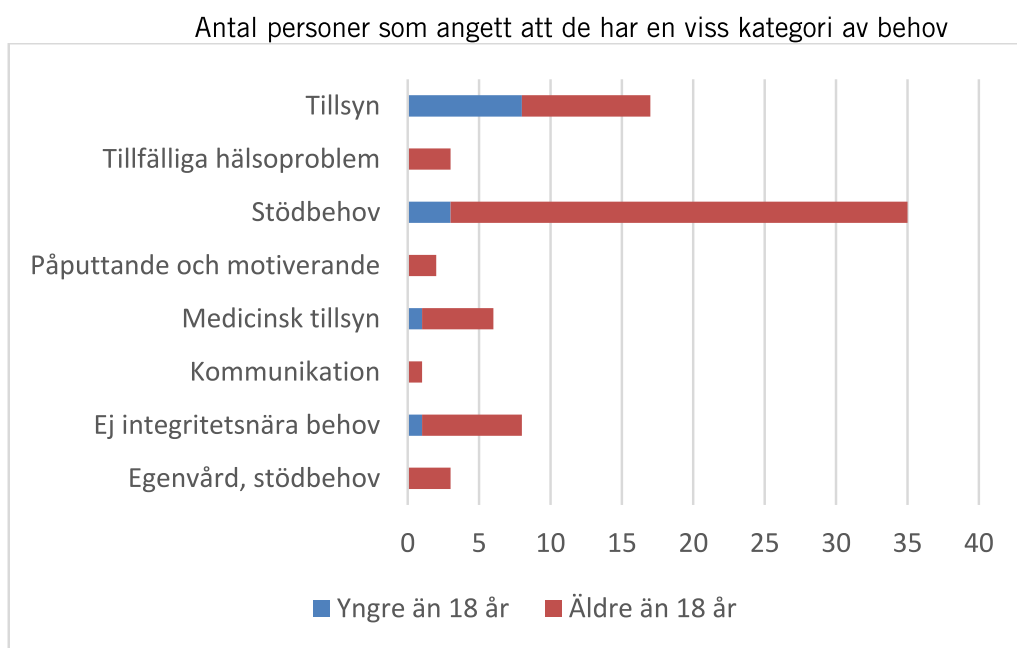
I enkäten angav 36 procent (79 personer) att de har något hjälpbehov som de behöver personlig assistans för men som inte har beviljats. Vilket hjälpbehov det handlar om angavs i fritext i enkäten. Vi har kategoriserat vad personerna vill ha hjälp i kategorierna:

- tillsyn,
- tillfälliga hälsoproblem,
- stödbehov (allmän kategori),

- påputtande och motiverande åtgärder,
- medicinsk tillsyn,
- kommunikation,
- egenvård och
- behov som inte är integritetsnära.

Den allmänna kategorin *Stödbehov* användes när personer inte angett något specifikt stödbehov, när personer angett att de skulle behöva mer hjälp med alla sina stödbehov och när de angett specifika behov som inte föll under de andra kategorierna (såsom exempelvis hjälp att vända sig om natten eller toalettbesök). Kategorin *Behov som inte är integritetsnära* innehöll stödbehov vid fritidsaktiviteter, resor, nöjen samt politiskt arbete. Den medicinska tillsynen är en delmängd av kategorin tillsyn, det vill säga alla som har behov av *medicinsk tillsyn* är kategoriserade som att de också har behov av *tillsyn*. Detta gjordes eftersom kategorierna överlappar varandra. I vissa fall finns flera tillsynsbehov angivna och i andra endast den medicinska tillsynen (exempelvis vid epilepsi). I Figur 6.1 visas vilka behov de som svarat på frågan anser sig ha. En person kan ha ett eller flera behov.

Figur 6.1 Har du något hjälpbehov som du behöver personlig assistans för men som du inte beviljats?



Källa: Utredningens enkät till assistansberättigade.

I enkäten angav 11 personer att de inte fått personlig assistans för hjälpbehov som var relaterade till medicinsk problematik. Det handlade om några fall av epilepsi och därutöver behov av hjälp med stomi, kateter och andning.

Vidare angav totalt 58 procent av de svarande i enkäten att de är i behov av motiverande och påputtande insatser.⁷⁸ I tabell 6.1 framgår att det fler i personkrets 1 som har stödbehovet (88 procent) än bland de svarande i personkrets 2 (68 procent) och personkrets 3 (40 procent).

I enkäten avgav även 22 procent av de svarande (48 personer) att de är i behov av stöd för att förebygga eller minska följderna av ett självskadande eller utagerande beteende.⁷⁹ De flesta av dessa (40 personer) angav även att de har behov av stöd för att förebygga eller minska följderna av ett riskfyllt beteende, exempelvis fara i trafik. Totalt sett angav 41 procent (90 personer) att de är i behov av stöd för att förebygga eller minska följderna av ett riskfyllt beteende, exempelvis fara i trafik.

I Försäkringskassans enkäter år 2015 och 2010 var andelen som uppgav att de hade personlig assistans för tillsyn drygt 80 procent. Det var fler som hade tillsyn år 2015 än år 2010.⁸⁰ Ungefär 27 procent angav i Försäkringskassans enkät att de får färre timmar än de behöver. Mindre än 1 procent angav att de får fler assistanstimmar än de behöver.⁸¹ I vår enkät är det således något fler som anger att de har ett stödbehov som inte är uppfyllt än i Försäkringskassans enkät och det är samma storleksordning på andelen som anser sig behöva tillsyn. Målgrupperna är dock inte riktigt desamma då vi även inkluderat personer med personlig assistans enligt LSS samt att vi har både färre respondenter och lägre svarsfrekvens.

6.5.2 Uppgifter från våra samtal

Vid våra samtal med assistansanvändare, företrädare, intresseorganisationer och hälso- och sjukvården har det beskrivits att de insatser som erbjuds i stället för personlig assistans inte alltid är ändamålsen-

⁷⁸ Utredningens enkät till assistansberättigade.

⁷⁹ Utredningens enkät till assistansberättigade.

⁸⁰ Försäkringskassan (2015). *Socialförsäkringsrapport 2015:13 Assistansersättningens utveckling, Orsaker till ökningen av antalet assistansmottagare och genomsnittligt antal timmar*, s. 65.

⁸¹ Försäkringskassan (2015). *Socialförsäkringsrapport 2015:13 Assistansersättningens utveckling, Orsaker till ökningen av antalet assistansmottagare och genomsnittligt antal timmar*, s. 66.

liga för att fullt ut möta den enskildes behov och möjliggöra för den enskilde att vara delaktig i samhällslivet på samma villkor som andra. Det kan till exempel bero på stödbehovets karaktär, stödbehovets omfattning eller andra omständigheter som rör den enskilde eller dennes sammantagna situation. Det har beskrivits att en avsaknad av ändamålsenligt stöd kan innebära att personens svårigheter förstärkts, att personen inte kan delta i samhället på ett tryggt sätt, att hen blir bunden till sitt hem, alternativt inte kan bo kvar i sitt eget hem även om hen skulle vilja. Vi har också fått beskrivet hur anhöriga får ta ett stort ansvar när den insats som beviljats inte på ett ändamålsenligt sätt tillgodoser personens behov. Nedan ges ett par exempel som vi har fått ta del av i vår utredning.

Vi har bland annat fått beskrivet hur punktinsatser via hemtjänst inte förmått tillgodose behovet för en vuxen person som till följd av stora och varaktiga funktionsnedsättningar har ett omfattande behov av stöd bland annat för att förebygga riskfyllda beteenden. Det har beskrivits bland annat hur bristen på kontinuitet och sammanhängande stöd under dygnet lett till att den enskilde reagerat på sätt där hen utsatt sig själv för fara, behövt genomgå omhändertagande av polis, samt utsatt andra för risker och obehag. Härutöver har beskrivits att bristen på ändamålsenligt stöd har påverkat personens faktiska självständighet såväl som personens upplevelse av att vara kompetent att klara av uppgifter och utmaningar i vardagen, vilket har lett till en passivisering och ett försämrat psykiskt mående.

Vi har också fått beskrivet bland annat hur insats i form av boende med särskild service enligt LSS inte förmått tillgodose behovet för en vuxen person som till följd av stora och varaktiga funktionsnedsättningar har ett omfattande behov av stöd för att bland annat förebygga riskfyllda beteenden. Bland annat har beskrivits hur bristen på kontinuitet i fråga om vem som gav stödet ledde till att den enskilde reagerat med en ökad frekvens av riskfyllda beteenden som lett till att hen kommit till allvarlig skada.

Avseende personer med stödbehov som föranleds av medicinsk problematik har vid våra intervjuer bland annat beskrivits att vissa personer kan behöva ett ständigt och sammanhängande stöd för att kunna uppmärksamma om ett visst tillstånd inträffar och ta ställning till vad som då lämpligen behöver göras. Det har beskrivits att för vissa personer kan utebliven uppsikt endast för en kort stund utgöra en risk för personens liv ifall något skulle inträffa. Det har beskrivits

att det kan vara svårt att hitta ett ändamålsenligt stöd och att anhöriga får ta ett omfattande ansvar för att utföra avancerade medicinska uppgifter för att personen ska kunna bo hemma.

6.6 En insnävning har skett

Sammantaget kan konstateras att det över tid har skett förändringar i fråga om möjligheten att beviljas tid för behov av stöd som föräleds av medicinsk problematik, riskfyllda beteenden eller aktiverings- och motiveringsinsatser som grundläggande behov. Utvecklingen har inneburit att det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* har snävats in, det vill säga att detta grundläggande behov i dag omfattar färre situationer än det gjorde för ett antal år sedan. Den största och tydligaste förändringen rör möjligheten att beakta stödbehov som föräleds av medicinsk problematik, vilket inte längre alls omfattas av det grundläggande behovet. En viss insnävning tycks dock också ha skett av möjligheten att beakta behov av stöd i form av aktiverande och motiverande insatser och stöd som behövs med anledning av vissa beteenden.

6.6.1 Behov av stöd som föräleds av medicinsk problematik

Även om det under de senaste åren redan har genomförts ett flertal olika förändringar i regelverket för att komma till rätta med vissa av de svårigheter som uppkommit för målgruppen genom den förändrade tillämpningen av *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*, kan det konstateras att möjligheten att beviljas tid för behov av stöd som föräleds av medicinsk problematik (inklusive egenvård) i dag är betydligt snävare än före år 2015. Personer som är i behov av stöd med medicinsk problematik (egenvård) kan i dag bara beviljas detta stöd som grundläggande behov ifall det har samband med exempelvis andning, personlig hygien, måltider, av- och påklädning eller kommunikation. Som rättsläget är i dag kan det alltså bli så att assistansersättning och personlig assistans nekas en person som tillhör LSS personkrets som till följd av stora och varaktiga funktionsnedsättningar har behov av stöd under en stor del av dygnet för inte riskera att allvarligt skadas till följd av medicinsk problematik.

De som i praktiken främst drabbas av förändringarna i möjligheten att tillämpa det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* är personer som har fysiska förutsättningar för att till stor del själva klara de övriga grundläggande behoven, som exempelvis personlig hygien eller måltider. Skälet till detta är att personer som exempelvis på grund av fysiska funktionsnedsättningar har stora behov av hjälp med de övriga grundläggande behoven blir berättigade till personlig assistans och därmed kan beviljas denna insats även för behov av stöd som föranleds av medicinsk problematik såsom andra personliga behov. Exempel på personer som i dag helt kan hamna utanför den personliga assistansen är personer med stora kognitiva svårigheter som löper en risk att skadas till följd av grav epilepsi.

6.6.2 Behov av stöd i form aktiverings- och motiveringsinsatser och behov av stöd med anledning av vissa beteenden

Att behov av stöd i form vissa aktiverings- och motiveringsinsatser och behov av stöd med anledning av vissa beteenden kan omfattas av det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* är fastslaget sedan länge (se avsnitt 5.2). Förutsättningen är att det är fråga om så kallade kvalificerade aktiverings- och motiveringsinsatser respektive aktiv tillsyn av övervakande karaktär. Avseende dessa stödbehov kan det inte, så som med de medicinska behoven, urskiljas något enstaka avgörande som lett till en avsevärt förändrad tillämpning. Sett över tid tycks det dock ha skett en viss grad av insnävning även avseende dessa stödbehov, dels genom HFD:s klargöranden av tillämpningsområdet, dels genom den tillämpning av lagstiftningen som löpande sker i lägre domstolsinsatser och som får genomslag i den praktiska tillämpningen, exempelvis genom Försäkringskassans interna styrdokument. Det kan konstateras att det i dag uppställs ett stort antal olika kriterier som ska vara uppfyllda för att ett stödbehov ska kunna omfattas av *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*, och att dessa kriterier tycks ha blivit fler och mer specifika över tid – något som möjligen är en naturlig följd av många års rättstillämpning, men som likväl resulterar i ett gradvis mer insnävat tillämpningsområde.

Som har beskrivits ovan handlar kraven som ska vara uppfyllda för tillämpning av *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* vid behov av aktiverings- och motiveringsinsatser i dag bland annat om vilken sorts stöd det ska vara fråga om (kvalificerade aktiveringsinsatser, det vill säga något mer än vägledning, påminnelser och instruktioner), vilken karaktär som den enskildes funktionsnedsättning ska ha (psykisk funktionsnedsättning) och vad insatserna ska syfta till (att tillgodose de grundläggande behoven). Härutöver ska hjälpen kräva ingående kunskaper om den enskilde – något som det i tillämpningen uppställs en rad olika kriterier för. Det ska till exempel handla om något mer än ett personligt utformat stöd, personalkontinuitet och kännedom om funktionshindret. Kravet är inte heller uppfyllt om kunskapen kan inhämtas utifrån medicinsk dokumentation och adekvata säkerhetsåtgärder. Allmänna kunskaper om och erfarenheter av hur man bör bemöta människor med olika sorters psykiska funktionsnedsättningar anses inte heller utgöra ingående kunskaper om personen.

När det gäller behov av stöd med anledning av vissa beteenden handlar kraven bland annat om vilken sorts stöd det ska vara fråga om (aktiv tillsyn av övervakande karaktär där assistenten hela tiden måste ha uppsikt över personen och vara i hans eller hennes omedelbara närhet), vilken karaktär som den enskildes funktionsnedsättning ska ha (psykisk funktionsnedsättning), vilken grund det ska finnas till behovet (utagerande beteende), vilken omfattning och grad som beteendet ska ha (hur ofta stödet behövs och hur utagerande personen är), samt vad insatserna ska syfta till (att begränsa allvarliga konsekvenser). Härutöver ska hjälpen kräva ingående kunskaper om den enskilde, för vilket det i tillämpningen också uppställs krav att det ska finnas omfattande kommunikationssvårigheter.

Så som rättstillämpningen ser ut i dag kan en person som tillhör LSS personkrets hamna helt utanför den personliga assistansen trots att hen på grund av stora och varaktiga funktionsnedsättningar, under större delen av sin vakna tid, behöver stöd för att förebygga beteenden som kan leda till fysisk skada för den enskilde själv eller för någon annan. Detta kan till exempel vara fallet om personen som inte har omfattande begränsningar i sin kommunikationsförmåga, eller inte (längre) har ett kraftigt, frekvent förekommande och oförutsägbart utagerande beteende, men som fortfarande är i behov av stöd för att detta inte ska uppkomma. Ett annat exempel är personer

som inte har tendenser till just utagerande eller självskadande beteende men som riskerar att komma till skada eller orsaka fysisk skada för någon annan på grund av exempelvis impulsstyrighet eller bristande insikt i vad som är farligt. Så som rättstillämpningen ser ut i dag kan även personer som är ur stånd att klara sina fundamentala praktiska behov hamna utanför assistansen på grund av kravet på ingående kunskaper vid behov av kvalificerade aktiverings- och motiveringsinsatser.

6.7 Fler stödbehov behöver kunna grunda rätt till personlig assistans

I vår utredning har vi kunnat se att det finns stora art- och gradskillnader inom de tre kategorier som vi bedömer omfattas av direktivets definition av begreppet tillsyn, det vill säga behov av stöd i form av motivering och vägledning, behov av stöd för att förebygga riskfyllda beteenden, och behov av stöd som föranleds av medicinsk problematik. Personer har således olika stort behov av stöd och det finns betydande skillnader när det gäller karaktären på det stöd som olika personer behöver. Vi anser inte att alla grader av hjälpbehov inom dessa kategorier ska kunna grunda rätt till personlig assistans så som grundläggande behov, utan endast de hjälpbehov som är nödvändiga för att möjliggöra att leva ett liv som andra. Bruce skriver att:

Just behov av 'tillsyn' kännetecknas av att rättighetsbäraren behöver en kontinuerlig närvaro. Individnära behov uppkommer när de vill. Delta-gande i samhällsgemenskapen kräver kontinuerlig närvaro för att tid och plats ska vara självbestämda. Om kontinuerligt stöd ersätts med punktinsatser omöjliggörs val i stunden på bekostnad av självbestämmande och spontanitet. Behov av 'tillsyn' innebär därmed en jämförelsevis stor tidsåtgång, vilken genererar kostnader. Det måste understrykas att det, såsom utvecklats ovan, är konventionsstridigt att kategoriskt utesluta vissa behov eller delar av personkretsen baserat på kostnad. Detta speciellt då anledningen är att rättighetsbäraren är i den innersta ringen av CRPD: s personkrets: människor med jämförelsevis stora behov av stöd. CRPD-Kommittén påminner att "[m]änniskorättsmodellen av funktionshinder inte [tillåter] att personer med funktionsnedsättning exkluderas av någon anledning, inklusive när det gäller vilken typ och mängd av stöd som krävs".⁸²

⁸² Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s 86. Med CPRD avses FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Utifrån vår kartläggning gör vi bedömningen att det finns situationer då stöd inom någon av de tre ovan nämnda kategorierna är en absolut förutsättning för att personen ska kunna få sina andra grundläggande behov tillgodosedda, kunna bo i eget hem eller kunna delta i samhällslivet på samma villkor som andra, och där personlig assistans kan vara en särskilt ändamålsenlig insats sett till möjligheten att uppnå detta:

- när kvalificerat stöd av motiverande och vägledande karaktär är en förutsättning för att den enskilde ska klara av sina grundläggande behov,
- när den enskilde till följd av sin funktionsnedsättning behöver kontinuerligt stöd för att förebygga att han eller hon fysiskt skadar sig själv, någon annan eller egendom,
- när den enskilde till följd av sin funktionsnedsättning behöver kontinuerligt stöd, som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik, där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för den enskildes liv eller hälsa.

Det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* omfattar vissa av de ovan nämnda situationerna, men inte alla. I dag är således möjligheten att beakta dessa typer av stödbehov så som grundläggande behov begränsad. Detta medför att personer som tillhör LSS personkrets och som har stora och varaktiga funktionsnedsättningar kan hamna utanför den personliga assistansen trots att sådant stöd kan ha avgörande betydelse för möjligheten att leva sitt liv och delta i samhällslivet på samma villkor som andra. Mot den bakgrunden bedömer vi att rätten till personlig assistans för ”tillsyn” behöver utvidgas. I kapitel 10 beskriver vi närmare i vilka situationer som vi anser att stödbehovet bör grunda en rätt till personlig assistans.

7 Personlig assistans och principen om föräldraansvar

Barn kan få rätt till personlig assistans på samma sätt som vuxna. Barn beviljas dock i genomsnitt färre assistanstimmar. En av anledningarna till detta är att det vid bedömningen av rätten till assistans för barn ska tas hänsyn till föräldraansvaret. Detta innebär att inte hela barnets hjälpbehov grundar en rätt till personlig assistans eftersom en del av hjälpbehovet i stället anses ska tillgodoses av barnets föräldrar.

Föräldraansvaret inom den personliga assistansen har diskuterats under en längre tid. Anledningen till detta är dels att den praktiska tillämpningen av föräldraansvaret inte är tillräckligt rättssäker, dels att det i den praktiska tillämpningen görs alltför stora avdrag med hänvisning till föräldraansvaret. I utredningens direktiv anges att vårt uppdrag bland annat är att undersöka om omfattningen av föräldraansvaret bör regleras på ett tydligare sätt.¹ I detta kapitel ser vi närmare på principen om föräldraansvar och vilken vägledning som i dag finns till stöd för bedömningen av föräldraansvarets storlek.

7.1 Personlig assistans till barn och principen om föräldraansvar

Som nämnts ovan kan barn få rätt till personlig assistans på samma sätt som vuxna. I förarbetena till LSS anges bland annat att personlig assistans kan vara av grundläggande betydelse för barn som har omfattande omvårdnadsbehov under hela dygnet eller stor del av dygnet och som på grund av exempelvis hjärnskada, genetisk skada eller sjukdom har flera funktionshinder samtidigt. Sådana funktionshin-

¹ Dir. 2020:3 *Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn.*

der anges kunna vara någon eller flera kombinationer av till exempel rörelsehinder, utvecklingsstörning, synskada, hörselskada, epilepsi, andningsproblem, hjärtsjukdom eller extrem infektionskänslighet.² I förarbetena anges också att personlig assistans alltid bör övervägas som alternativ för barn och ungdomar till att bo utanför föräldrahemmet och för vuxna till att bo på en institution.³ Det anges också att:

Personlig assistans som ges till ett barn ingriper i hög grad i hela familjens livssituation. Det är därför väsentligt att assistansen anpassas till varje familjs individuella behov och att barnets vårdnadshavare ges ett avgörande inflytande över hur stödet till barnet utformas. Syftet med assistansen är ofta att tillgodose föräldrarnas behov av avlösning i omvårdnaden eller att ge familjen möjlighet att genomföra sådana aktiviteter som barnet inte deltar i. Trots detta bör även en vårdnadshavare till barnet kunna vara personlig assistent, om assistansen kan anses gå utöver vad föräldraansvaret omfattar och det är frågan om situationer där förutsättningar för personlig assistans föreligger.⁴

När rätten till personlig assistans och assistansersättning bedöms för ett barn tas utgångspunkt i 9 a § LSS. Det görs en bedömning av om barnets hjälpbehov utgör sådana grundläggande behov som avses i 9 a § första stycket LSS, om behovet utgör sådana andra personliga behov som avses i 9 a § andra stycket LSS, eller om hjälpbehovet är av sådan karaktär att det inte alls kan ge någon rätt till assistans. Bedömningen ska göras på samma sätt oavsett om den sökande är barn eller vuxen, det vill säga att det på samma sätt som för vuxna ska beaktas om det är fråga om exempelvis sådana integritetskänsliga behov som enligt rättspraxis är att bedöma så som grundläggande (se avsnitt 2.5.2). Det som däremot skiljer sig åt är att det vid bedömningen av rätten till assistans för ett barn ska beaktas om en viss del av stödbehovet i stället ska tillgodoses av barnets föräldrar, vilket får till följd att personlig assistans inte alltid beviljas för hela det fastställda hjälpbehovet. Principen om föräldraansvar grundar sig i att alla föräldrar enligt föräldrabalken har ett ansvar för omsorg om sina barn och att föräldraskap alltid kräver en praktisk och tidsmässig insats, oavsett om barnet har en funktionsnedsättning eller inte.

² Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 66.

³ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 64.

⁴ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 66.

7.2 Föräldraansvaret i lag och förarbeten

I detta avsnitt beskrivs gällande lagar och regler vad gäller föräldraansvaret.

7.2.1 Huvudregeln - Att bortse från det hjälpbehov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose

I lagstiftningen regleras föräldraansvaret i 9 f § LSS respektive 51 kap. 6 § socialförsäkringsbalken. Av bestämmelserna följer att:

När behovet av personlig assistans bedöms för ett barn ska det bortses från det hjälpbehov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose enligt föräldrabalken med hänsyn till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter. Detta gäller dock inte till den del hjälpbehovet avser

1. andning,
2. åtgärder som är direkt nödvändiga för att hjälp med andning ska kunna ges,
3. måltider i form av sondmatning, eller
4. åtgärder som är direkt nödvändiga för förberedelse och efterarbete i samband med sådana måltider.

När det gäller assistansersättningen infördes principen om föräldraansvar i lagstiftningen i samband med ikraftträdandet av socialförsäkringsbalken den 1 januari 2011.⁵ Det dröjde därefter fram till den 1 juli 2020 innan principen även infördes i LSS.⁶ Även om principens införande i lag har dröjt, har dock principen om föräldraansvar tillämpats sedan assistansreformen år 1994. Detta utifrån att det i förarbetena till LSS angavs att föräldraansvaret enligt föräldrabalken ska beaktas vid bedömningen av rätten till personlig assistans för barn.⁷ I förarbetena anges bland annat följande angående föräldraansvaret och personlig assistans till barn:

Vårdnadshavare till barn med funktionshinder har, liksom andra vårdnadshavare, ansvar enligt föräldrabalken för barnets personliga förhållanden och skall se till att barnets behov blir tillgodosedda. Vårdnads-

⁵ Prop. 2008/09:200 *Socialförsäkringsbalk*.

⁶ SFS 2020:441 och prop. 2019/20:92 *Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning*.

⁷ Prop. 1992/93:159 *om stöd och service till vissa funktionshindrade*, s. 65 f. och s. 172 och prop. 2008/09:200 *Socialförsäkringsbalk*, s. 473 f.

havaren skall också svara för att barnet får den tillsyn som behövs med hänsyn till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter.

Allmänt kan sägas att föräldrar till barn med funktionshinder ofta gör betydligt större insatser för sina barn än föräldrar till barn utan funktionshinder [...].⁸

Någon närmare vägledning om hur omfattningen av föräldraansvaret ska bedömas i praktiken ges inte i förarbetena.⁹ I samband med en riksdagsbehandling år 1996 av förslag till ändringar i LSS och den numera upphävda lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS), påpekade socialutskottet dock att det normala föräldraansvaret ska beaktas på så sätt att det bara är hjälpbehov som går utöver vad som är normalt för ett barn i motsvarande ålder som ska läggas till grund för bedömningen av behovet av personlig assistans. I utskottsbetänkandet står att ett annat sätt att uttrycka saken är att det är behovet av extra tillsyn och omvårdnad med anledning av ett funktionshinder som ska ligga till grund för bedömning och beslut om personlig assistans.¹⁰

I samband med att föräldraansvaret infördes i 9 f § LSS den 1 juli 2020 angavs att den omständigheten att principen nu förs in i LSS inte är avsett att innebära någon ändring i sak utan ska betraktas som en kodifiering av gällande praxis. Det anfördes också att det enligt regeringens mening är en given utgångspunkt att en så central princip som föräldraansvaret inom den personliga assistansen bör framgå av lag.¹¹ Principen om föräldraansvar infördes i LSS samtidigt som införandet av de undantag som framgår i bestämmelsens punkter 1–4 (se avsnitt nedan).

7.2.2 Inget avdrag för andning och måltider via sond

Av 9 f § 1–4 LSS respektive 51 kap. 6 § 1–4 SFB framgår undantag från principen om föräldraansvar ska göras för stöd som avser andning, åtgärder som är direkt nödvändiga för att hjälp med andning ska kunna ges, måltider i form av sondmatning samt åtgärder som är direkt nödvändiga för förberedelse och efterarbete i samband med sådana måltider.

⁸ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 65.

⁹ Jfr. prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 65 f. och s. 172.

¹⁰ Bet. 1995/96:SoU15 Vissa frågor om personlig assistans, s. 18.

¹¹ Prop. 2019/20:92 Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning, s. 31 och 47 f.

I förarbetena uttalade regeringen att det ligger i sakens natur att hjälp med andning i allt väsentligt går utöver det normala föräldraansvaret, och att ett friskt barn inte behöver praktisk hjälp med andning och mycket sällan övervakning på grund av kvävningrisk. Regeringen uttalade även att barn som behöver hjälp med andning och sondmatning är en utsatt grupp, samt att behoven är kritiska för överlevnad och av en annan karaktär än övriga grundläggande behov. Samma skäl som motiverar att samtliga hjälpmoment bör vara assistansgrundande motiverar enligt regeringen att föräldraansvaret inte bör beaktas vid bedömningen av rätten till personlig assistans för hjälp med andning eller måltider i form av sondmatning. Regeringen angav att inget barn bör gå miste om personlig assistans för andning eller sondmatning med hänvisning till föräldraansvaret, samt att när det gäller andning och sondmatning är det av stor vikt att hjälpinsatsen kan ges samlat utan att splittras upp på flera utförare. Regeringen angav att det är en fördel om ansvaret för egenvårdsåtgärder kan ges samlat genom personlig assistans i dessa fall. Det innebar enligt regeringen att även hjälpbehov som anses inrymmas inom det normala föräldraansvaret bör ge rätt till personlig assistans när det gäller andning och sondmatning.¹²

7.2.3 Vårdnadshavarens ansvar enligt föräldrabalken

Bestämmelserna om föräldraansvar i LSS och SFB hänvisar till det ansvar som en vårdnadshavare enligt föräldrabalken normalt har för sitt barn.

I 6 kap. 1 § föräldrabalken (1949:381) anges att barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. I 6 kap. 2 § andra stycket föräldrabalken framgår också att:

Den som har vårdnaden om ett barn har ett ansvar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets behov enligt 1 § blir tillgodosedda. Barnets vårdnadshavare svarar även för att barnet får den tillsyn som behövs med hänsyn till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter samt ska bevaka att barnet får tillfredsställande försörjning och utbildning. I syfte att hindra att barnet orsakar skada för någon annan ska vårdnadshavaren vidare svara för att barnet står under uppsikt eller att andra lämpliga åtgärder vidtas.

¹² Prop. 2019/20:92 *Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning*, s. 30 f.

Av förarbetena framgår att det tillsynsansvar som vårdnadshavaren har i första hand avser barnets bästa, det vill säga att skydda barnet så att det inte skadar sig själv eller skadas av någon eller något annat. Det innebär emellertid också en skyldighet att se till att barnet inte orsakar skada för någon annan, detta genom att förebygga och avvärja skadegörande handlingar av barnet. I förarbetena anges också att även om tillsynsansvaret består till barnet fyller arton år så förändras den tillsyn som krävs i takt med barnets ålder och mognad. Det anges ligga i sakens natur att det ställs större krav på tillsynen när det gäller små barn än när det gäller ungdomar. Ett litet barn kan behöva ständig övervakning, medan tillsynsansvaret i fråga om ungdomar ofta kan anses uppfyllt genom att vårdnadshavaren ger instruktioner eller förmaningar.¹³

7.2.4 Det finns inte några myndighetsföreskrifter om hur föräldraansvaret ska tillämpas eller bedömas

I fråga om hur en viss lag ska tillämpas finns ofta mer detaljerade och styrande bestämmelser i förordningar och myndigheters föreskrifter. När det gäller föräldraansvar inom den personliga assistansen och assistansersättningen finns inte några sådana kompletterande bestämmelser i förordning eller myndighetsföreskrifter. Det har inte heller utfärdats några allmänna råd eller tagits fram något oberoende kunskapsstöd som är avsett att fungera som vägledning i hur föräldraansvaret ska bedömas eller vad barn utan funktionsnedsättning normalt klarar av i en viss ålder.

7.3 Föräldraansvaret i rättspraxis

Antalet avgöranden från Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) som rör frågan om tillämpning av föräldraansvaret vid personlig assistans och assistansersättning är relativt litet och vägledningen därifrån är därför begränsad. Domstolen har dock slagit fast några generella riktlinjer för hur föräldraansvaret ska tillämpas. Dessa kan kortfattat sammanfattas i följande punkter:

¹³ Prop. 1993/94:57 om vårdnadshavares skadeståndsansvar, s. 6 f. och prop. 1981/82:168 om vårdnad och umgänge m.m., s. 23 och 61.

- en jämförelse ska göras med ett barn utan funktionsnedsättning,
- ett generellt begränsat föräldraansvar för grundläggande behov vid tolv års ålder,
- ett begränsat föräldraansvar för de grundläggande behoven kommunikation och aktiv tillsyn från nio års ålder,
- inget avdrag för föräldraansvar vid mycket omfattande och speciella hjälpbehov,
- viss arbetsledning ingår i föräldraansvaret.

Dessa beskrivs närmare nedan.

7.3.1 En jämförelse ska göras med ett barn utan funktionsnedsättning

I avgörandet RÅ 1997 ref. 23 I framhöll HFD att det i samband med riksdagsbehandlingen av förslagen till ändringar i LSS och LASS framgår att det normala föräldraansvaret ska beaktas på så sätt att det endast är hjälpbehov som går utöver vad som är normalt för ett barn i ifrågavarande ålder som skall läggas till grund för bedömningen av behovet av personlig assistans.

I avgörandet RÅ 2008 ref. 17 uttalade HFD att praxis avseende föräldraansvaret är att man jämför omfattningen av föräldraansvaret för barn utan funktionsnedsättning med behovet hos barn med funktionsnedsättning i samma ålder. Det angavs att för små barn leder bedömningen av föräldraansvaret i de flesta fall till att föräldrarna ska svara för barnets behov under ett visst antal timmar och att assistansersättning inte utgår för den tiden.

7.3.2 Generellt begränsat föräldraansvar för grundläggande behov vid tolv års ålder

Avgörandet RÅ 1997 ref. 23 rörde ett tolvårigt barn som på grund av stora och varaktiga funktionshinder hade behov av praktisk hjälp i den dagliga livsföringen med bland annat personlig hygien, måltider och att klä av och på sig. Barnet var även i behov av tillsyn under hela sin vakna tid. Bland annat behövde barnets föräldrar ofta ingripa för

att hindra att hen skulle skada sig själv, andra eller föremål. HFD uttalade att ett friskt barn i tolv års ålder endast har ett begränsat behov av hjälp med de grundläggande behoven i 9 a § LSS. Det bedömdes därför inte vara möjligt att med hänsyn till föräldraansvaret bortse från någon nämnvärd del av den tid som krävdes för att tillgodose barnets sådana behov. Inget avdrag för föräldraansvar gjordes.

7.3.3 Begränsat föräldraansvar för de grundläggande behoven kommunikation och aktiv tillsyn från nio års ålder

Medan det ovan nämnda avgörandet RÅ 1997 ref. 23 I rörde de grundläggande behoven mer generellt, rörde avgörandet RÅ 2010 ref. 17 specifikt de grundläggande behoven kommunikation och tillsyn.

HFD uttalade att en nioåring utan funktionshinder normalt har omfattande kontakter med andra människor och aktiviteter tillsammans med andra barn utanför skoltid och inte behöver sina föräldrars medverkan för att kommunicera med sin omgivning i vanliga sociala situationer. Domstolen anförde också att en nioåring utan funktionshinder får anses ha ett visst behov av tillsyn, men att det bara undantagsvis är fråga om sådan aktiv tillsyn som det ifrågavarande barnet behövde under sin vakna tid. Tillsynsbehovet grundade sig i att barnet saknade insikt i vad som är farligt och till exempel kunde springa rakt ut i trafiken. Hen hade också lätt att bli frustrerad och reagerade då ofta med att bli aggressiv och destruktiv. HFD gjorde inget avdrag för föräldraansvar varken för kommunikation eller tillsyn.

Ytterligare ett avgörande som berörde frågan om föräldraansvar för grundläggande behov i form av tillsyn är HFD 2013 ref. 81. I målet uttalade domstolen att den tillsyn som en elvaåring utan funktionshinder har behov av får anses vara begränsad, och inte kunde jämföras med en sådan aktiv tillsyn som det aktuella barnet hade behov av. Inget avdrag gjordes för föräldraansvar.

7.3.4 Inget avdrag för föräldraansvar vid mycket omfattande och speciella hjälpbehov

Enligt HFD finns det vissa situationer då inget avdrag ska göras för föräldraansvar, även då det är fråga om yngre barn.

I det tidigare nämnda avgörandet RÅ 2008 ref. 17, som rörde ett femårigt barn, fann domstolen att den omvårdnad som barnet behövde inte bara var mer omfattande än den som de flesta andra funktionshindrade behöver. Den var även av en annan karaktär och det var till mycket stor del fråga om vård av rent tekniskt slag. HFD anförde att barnet hade rätt att av sina föräldrar få omvårdnad, trygghet och en god fostran utan att föräldrarna vid sin samvaro med barnet samtidigt skulle behöva ombesörja den speciella tekniska vård som hen behövde. Domstolens bedömning var att inget avdrag skulle göras för föräldraansvar.

Även avgörandet HFD 2011 not. 81 rörde ett mindre barn med mycket omfattande och speciella behov. Barnet som var tre år krävde bland annat ett särskilt omhändertagande på grund av stresskänslighet med reaktioner i form av bland annat sömnproblem, kräkningar och otillräcklig nutrition (näring). Inget avdrag gjordes för föräldraansvar.

7.3.5 Viss arbetsledning ingår i föräldraansvaret

När ett barn beviljas personlig assistans kan det uppstå ett behov av hjälp med att arbetsleda de personliga assistenterna. I RÅ 2004 ref. 16, som rörde ett sexårigt barn, bedömde HFD att uppgiften att arbetsleda barnets personliga assistenter inte var av sådan omfattning att det gick utöver det ansvar som åligger en vårdnadshavare enligt föräldrabalken för ett barn i den åldern. Det aktuella arbetsledarsvaret omfattade, förutom föräldrarna, endast ytterligare en person.

7.4 De beslutsfattande myndigheternas stöddokument

I detta avsnitt beskriver vi de stöddokument som beslutande myndigheter tagit fram till hjälp för de handläggare som ska göra bedömningen om det normala föräldraansvaret.

7.4.1 Försäkringskassans stöddokument

Försäkringskassan har upprättat ett antal olika interna stöddokument i syfte att ge sina handläggare stöd vid bedömningen av föräldraansvaret i enskilda ärenden som rör assistansersättning till barn. Nedan beskrivs innehållet i dessa.

Rättsligt ställningstagande om föräldraansvaret vid kommunikation

År 2015 utkom Försäkringskassan med ett rättsligt ställningstagande avseende föräldraansvarets omfattning vid hjälp med kommunikation i vanliga sociala situationer inom assistansersättning.¹⁴ Där finns följande ställningstagande:

Behov av hjälp med kommunikation i vanliga sociala situationer utanför familj och förskola ska helt omfattas av föräldraansvaret till och med juli det år då barnet fyller sex år. Från och med augusti det år då barnet fyller sex år ska behov av hjälp med kommunikation i vanliga sociala situationer utanför familj, skola och fritids inte till någon del omfattas av föräldraansvaret. Bedömningen av föräldraansvarets omfattning gäller här enbart vanliga sociala situationer utanför familj, barnomsorg, förskola, skola och fritids. Det gäller alltså inte den hjälp som barnet behöver vid kontakter med myndigheter, sjukvårdspersonal eller liknande.

I bakgrund och överväganden anges bland annat följande. När barnet är i förskoleåldern har föräldrarna ett stort ansvar enligt föräldrabalken för att tillgodose barnets behov, däribland att delta i barnens aktiviteter, och barn i denna ålder har oftast inte så många aktiviteter utanför familj och förskola då föräldrarna inte närvarar. Det anges att barnets behov av hjälp i vanliga sociala situationer utanför familj och förskola i förskoleåldern bör omfattas av det normala föräldraansvaret enligt Försäkringskassans mening och i enlighet med kamrarrättspraxis. Enligt skollagen ska barn som är bosatta i Sverige erbjudas¹⁵ förskoleklass från och med höstterminen det år de fyller sex år. Från denna tidpunkt börjar också de flesta barn i Sverige förskoleklass. I och med det ingår de i fler sociala situationer och får fler sociala kontakter med andra barn och vuxna utanför familj och förskola på egen hand än tidigare. De flesta barn klarar då enligt För-

¹⁴ Försäkringskassan (2015). Rättsligt ställningstagande (FKRS 2015:05) *Föräldraansvarets omfattning vid hjälp med kommunikation i vanliga sociala situationer inom assistansersättning*.

¹⁵ i dag är det dock obligatoriskt enligt 7 kap. 4 § skollagen (2010:800).

säkringskassans mening att kommunicera själva i vanliga sociala situationer. Det är något som även skolan förväntar sig. En avgränsning, från och med augusti det år då barnet fyller sex år är rimlig. Från och med augusti det år då barnet fyller sex år bör behovet av hjälp med kommunikation i vanliga sociala situationer utanför familj, skola och fritids därför inte till någon del anses omfattas av föräldraansvaret.

Rättsligt ställningstagande om föräldraansvar och väntetid under dygnsvilan

År 2018 utkom Försäkringskassan med ett rättsligt ställningstagande avseende bedömning av föräldraansvar och väntetid under dygnsvilan inom assistansersättning.¹⁶ Där finns följande ställningstagande:

Om ett assistansberättigat barn uppfyller kraven för rätt till väntetid under dygnsvilan (normalt natten) ska bedömningen av föräldraansvar för den tiden göras på samma sätt som för övriga dygnet. Vid bedömningen av om väntetid ingår i föräldraansvaret ska man jämföra med vad ett barn i motsvarande ålder utan funktionsnedsättning normalt kräver. Vid bedömningen ska man se till frekvensen av hjälpbehoven under dygnsvilan och därmed till föräldrarnas möjlighet att ha en ostörd sömn. Om föräldrarnas aktiva insatser eller uppvaknandena till sin frekvens är sådana att de innebär att föräldrarnas sömn störs i en omfattning som en förälder till ett barn utan funktionsnedsättning normalt inte behöver förvänta sig ska väntetiden inte anses ingå i det normala föräldraansvaret.

I det rättsliga ställningstagandet ges en beskrivning av överväganden som legat till grund för ställningstagandet om hur hjälpbehov under dygnsvilan för barn ska bedömas. Där anges bland annat följande. Vid bedömningen är det första steget att ta reda på hur hjälpbehovet ser ut. Det andra steget är att bedöma om det finns behov under dygnsvilan som ska tas med i beräkningen av assistanstimmar (som har en koppling till funktionsnedsättningen). Om så är fallet ska man ta ställning till hur det beskrivna behovet under dygnsvilan ska bedömas och kvantifieras – om det är frågan om aktiv tid, tillsyn eller väntetid. Därefter, i steg tre, tas ställning till om den tid som har beaktats kan anses ligga inom ramen för föräldraansvaret.

¹⁶ Försäkringskassan (2018). Rättsligt ställningstagande (FKRS 2018:01) *Bedömning av föräldraansvar och väntetid under dygnsvilan inom assistansersättning.*

Det ges även tre olika exempel på situationer på hur bedömningen av väntetid och föräldraansvar under dygnsvilan ska gå till där följande anges sammanfattningsvis:

- Föräldern behöver ligga i sängen med grundsyftet att sova men är ändå ständigt beredd att gå upp och sköta barnet flera gånger under dygnsvilan. Denna situation är relativt vanlig för småbarnsföräldrar överlag och berättigar normalt inte till väntetid. Många föräldrar till småbarn utan funktionsnedsättning får sin dygnsvila störd genom att barnet ofta vaknar och påkallar uppmärksamhet. Detta minskar dock ganska fort med stigande ålder och här får alltså bedömas när det inte kan anses ingå i ett normalt föräldraansvar att behöva gå upp så många gånger under dygnsvilan att sömnen störs.
- Föräldern behöver stiga upp två gånger under dygnsvilan för att sköta barnet och ligger däremellan och sover. Hur denna situation ska bedömas är också beroende av barnets ålder. Om det exempelvis för ett barn utan funktionsnedsättning i motsvarande ålder är vanligt att föräldrarna vaknar två gånger under dygnsvilan och tillgodoser olika hjälpbehov ingår väntetiden däremellan i det normala föräldraansvaret. För små barn kan därför inte väntetid beviljas för denna tid.
- Föräldern behöver vara i barnets närhet (genom att se barnet eller i vart fall befinna sig på hörbart avstånd) under dygnsvilan eftersom barnet inte kan påkalla uppmärksamhet själv och vara beredd att ingripa vid behov för att förhindra att skadliga situationer kan uppstå. Denna situation skulle kunna bedömas som tillsyn oavsett åldern på barnet.

I det rättsliga ställningstagandet anges slutligen att föräldrars ansvar för barn under dygnsvilan och make- eller makaansvar inte kan jämföras. Detta eftersom föräldraansvaret alltid måste relateras till barnets ålder och utveckling.

Försäkringskassans rättsfallsöversikt

I en rättsfallsöversikt¹⁷ år 2015 gick Försäkringskassan bland annat igenom 57 kammarrättsavgöranden från perioden januari 2011 till och med maj 2014. I uppföljningen konstaterade Försäkringskassan att kammarrätterna i flertalet domar gjort generella avdrag för föräldraansvaret utan någon närmare tidsprecisering. Försäkringskassan fann även att kammarrätterna använde olika angreppssätt i sin bedömning av normalt föräldraansvar. I vissa avgöranden framgick att domstolen inte beaktat något preciserat föräldraansvar, men hade tidsatt det enskilda stödbehovet. I andra avgöranden hade domstolen beaktat ett visst tidsatt föräldraansvar. I några avgöranden konstaterades att variationen av vad som kan anses som normalt föräldraansvar är betydande. Samtidigt konstaterades i vissa avgöranden att föräldraansvaret sträcker sig längre än att tillgodose behoven hos ett genomsnittligt utvecklat barn, samt att normalvariationen för exempelvis ett barns förmåga att äta själv är mycket stor.

Försäkringskassans vägledning om assistansersättning

En sammanfattning av Försäkringskassans aktuella hållning gällande föräldraansvar finns i myndighetens vägledning om assistansersättning.¹⁸ Där redogörs för de slutsatser som Försäkringskassan dragit av rättspraxis, men även för de självständiga ställningstaganden som myndigheten gjort på området. I vägledningen framhålls att det är en svår uppgift att fastställa vad som ingår i ett normalt föräldraansvar för ett barn i en viss ålder, och att variationen av vad som kan anses som normalt föräldraansvar är betydande. Att jämnåriga barns förmågor skiljer sig åt mellan individerna anges dock inte vara ett skäl att inte fastställa vad som ingår i ett normalt föräldraansvar för ett barn i en viss ålder.¹⁹ I Försäkringskassans vägledning framhålls sammanfattningsvis följande:

- Det är enbart när barnet har ett mycket speciellt vårdbehov som föräldraansvaret inte ska beaktas.²⁰

¹⁷ Försäkringskassan (2015). Rättslig uppföljning 2015:1 *Rättsfallsöversikt – personlig assistans (föräldraansvar)*.

¹⁸ Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27, (2020), s. 60 ff.

¹⁹ Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27, (2020), s. 60 ff.

²⁰ I vägledningen hänvisas till RA 2008 ref. 17 och HFD 2011 not. 81.

- Föräldraansvaret är över lag omfattande och långtgående för barn upp till och med fem års ålder när det gäller behov av hjälp med de grundläggande behoven.²¹
- För barn från sex till och med åtta år finns ett föräldraansvar i varierande omfattning för de grundläggande behoven personlig hygien, måltider och av- och påklädning.
- Hjälp med personlig hygien omfattas inte till någon del av normalt föräldraansvar för barn från och med nio år.²²
- Hjälp med kommunikation i vanliga sociala situationer utanför familj och förskola ska helt omfattas av föräldraansvaret till och med juli det år då barnet fyller sex år. Därefter ska behov av hjälp med kommunikation i vanliga sociala situationer utanför familj, skola och fritids inte till någon del omfattas av föräldraansvaret.²³
- Det finns inte något föräldraansvar för hjälp med kommunikation och aktiv tillsyn av övervakande karaktär för en nioåring.²⁴
- Aktiv tillsyn av övervakande karaktär, vilken förutsätter ingående kunskaper om barnet, kan helt eller delvis gå utöver ett normalt föräldraansvar även för barn till och med fem år.²⁵
- Föräldrar har inte ansvar för att tillgodose de grundläggande behoven rent praktiskt för barn från och med tolv års ålder.²⁶
- Tillsyn som andra personliga behov omfattas helt av normalt föräldraansvar för barn till och med fem år, delvis av föräldraansvaret för barn från och med sex år, och faller helt utanför normalt föräldraansvar för barn från 12 år.²⁷

²¹ I vägledningen hänvisas till Försäkringskassan (2015) Rättslig uppföljning 2015:1 *Rättsfallsöversikt – personlig assistans (föräldraansvar)*.

²² I vägledningen hänvisas till Försäkringskassan (2015) Rättslig uppföljning 2015:1 *Rättsfallsöversikt – personlig assistans (föräldraansvar)*.

²³ I vägledningen hänvisas till Försäkringskassan (2015) Rättsligt ställningstagande (FKRS 2015:05) *Föräldraansvarets omfattning vid hjälp med kommunikation i vanliga sociala situationer inom assistansersättning*.

²⁴ I vägledningen hänvisas till RÅ 2010 ref. 17.

²⁵ I vägledningen hänvisas till Försäkringskassan (2015) Rättslig uppföljning 2015:1 *Rättsfallsöversikt – personlig assistans (föräldraansvar)*.

²⁶ I vägledningen hänvisas till RÅ 1997 ref. 23 I.

²⁷ I vägledningen hänvisas till Försäkringskassan (2015) Rättslig uppföljning 2015:1 *Rättsfallsöversikt – personlig assistans (föräldraansvar)*.

- I fråga om föräldraansvar under dygnsvilan hänvisas till det rättsliga ställningstagande som beskrivits ovan.²⁸

Vägledningen innehåller en beskrivning av den metod som myndigheten anser bör användas vid bedömningen

I Försäkringskassans vägledning beskrivs även den metod som man anser bör användas i samband med handläggningen. Där anges att det avseende barn som är yngre än 12 år är lämpligt att först utreda barnets totala behov av hjälp med samtliga grundläggande behov, och därefter för respektive grundläggande behov bedöma det totala behovet av hjälp som beror på funktionsnedsättningen. Vid bedömningen ska jämföras med vad ett barn utan funktionsnedsättning i samma ålder behöver hjälp med. Det är det extra omvårdnadsbehovet som ska ligga till grund för rätten till assistansersättning. För barn som är 12 år eller äldre anges att behovet av personlig assistans för de grundläggande behoven ska bedömas på samma sätt som för vuxna. Därefter ska barnets totala hjälpbehov utredas för respektive övrigt behov och en bedömning göras hur mycket av hjälpbehovet som beror på funktionsnedsättningen. Om inte hela det uppgivna hjälpbehovet kan tillgodoses genom personlig assistans ska motiveras vad som inte kan tillgodoses och varför.

7.4.2 Bedömningsstöd i kommunerna

Det finns inte något gemensamt stödjande dokument för kommunerna om hur bedömningen ska göras i fråga om personlig assistans till barn. I många kommuner finns dock interna riktlinjer eller vägledningar för handläggning av ärenden enligt LSS, där även föräldraansvaret vid bedömningen av rätten till personlig assistans omnämns. Det förekommer också att man använder sig av de stöddokument som Försäkringskassan tagit fram.²⁹ Bland de riktlinjer och vägledningar som vi har tagit del av i vår utredning³⁰ har vi bland an-

²⁸ I vägledningen hänvisas till Försäkringskassan (2018) Rättsligt ställningstagande (FKRS 2018:01) *Bedömning av föräldraansvar och väntetid under dygnsvilan inom assistansersättning*.

²⁹ Samtal med företrädare för kommuner.

³⁰ Genomgång av 40 kommuner

nat sett exempel från Laholm³¹, Norrköping³², Åtvidaberg³³, Gislaved³⁴, Österåker³⁵, Askersund³⁶ och Södertälje³⁷. I exempelvis Norrköpings vägledning står följande:

Vårdnadshavare till barn med funktionsnedsättning har enligt föräldrabalken ansvar för barnets personliga förhållanden och ansvar för att barnets behov blir tillgodosedda. Det handlar om att barnet får den omsorg som behövs med hänsyn till barnets ålder, utveckling och andra omständigheter. Barnets ålder har betydelse för rätten till insatser. Från och med att barnet är cirka 12 år förväntas inte längre vårdnadshavare ansvara för barnets grundläggande behov. När det gäller personlig assistans till barn utreds barnets totala behov av hjälp med samtliga grundläggande behov. En bedömning görs också av vad som är rimligt för barn i motsvarande ålder utan funktionsnedsättning att klara av och vad som ingår i vårdnadshavares ansvar.³⁸

Gemensamt för de riktlinjer och vägledningar som vi har tagit del av är att det inte ges någon närmare beskrivning av hur bedömningen i

³¹ Laholms kommun. *Riktlinjer för handläggning och insatser enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Socialtjänstlagen*, version 2.

<https://www.laholm.se/globalassets/upload/socialnamnd/socialforvaltning/funktionshinder/riktlinjer-for-handlaggning-och-insatser-enligt-lag-om-stod-och-service-till-vissa-funktionshindrade-lss-och-so.pdf> (hämtad 2021-04-02).

³² Norrköpings kommun. *Riktlinjer för utredning, beslut och utförande av insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade*, LSS, dnr VON 2019/0350-20 003, reviderad 2021-01-20.

<https://www.norrkoping.se/download/18.53d2b23c176f5b1a2923158/1612803215602/Riktlinjer%20enligt%20LSS.pdf> (hämtad 2021-04-02).

³³ Åtvidabergs kommun. *Riktlinjer enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade*, dnr ATVKS 2019-00643 003, antagen 2020-04-29.

<https://www.atvidaberg.se/download/18.4a09469f17225dd434befbe/1589873738106/Riktlinjer%20enligt%20lagen%20om%20st%C3%B6d%20och%20service%20till%20vissa%20funktionshindrade%20-%20antagen%20av%20KF%202020-04-29.pdf> (hämtad 2021-04-02).

³⁴ Gislaveds kommun. *Riktlinjer för handläggning enligt LSS (Lag 1993:387 om stöd och service till vissa funktionshindrade) samt enligt SoL (Socialtjänstlag 2001:453)*, fastställsdatum 2019-12-17.

<https://www.gislaved.se/omsorg-stod-och-hjalp/funktionsnedsattning/hjalp-stod-och-service-enligt-lagarna-sol-och-lss> (hämtad 2021-04-02).

³⁵ Österåker kommun. *Vägledning för handläggning av insatser enligt LSS Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade*.

<https://www.osteraker.se/download/18.2a9bbe92160d7ec50881cf9f/1526649845370/V%C3%A4gledning%20%20LSS%202017-01-01.pdf> (hämtad 2021-04-02).

³⁶ Askersund kommun. *Riktlinjer vid handläggning LSS i Askersund kommun*, beslutad 2019-12-17.

<https://www.askersund.se/download/18.4fce50ab17431524ba7d3c61/1599487650486/Riktlinjer%20f%C3%B6r%20bist%C3%A5ndshandl%C3%A4ggnings%20LSS> (hämtad 2021-04-02).

³⁷ Södertälje kommun. *Riktlinjer LSS - För handläggning av insatser enligt LSS för barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning*, antagna 2016-06-02.,

<https://www.sodertalje.se/globalassets/socialkontoret/omsorgsnamndens-riktlinjer-for-handlaggning-av-insatser-enligt-lss.pdf> (hämtad 2021-04-02).

³⁸ Norrköpings kommun. *Riktlinjer för utredning, beslut och utförande av insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade*, LSS, dnr VON 2019/0350-20 003, reviderad 2021-01-20, s. 13.

<https://www.norrkoping.se/download/18.53d2b23c176f5b1a2923158/1612803215602/Riktlinjer%20enligt%20LSS.pdf> (hämtad 2021-04-02)

praktiken ska gå till, utöver att det i enstaka fall har angetts att vårdnadshavaren inte förväntas ansvara för barnets grundläggande behov efter att barnet uppnått 12 års ålder.

7.5 Föräldraansvaret i ett rättighetsperspektiv

Barn med omfattande funktionsnedsättning är inte någon enhetlig grupp. Varje barn är en egen individ med egna behov, förutsättningar och önskemål, och liksom alla barn är barnet med funktionsnedsättning en individ med egna rättigheter. Gemensamt för barn med omfattande funktionsnedsättning är emellertid att barnen i högre grad är beroende av personer i sin omgivning.³⁹ Gemensamt är också att barnen har rätt till ett fullvärdigt liv och rätt till hjälp att aktivt delta i samhället, och att barnen konventionsrättsligt är egna rättighetsbärare.⁴⁰

I sin fördjupande text *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'* (bilaga 3) analyserar Anna Bruce, expert på mänskliga rättigheter, regleringen av stödformen personlig assistans i FN:s Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.⁴¹ Bruce konkluderar att effekten av avdraget för föräldraansvar kan vara konventionsstridig, åtminstone om det får som konsekvens att barnet inte får tillgång till personlig assistans och barnet inte heller får annat stöd som leder till uppfyllande av konventionens krav. Bruce konstaterar också att även barnets föräldrar och syskon erhåller ett visst skydd under konventionerna. Därmed skulle ett avdrag för föräldraansvaret också kunna vara konventionsstridigt.

Även i barnkonventionen⁴² finns relevant information om ansvarsfördelningen mellan ett barns föräldrar och staten. I sitt betänkande *Barnkonventionen och svensk rätt* skriver Barnkonventionsutredningen att:

³⁹ Wilder, J., Axelsson, A.K., *Personlig assistans i familjen för barn och ungdomar med omfattande funktionsnedsättningar, Forskning om personlig assistans – en antologi*, Altermark, Knutsson, Svensson Chowdry (2018).

⁴⁰ Lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen).

⁴¹ FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

⁴² FN:s konvention om barnets rättigheter. Konventionen är också svensk lag, lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

Artikel 18 handlar om ansvarsfördelningen mellan ett barns föräldrar och staten, men även om vilket ansvar föräldrar och andra vårdnadshavare har för barnet. Föräldrarna och andra vårdnadshavare har huvudansvaret för sina barns uppfostran och utveckling och de ska låta sig vägledas av vad som är barnets bästa. Staten ska göra sitt bästa för att säkerställa att båda föräldrarna har ett gemensamt ansvar för barnets uppfostran och utveckling. Genom artikeln ges staten också ett ansvar att stödja föräldrarna när de fullgör sitt föräldraansvar. Staten ska också säkerställa att barn till föräldrar som arbetar har rätt till barnomsorg.⁴³

De skriver också avseende Artikel 23 – barn med funktionsnedsättning att:

Personlig assistans som ges till ett barn påverkar i hög grad en hel familjs livssituation. Det är därför väsentligt att assistansen anpassas till varje familjs individuella behov och att barnets vårdnadshavare ges ett avgörande inflytande över hur stödet till barnet utformas. Syftet med assistansen är ofta att tillgodose vårdnadshavarnas behov av avlösning i omvårdnaden eller att ge familjen möjlighet att genomföra sådana aktiviteter som barnet inte deltar i.⁴⁴

Vad gäller statens ansvar konstaterar Bruce att det faktum att det handlar om rätten till familjeliv, och dess centralitet i barns liv, medför även att intresset av att ett barn kan leva med sin familj, så länge eventuella problem i familjen kan lösas med stöd, bör väga tungt i analysen av barnets bästa som konventionsstaten är skyldig att göra.⁴⁵ Bruce konstaterar fortsättningsvis att en analys av barnets bästa också måste ta höjd för att om ett barn med funktionsnedsättning hamnar på en plats som inte är en familj, framstår risken att barnet fastnar i institutionalisering avsevärt högre än för ett barn utan funktionsnedsättning. I den mån begreppet föräldraansvar tillämpas på ett sätt som begränsar tillgången till personlig assistans för ett barn med funktionsnedsättning i strid med barnets bästa finns risk att tillämpningen står i strid med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.⁴⁶ Bruce skriver också att om föräldraansvar tillämpas på så sätt att ett barn förlorar sin möjlighet att bo kvar med sin familj är Sverige skyldigt att omedel-

⁴³ SOU 2020:63 *Barnkonventionen och svensk rätt*, s. 736.

⁴⁴ Prop. 1992/93:159 *om stöd och service till vissa funktionshindrade*, s. 66, SOU 2020:63 *Barnkonventionen och svensk rätt*, s. 945.

⁴⁵ Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 92.

⁴⁶ Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 92

bart ta ansvar för detta eftersom att garantera barn med funktionsnedsättning rätt till familjeliv enligt Artikel 23 (4) Respekt för hem och familj är en omedelbar skyldighet.⁴⁷

Även begreppet föräldraansvar som sådant problematiseras av Bruce. Hon frågar sig om de utgångspunkter begreppet bygger på är förenliga med FN:s Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Den personliga assistansen, inklusive omfattningen, ska vara utformat utifrån barnets individuella behov. Utgångspunkten är att utvärderingen måste utgå från barnets situation och barnets behov. Begreppet föräldraansvar har istället en familj utan ett barn med funktionsnedsättning som utgångspunkt; vad en förälder med ett barn utan funktionsnedsättning förväntas (behöva) göra i relation till sitt barn för att barnet ska fara väl. Detta står i tydlig strid med CRPD: s kärna, vilken är att en verklighet med funktionsnedsättning och (tyvärr) funktionshinder ska sättas i centrum, utifrån sina egna premisser. Att sätta liv med funktionsnedsättning i centrum genomsyrar hela CRPD, men uttrycks tydligast i Artikel 3 (d) Allmänna principer och dess krav på ”respekt för olikheter och acceptering av personer med funktionsnedsättning som en del av den mänskliga mångfalden och mänskligheten”.⁴⁸

Bruce diskuterar även huruvida föräldraansvar som begrepp är rättsäkert. Hon skriver:

I kravet ingår att nationell lag ska vara tillräckligt preciserad för att kunna tillämpas rättsäkert. Detta framgår av skyddet för likhet inför lagen i Artikel 5 (1) Jämlikhet och icke-diskriminering. Tyngdpunkten för utvärderingen av kravet på precision är dock *hur begreppet faktiskt tillämpas*, inte hur det är utformat i lag. Om föreskrifter, kunskapsstöd med mera används istället för att precisera i lag ska de dock göra klart inte bara för tillämpande myndigheter utan även för allmänheten hur begreppet fungerar. Detta så att konsekvenserna av begreppet för det individuella barnets rätt till personlig assistans kan förutsägas.⁴⁹

Sammanfattningsvis konstaterar Bruce att föräldraansvaret såsom det tillämpas är problematiskt i ett rättighetsperspektiv.

⁴⁷ Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 90.

⁴⁸ Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 71.

⁴⁹ Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 71.

7.6 Föräldraansvar i andra ersättningar och förmåner

Föräldraansvar återfinns också vid bedömningen om andra ersättningar och förmåner. Tillämpningen av föräldraansvar i en förmån kan påverka en annan och därför återges några andra situationer där föräldraansvaret är relevant.

Principen om föräldraansvar återfinns bland reglerna om omvårdnadsbidraget i 22 kap. socialförsäkringsbalken, som också är kopplade till barn med funktionsnedsättningar.⁵⁰ Omvårdnadsbidraget är en ekonomisk ersättning till föräldrar vars barn, på grund av funktionsnedsättning, kan antas ha ett mer än måttligt behov av omvårdnad och tillsyn under minst sex månader.⁵¹ Omvårdnadsbidragets storlek ökar med större omvårdnads- och tillsynsbehov.⁵² Vid bedömningen av omvårdnadsbidraget ska Försäkringskassan bortse från de behov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose enligt föräldrabalken med hänsyn till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter.⁵³ I förarbetena till bestämmelsen konstateras att en motsvarande bestämmelse finns i regleringen av assistansersättningen.⁵⁴

I 7 § LSS anges att personer som anges i 1 § har rätt till insatser i form av särskilt stöd och särskild service enligt 9 § 1–9, om de behöver sådan hjälp i sin livsföring och om deras behov inte tillgodoses på annat sätt. I specialmotiveringen till paragrafen uttalas:

För att viss insats enligt 9 § skall kunna nekas den funktionshindrade på grund av att behovet tillgodoses på annat sätt, skall behovet också *faktiskt* tillgodoses på annat sätt. Det räcker således inte att, som i socialtjänstlagens 6 §, behovet *kan* tillgodoses på annat sätt. Behovet tillgodoses på annat sätt t.ex. när en nära anhörig frivilligt svarar för insatsen som ett led i familjerelationen. Ett behov kan också, helt eller till viss del, tillgodoses genom en förälders ansvar enligt föräldrabalken för den normala vårdnaden av ett barn.⁵⁵

Det finns ett flertal olika insatser i LSS som kan bli aktuella för barn som tillhör lagens personkrets:

⁵⁰ Tidigare vårdbidrag.

⁵¹ 22 kap. 3 § socialförsäkringsbalken (2010:110).

⁵² 22 kap. 4 § socialförsäkringsbalken (2010:110).

⁵³ 22 kap. 5 § socialförsäkringsbalken (2010:110).

⁵⁴ Prop. 2017/18:190 *Reformerade stöd till personer med funktionsnedsättning* s. 71.

⁵⁵ Prop. 1992/93:159 *om stöd och service till vissa funktionshindrade*, s. 172–173.

- rådgivning och annat personligt stöd,
- ledsagarservice,
- biträde av kontaktperson,
- avlösarservice i hemmet,
- korttidsvistelse utanför det egna hemmet,
- korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov,
- boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet.

I Socialstyrelsens handbok för handläggning och utförande av LSS-insatser *Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning* publicerad oktober 2020 anges att vid bedömningen av rätt till insatser behöver handläggaren ta hänsyn till föräldraansvaret.⁵⁶ Socialstyrelsen betonar också skillnaden mellan föräldraskap och föräldraansvar enligt följande:

Föräldraansvar och föräldraskap är inte samma sak. Som framgått ovan innebär bestämmelserna i föräldrabalken om vårdnadshavares ansvar inte att föräldrarna måste tillgodose alla barnets behov själva. Ansvaret kan tas genom att ansöka om stöd till barnet och de offentliga stödsystemen träder då in.

Barnets behov av omvårdnad kan också tillgodoses av andra, till exempel personalen i en bostad med särskild service eller personliga assistenter.

Föräldraskap innebär mycket mer än praktisk omvårdnad. I föräldraskapet ligger också att utveckla och behålla en livslång relation. Eftersom barn behöver föräldrar som kan utöva sitt fulla föräldraskap kan föräldrarna inte ägna all sin tid åt att vårda ett vårdkrävande barn. Det behöver också finnas tid för allt det andra som ingår i föräldraskapet och just därför behöver samhället ge stöd till föräldrar som har barn med omfattande funktionsnedsättning.⁵⁷

Vissa av insatserna i LSS avseende barn har dock ett dubbelt syfte som komplicerar tolkningen av vem som gynnas. Insatser begärs i barnets namn, men vänder sig många gånger till föräldrarna. I förar-

⁵⁶ Socialstyrelsen (2014). *Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Handbok för rättstillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser*, s. 88–89.

⁵⁷ Socialstyrelsen (2014). *Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Handbok för rättstillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser*, s. 89.

betena står att behov av avlösning för föräldrar bör kunna erhållas i form av avlösarservice och korttidsvistelse enligt den nya lagen.⁵⁸ Korttidshem och avlösning kan vara nödvändiga för att föräldrarna ska avlastas och få möjlighet till vila och umgänge med eventuella syskon. Indirekt gynnas barnet genom att det på så sätt får pigga föräldrar som orkar med vardagen.⁵⁹ Utifrån ett barnperspektiv kan en insats beviljas ett barn med funktionsnedsättning för att dess syskon ska gynnas.

⁵⁸ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 65.

⁵⁹ *Barnperspektiv i LSS-handläggning – En aktgranskning*, FOU Södertörns skriftserie nr 115/13 (2013), s. 20.

8 Föräldraansvaret i praktiken

I kapitel 7 har beskrivits vad som styr tillämpningen av föräldraansvaret och att principen om föräldraansvar grundar sig i att alla föräldrar enligt föräldrabalken har ett ansvar för omsorg om sina barn. I detta kapitel går vi vidare till att beskriva föräldraansvaret i praktiken. Vi beskriver föräldraansvarets tillämpning, vilka problem som finns vid tillämpningen, hur barn med funktionsnedsättning och deras föräldrar upplever avdraget för föräldraansvaret, och vad det innebär att vara förälder till ett barn med funktionsnedsättning. Kapitlet avslutas med våra slutsatser om avdraget för föräldraansvaret.

8.1 Statistiken om föräldraansvaret är bristfällig

Det finns ingen statistik över hur stora avdrag som görs med hänvisning till föräldraansvaret, varken vad gäller beslut om personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken. Antaganden om föräldraansvarets storlek får därmed göras från befintlig statistik över antal beviljade timmar i kombination med kunskap om bedömningen från handläggare.

I Socialstyrelsens lägesrapport från år 2020 anges att det i oktober 2018 totalt var 5 090 barn och unga i åldern 0–22 år som var beviljade personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken. Av dessa var 1 605 beviljade kommunalt finansierad personlig assistans enligt LSS och 3 485 beviljade assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken.¹

¹ Socialstyrelsen (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020*, s. 74.

Tabell 8.1 Totalt antal barn och unga med personlig assistans

Totalt antal personer med beslut om personlig assistans enligt 9 § 2 LSS och assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken, uppdelat på lagrum, kön och ålder, oktober 2018

	Personlig assistans (9 § 2 LSS)		Assistansersättning enligt SFB	
	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
0–6 år	120	75	70	60
7–12 år	380	220	560	450
13–22 år	500	310	1410	935
Totalt	1 000	605	2 040	1 445

Källa: Socialstyrelsen (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020*, s. 74.

Försäkringskassan har i två rapporter från år 2020 redovisat detaljerad statistik över antalet barn med assistansersättning där det bland annat framgår hur många timmar med assistansersättning som barn i genomsnitt beviljas. År 2019 beviljades barn (0–18 år) i genomsnitt knappt 109 timmar per vecka.² Barn och vuxna har ungefär lika många timmar i grundläggande behov, i genomsnitt mellan 33 och 38 timmar per vecka, men barn beviljats färre antal timmar än vuxna för andra personliga behov.³ Antalet timmar för andra behov stiger med stigande ålder. Försäkringskassan skriver:

Eftersom föräldraansvaret avtar med barnets ålder är det rimligt att anta att de som är unga, 13–19 år, är beviljade mer tid för andra personliga behov än de som är 0–12 år. Om uppdelningen mellan barn och unga görs visar det sig att barn i åldern 0–12 år i genomsnitt beviljas 51 timmar per vecka för andra personliga behov. Motsvarande siffra för unga i åldern 13–19 år är 68 timmar per vecka.⁴

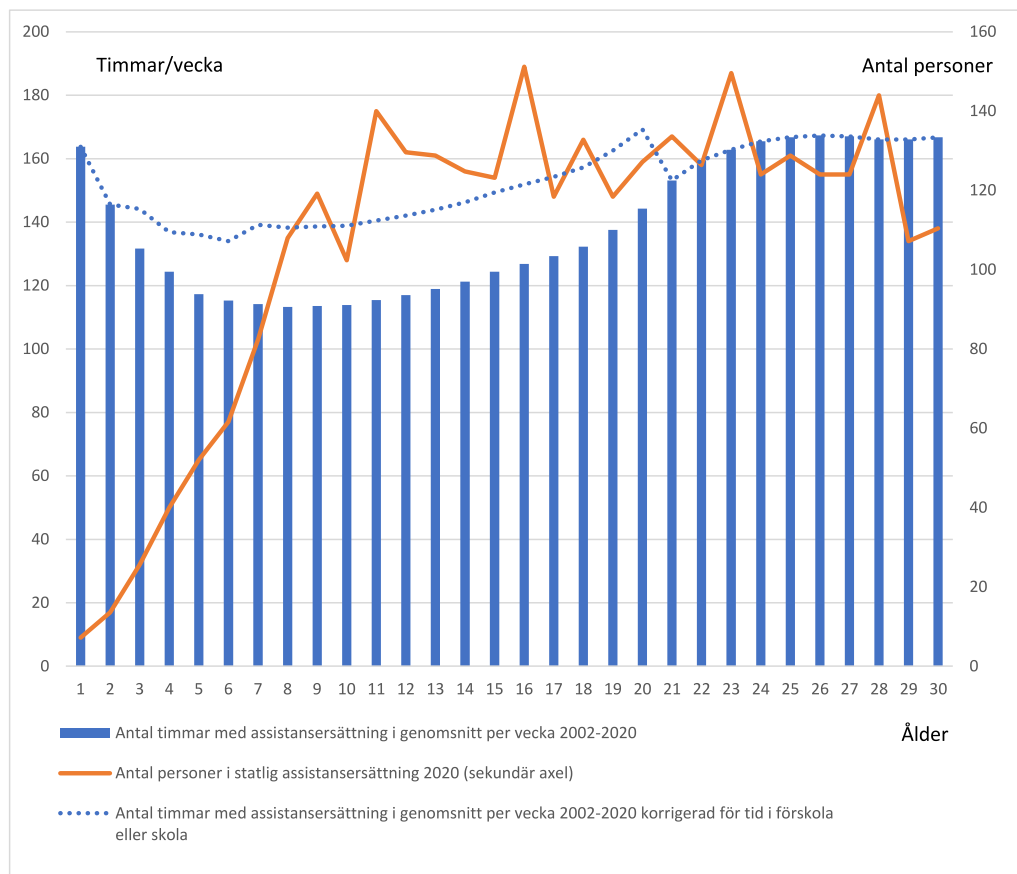
I figur 8.1 nedan illustreras föräldraansvaret genom beskrivande statistik över antal personer med assistansersättning och deras antal beviljade timmar i genomsnitt.

² Försäkringskassan (2020). *Rapport – Indikatorer för att följa utvecklingen av assistansersättningen*, s. 27.

³ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Indikatorer för att följa utvecklingen av assistansersättningen*, s. 33.

⁴ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Indikatorer för att följa utvecklingen av assistansersättningen*, s. 34.

Figur 8.1 Antal personer med assistansersättning och antal beviljade timmar i genomsnitt, per åldersgrupp



Källa: Statistik från Försäkringskassan, utredningens egna bearbetningar.

Det går att utläsa flera saker av figuren. Det går att se att antal barn med assistansersättning ökar med stigande ålder (den röda linjen i figur 8.1). Det är få små barn som har assistansersättning. Dock är de yngre barnen som är i försäkringen beviljade ett stort antal timmar, vilket indikerar att det är de barn som har riktigt stora behov som tidigt beviljas assistansersättning. Det går också att utläsa av figuren att barn beviljas ett lägre antal timmar än unga vuxna (de blå staplarna i figur 8.1), vilket troligtvis delvis speglar det avdrag som görs med anledning av föräldransvaret. Utöver avdrag för föräldransvar kan skillnaderna också bero på att assistansersättning inte utges när barnen är i förskola eller skola. Dock har barn fortfarande färre antal timmar assistansersättning i genomsnitt även om antal timmar i förskola eller skola adderas (den prickiga linjen i figur 8.1).

8.2 Exempel på tillämpning av föräldraansvaret

I vår utredning har kommit fram att när ett barns behov av assistans utreds uppskattas många gånger omfattningen i tid för varje behov var för sig.⁵ Detta innebär att det i varje enskilt moment bedöms vad som normalt för en förälder att hjälpa sitt barn med. Om varje jämförelse görs på ett restriktivt sätt så kommer det totala föräldraansvaret bli omfattande.

I ett beslut från en kommun gällande ett fyraårigt barn med omfattande funktionsnedsättningar finns följande exempel:

- Dusch
Föräldrar yrkar på 4×20 minuters hjälp med anledning av kräkningar och spasticitet.
Kommunen anser att så många tillfällen inte kan behövas samt att barn i denna ålder normalt behöver hjälp med dusch. Kommunen beviljar hjälp med 1×10 minuter per dag.
- Avtvättning
Föräldrar yrkar på 1 timmes hjälp per dag med anledning av kräkningar.
Kommunen anser att avtvättning är normalt föräldraansvar men att ansvaret går utöver det normala med 5 minuter per dag.
- Toalettbesök
Föräldrar yrkar på 11×10 minuters hjälp per dag med anledning av frekventa blöjbyten.
Kommunen hänvisar till 1177 Vårdguiden där det står att en del barn slutar med blöja vid 2 års ålder men att vissa barn inte slutat med blöja i 4-årsåldern. Blöjbyten för 4-åringar anses därmed ingå i det normala föräldraansvaret. Dock finns medicinska underlag som styrker problem med diarréer varvid kommunen beviljar hjälp med 3×5 minuter per dag.

Kommunen specificerar på detta sätt varje enskilt behov i sitt beslut. Beslutet är totalt på 14 sidor. Bara för de tre behov som nämns här är skillnaden mellan föräldrarnas yrkande och kommunens beviljande 220 minuter per dag. Det sammantagna föräldraansvaret i detta

⁵ Vi har gjorts uppmärksamma på denna typ av tillämpning från flera brukarorganisationer samt i intervjuer. Vi har också sett flera exempel på när detta inträffat.

beslut är tidsmässigt mycket omfattande. Det finns enligt vår mening tre huvudsakliga problem i den typ av beslut som beskrivits ovan.

För det första tas i ovanstående exempel från verkligheten ingen hänsyn till den sammanlagda effekten av föräldraansvaret. Det görs inte någon bedömning av huruvida den sammanlagda effekten av föräldraansvaret är skälig. Det görs inte heller någon helhetsbedömning av om den tidsmässiga omfattningen av hjälpbehovet är rimlig utifrån barnets funktionsnedsättningar. Att hänsyn inte tas till den sammantagna effekten och att helhetsbedömningar inte görs är omständigheter som vi fått beskriva av många organisationer och företrädare.

För det andra görs jämförelsen med barn som befinner sig i yttersta spannet i normalfördelningen. I ovanstående exempel hänvisar kommunen till 1177 Vårdguiden vad gäller information om barns användning av blöjor. De skriver att en del barn slutar med blöja vid 2 års ålder men att vissa barn inte slutat med blöja i 4-årsåldern. Jämförelsen görs sedan med det barn som behöver mest hjälp i normalspannet. Ett barn som följer normal utveckling kommer dock inte att behöva maximalt med hjälp i varje enskilt hjälpbehov. Om jämförelserna genomgående görs på detta sätt blir föräldraansvaret omfattande. Flera av de brukarorganisationer som deltagit i de hearings vi anordnat har påtalat att bedömningarna ofta görs på detta sätt.

För det tredje tas i ovanstående exempel ingen hänsyn till föräldrarnas kapacitet eller syskons behov. Barnet i ovanstående exempel har syskon. Den tid som föräldrarna har till förfogande för dessa syskon är dock inget som ges betydelse vid bedömningen. Inte heller tas hänsyn till om föräldrarna själva har nedsatt kapacitet med anledning av exempelvis sjukdom.⁶ Nuvarande lagstiftning ger heller inte utrymme att ta hänsyn till varken föräldrarnas kapacitet eller syskons behov.

8.3 Handläggare och beslutsfattare tycker att det är svårt att tillämpa principen om föräldraansvar

I vår utredning har vi ställt frågor om tillämpningen av föräldraansvaret till personer vid kommuner och på Försäkringskassan som handlägger eller fattar beslut i ärenden om personlig assistans och assistansersättning. Den bild som vi fått har varit samstämmig. Den

⁶ Intervjuer med handläggare vid Försäkringskassan den 20–21 oktober 2020.

generella upplevelsen hos de som fått frågan har varit att det är svårt att i enskilda ärenden göra en bedömning av hur stort avdrag som ska göras för föräldraansvar. Rättspraxis och de myndighetsinterna vägledningar som finns anses inte ge tillräckligt stöd för bedömningen. Den övergripande bild som vi fått är att:

- det är svårt att veta vad som är normalt,
- det är svårt att veta hur bedömningen ska göras och vad som ska beaktas,
- det görs olika tolkningar av vad föräldraansvaret innebär.

I våra samtal med handläggare beskriver de att det är svårt att veta vad föräldrar ska förväntas hjälpa sina barn med i en viss ålder eftersom alla barn är unika och utvecklas olika. Handläggare söker stöd för bedömningen där sådant stöd går att få, och vid bedömningen av föräldraansvaret utgår man till exempel från allmän information från 1177 Vårdguiden och rekommendationer från tandvården. Många gånger blir det också så att man utgår från sina egna barn, andras barn eller den bedömning som man gjort i det förra beslutet.

Flera framhöll att det kan vara svårt att veta vad man ska utgå från vid bedömningen, om man ska utgå från den tid som behövs för att ge hjälp med ett visst behovsområde (mellanskillnaden) eller om man ska utgå från karaktären av behovet. Det uppgavs till exempel vara vanligt att en femåring behöver hjälp vid toalettbesök men inte vid blöjbyten. Man frågade sig då om man kan likställa blöjbyte med toalettbesök. Ett annat exempel som gavs var matning – att en fyraåring kanske ofta kan äta själv men däremot inte kan sitta själv vid matbordet. Ytterligare ett exempel handlade om medicinering till ett barn i sexårsåldern. Man frågade sig då om det spelar någon roll hur medicinen ges, om det är tiden eller momentet som ska beaktas. En person uppgav också att det förekommer att man hänvisar till att det är normalt att följa med sin fyraåring till läkaren, men att man inte alltid tar hänsyn till hur många gånger det handlar om per vecka. Det beskrevs att det finns olika inställningar när det gäller om man ska titta på tidsåtgången eller om man ska titta på om det är ett hjälpbehov som är av en annan karaktär än vad som är vanligt.

Handläggarna beskrev också att mer vägledning finns för de yngsta och de äldsta barnen och att bedömningen av föräldraansvaret var svårast att göra för barn mellan cirka 2 och 12 år. Det beskrevs

vara särskilt svårt att bedöma föräldraansvaret för barn som är äldre än 9 år men yngre än 12 år.

Föräldraansvaret för tillsyn och tid mellan punktinsatser anses också vara svårt att bedöma eftersom föräldrar behöver vara på plats även för barn utan funktionsnedsättning, men inte på samma sätt. Föräldrar till barn utan funktionsnedsättning brukar samtidigt som de har tillsyn kunna se på TV, läsa en bok eller prata med en kompis. Informella riktlinjer har därför skapats till hjälp för tillämpningen, en handläggare beskrev att:

Avdraget för en sjuåring är generellt en timme per vardag eller två timmar per helgdag. Men det kanske är något som vi kommit överens om i vår arbetsgrupp.

Vad gäller andra personliga behov beskrev handläggarna att avdrag görs upp till 18 år. De beskriver dock att det finns ett stort spann för vad som anses som normalt. Fritidsaktiviteter bedöms och tidsätts. Viss tid räknas av för tillsyn eftersom föräldrar anses ha ett ansvar för att umgås och vara med sitt barn. Handläggarna ser bland annat till tid som man ändå spenderar med sin familj, till exempel äter middag ihop, ser på tv och spelar spel.

De handläggare vi pratat med på Försäkringskassan ser också en förändring i tillämpningen över tid. De beskriver att barn som får assistansersättning i dag har väldigt stora stödbehov. Flera upplever att det tidigare var en lite generösare bedömning för grundläggande behov. Handläggarna drar slutsatsen att praxis snarare riskerar att leda till för strikta bedömningar av assistansen än för generösa.

Handläggare både vid kommuner och vid Försäkringskassan är medvetna om att det är svårt att göra enhetliga bedömningar av storleken på avdrag för föräldraansvar och att bedömningarna kan skilja mellan handläggare. De tycker också att det kan vara svårt att motivera bedömningen och att förklara den bedömning som gjorts.

De som vi tillfrågat i både kommun och vid Försäkringskassan har alla uttryckt att det finns ett behov av ökad tydlighet och mer stöd för bedömningen av föräldraansvaret. Det har exempelvis uttryckts att det hade varit bra med ett standardiserat avdrag som utgick från barnets ålder. Flera har efterfrågat ett ”normbarn” med tidsatta stödbehov att utgå från vid bedömningen.

Även andra undersökningar har gjorts av tillämpningen av föräldraansvaret. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) genomförde

år 2014 en granskning som syftade till att undersöka hur Försäkringskassan tar hänsyn till föräldraansvaret vid bedömning av rätten till assistansersättning för barn.⁷ I granskningen fann ISF att Försäkringskassans bedömningar av föräldraansvaret varierade och att det hos handläggarna fanns tydliga skillnader i utgångspunkten av bedömningen. Det förekom till exempel att handläggare utgick från egna eller kollegers erfarenheter av vad barn i en viss ålder klarar av, utöver den praxis som då fanns på området. ISF konstaterade att det saknades verktyg för att säkerställa en enhetlig och rättssäker tillämpning av principen om föräldraansvar i assistansersättningen. Sedan ISF:s granskning genomfördes har Försäkringskassan upprättat och uppdaterat ett antal dokument i syfte att ge stöd i handläggningen i enskilda ärenden som rör assistansersättning för barn (se avsnitt 7.4.1). Försäkringskassan har även år 2014, tillsammans med en specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri samt en psykolog, tagit fram en utbildning *Barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar*, som ska fungera som stöd för handläggarna i deras handläggning.

I en annan undersökning som genomfördes år 2013 granskades 56 LSS-akter från åtta kommuner i Stockholms län.⁸ Gemensamt för de granskade akterna var att de innehöll begreppet föräldraansvar. Granskaren ställde sig bland annat frågan vad normalt föräldraansvar syftar på och i rapporten beskrevs bland annat följande:

I ansökningar om personlig assistans hänvisas handläggarna ofta till det normala föräldraansvaret [...] I utredningarna avseende vad som ingår i det normala föräldraansvaret gör handläggaren jämförelser med vad barn utan funktionsnedsättningar kan klara av. Det framgår dock inte av materialet varifrån denna kunskap är hämtad. Ett exempel är en sexårig pojke som föräldrarna anser behöver hjälp med personlig hygien. Handläggaren skriver: "Personlig hygien klarar inget barn i XX:s ålder på egen hand." Vidare skriver handläggaren: "Klä av och på sig, behöver barn i den åldern också hjälp med." Likaså skriver en annan handläggare: "Full tillsyn av ett barn i 3–4 årsålder vid utomhusvistelse bedömer handläggaren omfattas av ett föräldraansvar. Att ett barn i 3–4 års ålder vägrar att följa med och t ex inte vill gå till dagis får anses falla inom ramen för åldersadekvat beteende."

Utifrån vad som kommit fram vid aktgranskningen konstaterades i rapporten bland annat att normalt föräldraansvar bygger på en före-

⁷ Inspektionen för socialförsäkringen (2014). Rapport 2014:6 *Vad är normalt? – Föräldraansvaret i assistansersättningen*.

⁸ *Barnperspektiv i LSS-handläggning – En aktgranskning*, FOU-Södertörns skriftserie nr 115/13 (2013), s. 30.

ställning om vad en förälder till ett barn utan funktionsnedsättning antas klara av. Det kan avse omvårdnad och hygien men också att ombesörja en meningsfull fritid och ge förutsättningar för umgänge. I rapporten konstateras att hänvisningar till vad som krävs av föräldrar till barn i en viss ålder ofta är vagt underbyggda, liksom hur tidsåtgången för vissa omsorgsuppgifter är framräknade. I rapporten slogs fast att det finns en risk att handläggarens egna erfarenheter får allt för stort utrymme.

8.4 Föräldrar och barn tycker att för stora avdrag görs och att tillämpningen är godtycklig

I vår utredning har vi också ställt frågor om föräldraansvaret till de som är berörda av besluten. Vi har intervjuat två unga vuxna som beskrivit sina erfarenheter av att ha varit barn med funktionsnedsättning. Vi har också genomfört intervjuer med föräldrar till barn med funktionsnedsättning och med brukarorganisationer.

8.4.1 Barns upplevelse av föräldraansvaret

I samtal som vi hade med unga assistansanvändare om deras erfarenheter av att vara barn med assistans framkom flera viktiga aspekter. Den personliga assistansen ansågs vara viktig:

Assistansen är det närmaste 100 % självständig jag kan bli med mitt funktionshinder.

De var ense om att deras föräldrar varit mer engagerade i deras liv än vad de själva hade önskat, vilket enligt dem hade fått två konsekvenser. För det första handlar det om deras egen självständighet. Det blir en speciell relation mellan förälder och barn när man är beroende av sina föräldrar. De två unga vuxna uttryckte hur svårt det är att vara beroende av sina egna föräldrar:

Till exempel när man precis bråkat och behöver hjälp – då blir det väldigt svårt ...

Håller med! Om man har grälat vill man inte be om hjälp. Och man vill inte hänga med sina föräldrar dygnet runt.

För det andra handlar det om föräldrarnas ork och mående. Upplevelsen var att föräldrarna arbetat mer än de velat göra och att de fått täcka upp när assistansen inte är tillräcklig:

Det är bättre stämning hemma när assistansen är tillräcklig

De ansåg också att tillämpningen av föräldraansvaret gjort deras situation än mer problematisk. En av personerna uttryckte att eftersom hen fortfarande bodde hemma så ansåg den beslutande myndigheten att föräldrarna borde ta ansvar för en del av omsorgen. Detta ansågs problematiskt eftersom hen vill få ta eget ansvar. De konstaterar att föräldraansvaret påverkar så länge man bor hemma. Erfarenheten var att fler timmar assistans beviljas när man flyttar hemifrån.

8.4.2 Föräldrars upplevelse av föräldraansvaret

I de intervjuer som vi gjort med föräldrar till barn med funktionsnedsättning och med brukarorganisationer berättas om godtyckliga bedömningar. Föräldrarna beskriver en önskan om att avdraget för föräldraansvaret ska regleras tydligt så att olika kommuner och handläggare inte ska kunna göra olika bedömningar. Den upplevelse som har beskrivits är också att det avdrag som görs för föräldraansvar är allt för stort och att det leder till att barnets rätt till assistans begränsas alltför mycket. En förälder uttrycker sig så här:

I andra kommuner så hade barn likt [*namn*] fått assistans dygnet runt aktiv tid. Det är så fritt tolkningsspann mellan kommunerna att de kan tolka det som de vill. Jag förstår inte hur de kan krypa undan i de små hål som finns. Tolkningen kring föräldraansvaret blir för vid.

De poängterar också att ett faktiskt föräldraansvar inte endast kan räknas i de timmar och minuter det tar att hjälpa barnet – det handlar också om vad som behöver göras rent praktiskt.

I den enkät vi gjort bland assistansanvändare kan konstateras att det finns föräldrar som tycker att det är rimligt att ett avdrag för föräldraansvar görs (tabell 8.2). Det är få som svarat på denna fråga

varvid inga generella slutsatser kan dras men det kan konstateras att det inte enbart är nekande svar på frågan.

Tabell 8.2 Tycker du att det är rimligt att det görs ett föräldraavdrag?

	Ja	Nej	Totalsumma
Yngre än 2 år		1	1
2–5 år		1	1
6–11 år	3	6	9
12–18 år	2	13	17
Äldre än 18 år	4	36	75
Totalsumma	9	57	103

Källa: Utredningens enkät till assistansberättigade.

I de djupintervjuer som vi genomfört bekräftas att föräldrar vill ta ansvar för sina barn. Flera har både barn med och utan funktionsnedsättningar, varvid de spontant gör jämförelser över vilket ansvar som krävs för de olika syskonen. De konstaterar att orimligt mycket ansvar utkrävs från dem som föräldrar.

Vi kan också konstatera att det förekommer att avdrag för föräldraansvar gjorts även bland assistansanvändare äldre än 18 år. I de fritextsvar som hör till dessa svarande kan konstateras att avdrag gjorts med anledning av att den assistansberättigade bor hemma hos sina föräldrar. Det kan vara så att avdraget speglar det faktum att man antas dela på hushållssysslor när man är flera vuxna som delar hushåll, de svarande har dock uppfattat det beslut som de fått som att avdraget är ett föräldraansvarsavdrag.

8.5 Att vara förälder till barn med funktionsnedsättning

Situationen för föräldrar till barn med funktionsnedsättning sammanfattas kort i detta avsnitt.

8.5.1 Föräldrar till barn med funktionsnedsättning tar ett stort ansvar

I Socialstyrelsens handbok *Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning*⁹ framhålls situationen för föräldrar till barn med funktionsnedsättning. Där beskrivs bland annat den känslomässiga omställning som det kan innebära att bli förälder till ett barn med funktionsnedsättning. Detta samtidigt som en mängd praktiska frågor behöver lösas och nya kontakter ska tas för att få vardagslivet att fungera. Det beskrivs att vardagen påverkas starkt och att beroendet av professionella kan bli stort. Föräldrarna ska också hantera det svåra dilemmat att stötta sitt barn i utveckling och frigörelse samtidigt som det finns ett behov av att skydda barnet i olika situationer. Socialstyrelsen beskriver att barn med funktionsnedsättning ofta är beroende av föräldrarnas stöd i fler situationer och ofta under längre tid i livet än jämnåriga, vilket innebär ett slags utökat föräldraskap som bland annat kan medföra att se till att barnet får de insatser barnet behöver för sin utveckling och hälsa. För det krävs att föräldrarna känner till vilka insatser som finns, vad dessa innebär och vart de ska vända sig för att få sina och barnets behov tillgodosedda. Att samordna alla kontakter och förmedla information till berörda är en annan uppgift. Många föräldrar är utmattade och oroar sig för att de till slut inte orkar ta hand om sina barn.¹⁰ I Socialstyrelsens kunskapsstöd *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning* konstateras att barns tillgång till stöd i dag är alltför beroende av föräldrarnas resurser att hitta och söka sådant, vilket riskerar att leda till en ojämlig tillgång på vård, omsorg och stöd.¹¹

⁹ Socialstyrelsen (2020). *Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Handbok för rättstillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser*.

¹⁰ Socialstyrelsen (2020). *Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Handbok för rättstillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser*.

¹¹ Socialstyrelsen (2017). *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning – Kunskapsstöd om samordnad information, gemensam planeringsprocess och praktiskt stöd*, s. 9.

I sin fördjupande text *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'* (Bilaga 3) skriver Anna Bruce att:

En förälder till ett barn *med* funktionsnedsättning kan svårigen antas ha samma sammantagna bild av vad som krävs för att räcka till gentemot barnet, syskon och sig själv som en förälder till ett barn *utan* funktionsnedsättning har. Detta inte minst då den senare kategorin föräldrar har tillgång till allmänna system av samhällsservice (tillgängliga utan ansökningar, processer och överbryggande av otillgänglighet) som underlättar arbete, familjeliv och allt därutöver. Detta är service som föräldrar till barn med funktionsnedsättning många gånger inte kan nyttja. När analyser likt den av 'föräldraansvar' utgår från normen (föräldraskap för ett barn utan funktionsnedsättning) i sin analys av behov kopplade till föräldraskap för ett barn med funktionsnedsättning blir resultatet en missvisande bild.¹²

I forskningsantologin *Forskning om personlig assistans* skriver Anna Karin Axelsson och Jenny Wilder att i vardagen ställs familjen inför många utmaningar i strävan efter att hjälpa sitt barn. Det kan till exempel handla om barnets medicinska problem, men också om problem som orsakas av hinder som kan relateras till samhället. Detta tar tid och energi.¹³ Delar av livet, som för andra är privata, kan för barn och ungdomar med funktionsnedsättning och deras familjer behöva synliggöras och berättas för många människor, inte bara vid ett tillfälle utan gång på gång.¹⁴

Och, finns det syskon till barnet behöver föräldrarna också finnas till för dem.¹⁵ Syskonen har status som egna rättighetsbärare, i den mån de är just barn. Syskon och vårdnadshavare har också ett skydd under FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.¹⁶

¹² Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 71.

¹³ Wilder, J., Axelsson, A.K., *Personlig assistans i familjen för barn och ungdomar med omfattande funktionsnedsättningar, Forskning om personlig assistans – en antologi*, Red. Altermark, Knutsson, Svensson Chowdhury (2018).

¹⁴ Socialstyrelsen (2020). *Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Handbok för rätts-tillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser*, s. 51.

¹⁵ Wilder, J., Axelsson, A.K., *Personlig assistans i familjen för barn och ungdomar med omfattande funktionsnedsättningar, Forskning om personlig assistans – en antologi*, Red. Altermark, Knutsson, Svensson Chowdhury (2018).

¹⁶ Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 91.

8.5.2 Situationen kan ha stor påverkan på föräldrars hälsa och familjens ekonomiska förutsättningar

Att vara förälder till ett barn med funktionsnedsättning kan påverka föräldrarnas egen hälsa och möjlighet att förvärvsarbeta. I sin handbok *Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning* anger Socialstyrelsen bland annat

Att ha ett barn med funktionsnedsättning kan medföra få tillfällen till egen tid eller få möjligheter att upprätthålla sociala kontakter. Även om barnet är välkommet och älskat kan det vara svårt att få vardagen att fungera. Föräldrarna behöver ofta hantera såväl känslomässiga som praktiska och relationsmässiga situationer. Den extra stress som detta innebär kan i sin tur minska orken hos föräldrarna. Orken räcker till exempel inte alltid till för att ge syskon den uppmärksamhet som de behöver. Inte sällan har föräldrarna hälsoproblem som stress, belastningssmärter och sömnproblem på grund av den rådande situationen. Social isolering och stress på grund av barnets beteendeproblematik samt sömnrubbingar är starka riskfaktorer för föräldrars ohälsa.

Föräldrar till barn med funktionsnedsättning har i högre grad olika somatiska och psykiska besvär, främst ångest, huvudvärk och sämre minne jämfört med övriga föräldrar. Kvinnor som lever med barn med funktionsnedsättning anger i högre grad dålig självskattad hälsa jämfört med kvinnor som lever med barn utan funktionsnedsättning. Föräldrar till barn med funktionsnedsättning rapporterar också i högre grad depressiva symtom och stigma samt lägre grad av självkänsla och socialt stöd.

Det är inte ovanligt att föräldrar går ner i arbetstid, byter arbete eller själva arbetar som assistent till sitt eget barn för att få tid till allt det som behöver göras i förhållande till barnet. Förvärvsfrekvensen är lägre för föräldrar, särskilt för mammor, som har barn med funktionsnedsättning, något som påverkar den ekonomiska situationen både på kort och på lång sikt.¹⁷

ISF har tidigare visat att föräldrar till barn med funktionsnedsättning har större sjukfrånvaro och ett lägre arbetsutbud än andra föräldrar.¹⁸

Även Riksrevisionen har påpekat att föräldrar till barn med funktionsnedsättningar bär ett tungt samordningsansvar. Det beskrivs att detta är en belastning som kan vara en bidragande orsak till att de

¹⁷ Socialstyrelsen (2020). *Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Handbok för rätts-tillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser*, s. 52.

¹⁸ Inspektionen för socialförsäkringen (2013). Rapport 2013:18 *Värdbidrag och framtida inkomster. De långsiktiga ekonomiska konsekvenserna av att få barn med särskilda behov*.

är sjukskrivna i större utsträckning och har svårare att hävda sig på arbetsmarknaden än andra föräldrar.¹⁹

Sammanfattningsvis bekräftar aktuella rapporter den bild vi fått från föräldrar och organisationer. Föräldrar till barn med omfattande funktionsnedsättningar har, och tar, ett stort ansvar. Om detta ansvar är för stort i relation till föräldrarnas möjligheter får det konsekvenser för föräldrarnas hälsa, arbetsutbud och ekonomi.

8.6 Vad får barn som inte får personlig assistans för annat stöd?

I Socialstyrelsens lägesrapport *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning* år 2020 beskrivs att det skiljer mellan olika åldrar avseende vilka insatser som det är vanligast att få:

- i åldersgruppen 0–12 år är korttidsvistelse, avlösarservice och personlig assistans de vanligaste insatserna enligt socialtjänstlagen och LSS,
- i åldersgruppen 13–22 år är de vanligaste insatserna korttidsvistelse, daglig verksamhet och kontaktperson.²⁰

I lägesrapporten undersökte Socialstyrelsen även vilka insatser enligt LSS som beviljats de personer vars beslut om statlig assistansersättning upphört mellan 1 januari 2017 och 30 juni 2018. Analyserna visar att majoriteten av dessa personer beviljats kommunal personlig assistans. Barn och unga har också beviljats insatser enligt socialtjänstlagen och LSS såsom korttidsvistelse och avlösarservice. Några få barn har beviljats boende för barn. Ett fåtal barn hade varken beviljats insatser enligt socialtjänstlagen, LSS eller fått assistansersättningen åter.²¹

I lägesrapporten anges att det är svårt för kommunerna att hitta insatser för barn som kan tillgodose de behov som tidigare tillgodosågs genom personlig assistans. Närmare hälften av de barn som inte får personlig assistans på grund av förändrad rättspraxis får i stället

¹⁹ Riksrevisionen (2011). *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Ett (o)lösligt problem*, s. 11 och 37 ff.

²⁰ Socialstyrelsen (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020*, s. 22.

²¹ Socialstyrelsen (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020*, s. 76.

avlösarservice. Socialstyrelsen framhåller att avlösarservice har till syfte att avlasta närstående och att insatsen ger barnet sämre möjlighet till självständighet och delaktighet än vid personlig assistans. Det konstateras också att rättspraxis till viss del har inneburit ökad vistelse utanför föräldrahemmet för barn med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen uppger att tillämpningen på sikt riskerar att få konsekvenser för barns möjlighet att växa upp i föräldrahemmet om föräldrar och barn inte får tillräckligt stöd för att möjliggöra ett liv hemma för barnet.²²

8.7 Tillämpningen av föräldraansvaret får konsekvenser för barn med funktionsnedsättning

Mot bakgrund av det som framkommit i utredningen och som har beskrivits i kapitel 7 och 8 drar vi slutsatsen att

- det i dag finns dåliga förutsättningar för en rättssäker tillämpning av föräldraansvaret och
- att barn med nuvarande tillämpning av föräldraansvaret kan riskera att få mindre assistans än vad som motsvarar deras behov.

8.7.1 Det finns i dag dåliga förutsättningar för en rättssäker tillämpning av föräldraansvaret

Principen om föräldraansvar ska beaktas i alla ärenden som rör personlig assistans och assistansersättning till barn och tillämpningen har stor betydelse för barns tillgång till insatsen. Principen har också tillämpats i stort sett sedan insatsen infördes i LSS. Trots detta finns det relativt lite vägledning i författning, förarbeten och rättspraxis om hur föräldraansvaret i det enskilda fallet ska tillämpas och vad som ska beaktas vid bedömningen.

I lag och förarbeten framgår att ett avdrag ska göras och att en jämförelse ska göras med vad som är normalt för ett barn i motsvarande ålder. I rättspraxis har vissa åldersgränser för olika grundläggande behov angivits och det har framkommit att det i vissa speciella fall är möjligt att helt avstå från att göra ett avdrag för föräldraansvar.

²² Socialstyrelsen (2017). *Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet – En analys av hur kommuner och brukare påverkas*, s. 7 f.

Sammantaget kan dock konstateras att den vägledning som ges i praxis är på en generell nivå och att det är tydligt att den rättspraxis som finns inte är tillräcklig för att uppnå full rättssäkerhet i den praktiska tillämpningen.

I syfte att underlätta bedömningarna har de beslutsfattande myndigheterna tagit fram olika interna stödjande dokument. Försäkringskassan har fått en viss praxisskapande roll på så sätt att dess interna vägledande dokument kommit att användas som bedömningsstöd även i vissa av landets kommuner. Försäkringskassans vägledning är dock inte bindande och det förekommer också att kommuner har tagit fram egna riktlinjer. Det kan här också konstateras att bestämmelserna om föräldraansvaret är desamma i både LSS och socialförsäkringsbalken och att det därmed inte finns något sakligt skäl till att de beslutsfattande myndigheterna ska tillämpa olika riktlinjer för sina bedömningar. Vidare, även om interna vägledningar kan bidra till en ökad enhetlighet inom den ifrågavarande myndigheten, är det som anges i dessa stöddokument inte bindande för tillämpningen i stort och de utgör därmed inte någon garanti för en ökad rättssäkerhet på en övergripande nivå. Utifrån vad vi har sett i vår utredning kan vi också konstatera att den vägledning som ges i de myndighetsinterna stöddokumenterna inte är tillräcklig för att fullt ut uppnå enhetlig tillämpning ens inom den myndighet som vägledningen gäller.

Det kan också konstateras att de källor som i dag finns för vägledning bara anger ett ramverk för när ett avdrag för föräldraansvar ska göras och att det ofta saknas stöd i fråga om hur stort ett faktiskt tidsmässigt avdrag ska vara. När det gäller denna fråga är handläggarna fortfarande i stor utsträckning hänvisade till att utgå från egna eller kollegers erfarenheter om vad barn i en viss ålder klarar av eller hur lång tid det tar att hjälpa ett barn i en viss ålder med ett moment.

Sammantaget visar tidigare undersökningar och de intervjuer vi genomfört att handläggarna har en väldigt svår uppgift när det handlar om att tillämpa principen om föräldraansvar i den personlig assistansen och assistansersättningen. Vi bedömer att det som huvudsakligen försvårar en enhetlig tillämpning av föräldraansvaret i dag är:

- otillräcklig vägledning i fråga om den tidsmässiga omfattningen av föräldraansvaret,
- otillräckligt stöd ifråga om metod för tillämpning av föräldraansvaret,

- att det är otydligt hur föräldraansvaret förhåller sig till att stödbehovet enligt 9 a § första stycket LSS ska bero på funktionsnedsättningen.

I våra intervjuer med så väl handläggare som föräldrar framkommer att föräldraansvaret som begrepp är oklart. Det finns en svårighet att begreppsmässigt skilja på det avdrag som ska göras från assistanstimmarna och det ständiga ansvar föräldrar har för sina barn. Man kan försöka konkretisera denna begreppsförvirring med följande exempel. Om ett barn väcker sin förälder mitt i natten med anledning av en mardröm så anser de flesta att föräldern har ansvar för att barnet somnar igen. Att få barnet att somna om på natten är normalt föräldraansvar. Detta är dock inte samma sak som att det går att inkludera alla nattliga uppvaknanden i det normala föräldraansvaret och att timmar på natten aldrig kan ligga till grund för rätt till assistans för ett barn.

Att begreppet inte är klart kan leda till att det också är svårt att uttrycka vad avdraget står för. I den enkät vi genomfört var det endast 42 procent som visste vad avdraget avsåg. Att inte förstå vad avdrag har gjorts för har även betydelse för den enskildes möjlighet att få en objektiv förståelse för beslutet och medför också det kan vara svårt för den enskilde att förutse utfallet av bedömningen.

Det är enligt vår mening uppenbart att de rättssäkerhetsproblem som tidigare undersökningar har visat på fortfarande kvarstår. Bristande rättssäkerhet är ett problem bland annat eftersom det är svårt för den enskilde att förutse vad bedömningen kommer att bli eller vad en eventuell efterföljande domstolsprövning kommer att resultera i. Det kan också leda till att den enskildes möjlighet att få personlig assistans beror på var i landet som hen bor eller vilken handläggare, beslutsfattare och domstol som hanterar ärendet. Det kan också leda till att den enskildes möjlighet att få personlig assistans blir alltför beroende av vilka förutsättningar den enskilde har att i praktiken driva ett ärende vidare genom instanserna – något som kan antas utgöra en belastning på familjer som redan har en påfrestande situation.

Det är enligt vår mening en självklarhet att en princip som är av så stor betydelse för barns tillgång till en lagstadgad rättighet måste präglas av en hög grad av rättssäkerhet. Det kan också konstateras att de omständigheter som i dag utgör hinder för rättssäkerheten

inte är på detaljnivå utan att det handlar om frågor som är av grundläggande betydelse för hela tillämpningen och utfallet av principen om föräldraansvar. Mot den bakgrunden anser vi att en genomgripande förändring behövs för att ge förutsättningar för en tillämpning som är förutsägbar, transparent och enhetlig.

8.7.2 Det finns en risk att barn beviljas mindre assistans än vad som motsvarar deras behov

Mot bakgrund av vad vi sett i vår utredning drar vi också slutsatsen att det finns en risk för att dagens tillämpning av föräldraansvaret leder till att vissa barn beviljas färre assistanstimmar än vad som motsvarar deras behov av personlig assistans. I vissa fall riskerar även tillämpningen av föräldraansvaret att leda till att barn hamnar helt utanför assistansen trots att de har ett omfattande behov av stöd på grund av sina funktionsnedsättningar. Detta när deras behov av assistans för hjälp med grundläggande behov, efter avdrag för föräldraansvar, inte tidsmässigt bedöms nå upp till den omfattning som krävs. Effekterna av avdraget för föräldraansvaret är större för små barn där föräldraansvaret anses större. Effekten av föräldraansvaret avtar således med barnets ålder.

Ytterligare en reflektion vi gör avseende barns rätt till personlig assistans är att det inte bara är principen om föräldraansvar som påverkar barns möjligheter att få personlig assistans, utan att det är en sammantagen effekt av dagens tillämpning av de grundläggande behoven och en efterföljande tillämpning av föräldraansvaret.

I de fall som det avdrag som görs med anledning av föräldraansvar leder till att barn beviljas färre assistanstimmar än vad som motsvarar deras hjälpbehov eller till att barn i vissa fall hamnar helt utanför assistansen är det i strid med internationella konventioner enligt Anna Bruce i de fall annat ändamålsenligt stöd inte ges.²³

²³ Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*, s. 65 ff.

8.7.3 Principer som ska utgöra utgångspunkten för en förändring

Mot bakgrund av ovanstående analys av nuvarande tillämpning av föräldraansvaret drar vi slutsatsen att en förändring behövs. Vi vill för en förändring framhålla följande principer:

- barn som rättighetsbärare ska värnas,
- ett avdrag för föräldrars ansvar ska vara förutsägbart,
- ett avdrag för föräldrars ansvar ska vara lätt att tillämpa,
- ett avdrag för föräldrars ansvar ska endast inkludera det som föräldrar normalt gör (till exempel inte sköta avancerade livsuppehållande åtgärder),
- ett avdrag för föräldrars ansvar ska vara rimligt i relation till den tid som föräldrar har till sitt förfogande, och
- det måste finnas möjlighet till individuella hänsyn.

Vårt förslag om ett nytt sätt att ta hänsyn till föräldraansvaret finns i kapitel 11.

9 Ett förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser

Hur personer med omfattande funktionsnedsättningar ska få stöd med sjukvårdande insatser i sin vardag är en komplex fråga som påverkas av flera olika regelverk och som involverar många olika aktörer med skilda roller och ansvarsområden. Det rör regioner och kommuner som sjukvårdshuvudmän, Försäkringskassan och kommunerna som beslutsfattare rörande personlig assistans, kommuner som utförare av personlig assistans, privata vinstdrivande respektive icke-vinstdrivande anordnare av personlig assistans och egna arbetsgivare till personliga assistenter. I denna stora mångfald av aktörer med olika roller är det lätt att tappa fokus på det som är viktigast, nämligen personen med funktionsnedsättning som är i behov av ett tryggt och välfungerande stöd. Hen behöver kunna få ett sammanhållet och ändamålsenligt stöd utan att behöva kompromissa med sin trygghet och säkerhet och sin rätt till god vård. Stödet behöver också präglas av kontinuitet och självbestämmande. I vår utredning har vi sett att dessa kriterier i dag inte alltid uppfylls och vi anser att en förändring därför är helt nödvändig.

Vi bedömer vi att flera olika förändringar behövs för att personer som omfattas av personkretsen enligt LSS ska få ändamålsenligt stöd med sjukvårdande insatser. Vårt förslag består av tre huvudsakliga delar:

1. att öka tryggheten och säkerheten för den enskilde när hen behöver få hjälp med egenvård av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning. För att åstadkomma detta är det nödvändigt att tydliggöra både hälso- och sjukvårdens och utförarverksamheternas roller och ansvar vid egenvård.

2. ett generellt utökat krav på hälso- och sjukvården att ta särskilda hänsyn när vård ska ges till personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar.
3. att behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen¹ i vissa fall ska kunna beaktas vid bedömningen av rätten till personlig assistans.

Sammantaget bedömer vi att dessa förändringar kommer att bidra till att personer som tillhör personkretsen enligt LSS får stöd med sjukvårdande insatser (såväl enligt hälso- och sjukvårdslagen som i form av egenvård) på ett mer ändamålsenligt sätt än i dag.

9.1 En förändring behövs

Som framgått i kapitel 4 har vi i vår utredning kunnat konstatera att det finns betydande brister i fråga om hur personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar får stöd med sjukvårdande insatser i sin vardag. Vi bedömer att dagens system och regelverk inte bara misslyckas med att tillförsäkra dessa personer ett ändamålsenligt stöd utan att systemet och regelverket till och med motverkar detta. Sammantaget kan problemet beskrivas som att personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar många gånger är hänvisade till en mindre patientsäker hälso- och sjukvård än andra eftersom deras alternativ är att begränsas i sina möjligheter att leva sitt liv och delta i samhället på samma villkor som andra. Detta är givetvis en oacceptabel situation.

Problemet består av tre samverkande delar:

- patientsäkerheten är lägre vid egenvård än vid sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen,
- egenvård är en förutsättning för personlig assistans, och
- personlig assistans är den enda insats som garanterar att den enskilde får ett sammanhållet och flexibelt stöd.

¹ Uttrycket *sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen* används i detta sammanhang för att särskilja detta från åtgärder som utförs som egenvård, eftersom det är detta begrepp som används inom den personliga assistansen. Detta är dock inte något vedertaget begrepp inom hälso- och sjukvården. Det som avses är hälso- och sjukvårdsåtgärder som inte har bedömts kunna utföras som egenvård och som därmed oförändrat omfattas av sjukvårdshuvudmannens ansvarsområde.

I vår utredning har vi kunnat se att komplexa sjukvårdande insatser många gånger ges i form av egenvård inom ramen för verksamhet som bedrivs enligt LSS i stället för att utföras som hälso- och sjukvård under en vårdgivares ansvar. Insatserna ges då med en lägre grad av patientsäkerhet än vad som normalt är fallet när någon behöver hjälp med sjukvårdande insatser av en person som gör detta som en del i sin yrkesutövning (exempelvis en sjuksköterska inom hemsjukvården). Det beror bland annat på att utförandet av egenvård sker utanför hälso- och sjukvårdens system för kvalitet, patientsäkerhet och ansvar. Många gånger utförs dessutom insatserna av personal som saknar grundläggande medicinsk utbildning. Det finns inte heller någon garanti för att den som utför insatsen har tillgång till någon med hälso- och sjukvårdsutbildning som kan bistå med vägledning i medicinska frågor. I vår utredning har vi också kunnat se att både hälso- och sjukvården och de verksamheter vars personal utför insatserna upplever att det finns en otydlighet om vad som gäller i fråga om fördelning och omfattning av ansvar vid egenvård, vilket leder till situationer med otillräcklig samverkan, kompetens, stöttning och uppföljning. Det förekommer att personliga assistenter åläggs egenvårdsuppgifter som de upplever att de inte fullt ut har kompetens för eller som de inte får tillräckligt stöd för att utföra. Särskilt allvarligt är det givetvis när det är fråga om sjukvårdande insatser som är av sådan karaktär att ett fel i utförandet eller en felaktig avvägning kan innebära omedelbar fara för den enskildes liv eller hälsa.

Samtidigt finns det starka incitament för både den enskilde och för hälso- och sjukvården att även komplexa sjukvårdande insatser ska omvandlas till egenvård trots att det innebär en lägre grad av patientsäkerhet. För den enskilde ligger incitamentet i att personlig assistans i dag inte kan beviljas för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. För vissa personer kan hela möjligheten till inträde i insatsen vara beroende av att en hälso- och sjukvårdsåtgärd bedöms kunna utföras som egenvård. Det är fallet om en stor del av den enskildes grundläggande behov är av sjukvårdande karaktär. Om exempelvis en persons behov av hjälp med andning skulle behålla sin karaktär som sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen i stället för att omvandlas till egenvård, skulle det kunna innebära att hen förlorade möjligheten att få personlig assistans även för de andra stödbehov som hen har i sin vardag. Men även för personer vars grundläggande behov till merparten består av stöd och

service och som därmed redan är inne i den personliga assistansen, har det stor betydelse att en sjukvårdande insats bedöms kunna utföras som egenvård. Det eftersom den enskilde då kan få personlig assistans även för den sjukvårdande insatsen och därmed få ett sammanhållet stöd för alla sina personliga behov. Att insatserna ges genom personlig assistans ökar den enskildes möjligheter till självbestämmande och att delta i samhällslivet eftersom den enskilde då kan få det sjukvårdande stödet integrerat med övrigt stöd och – om det är möjligt med hänsyn till omständigheterna i övrigt – kan få hjälpen exempelvis parallellt med en fika på stan eller i samband med någon annan aktivitet som den enskilde själv har valt. Det finns därmed i systemet ett inbyggt incitament för den enskilde att ställa sig positiv till att en sjukvårdande insats bedöms kunna utföras som egenvård, oavsett hur komplex eller avancerad uppgiften är och oavsett vilka förutsättningar som finns att utföra uppgiften på ett tryggt sätt.

Från hälso- och sjukvårdens sida ligger incitamentet till egenvård i att en bedömning att en åtgärd kan utföras som egenvård innebär att det organisatoriska och finansiella ansvaret för utförandet övergår från hälso- och sjukvården till staten eller till kommunens socialtjänst eller LSS-enhet. I vår utredning har vi fått beskrivet att det förekommer att komplexa hälso- och sjukvårdsåtgärder bedöms kunna utföras som egenvård eftersom hälso- och sjukvården inte har något alternativ att erbjuda den enskilde som gör det möjligt för hen att flytta tillbaka hem.

Vår bedömning är att personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar och behov av sjukvårdande insatser i sin vardag inte får god vård på samma villkor som andra. Även inom gruppen finns skillnader. De individer som är mer resursstarka eller som har företrädare som är det, har bättre chanser att kunna få god vård och samtidigt delta i samhällslivet på lika villkor som andra. Alla bör ha lika möjlighet till en god hälsa, en vård av god kvalitet och en möjlighet att delta i samhällslivet på lika villkor som andra, och det är enligt vår mening en självklarhet att systemet och regelverket ska syfta till att i möjligaste mån säkerställa detta. Vi anser också att det är en självklarhet att alla aktörer som verkar inom det offentligfinansierade system som den personliga assistansen utgör aktivt ska ta ansvar för att de personer som det handlar om ska få stöd av god kvalitet. Mot bakgrund av de omfattande brister som vi identifierat i vår utredning bedömer vi att en genomgripande förändring är både nödvändig och proportionerlig.

9.2 Principer som bör känneteckna stöd med sjukvårdande insatser

Det är en självklarhet att stöd som ges genom ett offentligfinansierat system ska ges på ett sätt som i största möjliga utsträckning säkerställer trygghet och säkerhet för den enskilda individen och som lever upp till de krav som följer av såväl den nationella politiska målsättningen som av internationella konventioner. Stödet ska vara ändamålsenligt, präglas av hög kvalitet samt bidra till långsiktig stabilitet såväl ur ett individperspektiv som ur ett samhällsperspektiv. I vår utredning har vi identifierat ett antal olika principer som vi anser bör känneteckna hur sjukvårdande insatser ges till personer som tillhör personkretsen enligt LSS:

- det stöd som den enskilde får ska garantera god vård på lika villkor som andra, bland annat när det gäller patientsäkerhet och patientmedverkan,
- den enskilde ska inte behöva välja mellan patientsäkerhet och en möjlighet att bo i eget boende och delta i samhällslivet på lika villkor som andra,
- den som har omfattande behov av stöd och service och som också har behov av sjukvårdande insatser i sin vardag behöver kunna få ett sammanhållet stöd för alla sina behov,
- det behöver finnas möjlighet till större kontinuitet i stödet på så sätt att en assistansanvändare inte måste förlora rätten till personlig assistans endast på grund av en förändring i hälso- och sjukvårdens egenvårdsbedömning,
- den som inom ramen för sin yrkesutövning ska hjälpa en enskild med sjukvårdande insatser ska ha den kunskap och få det stöd som behövs för att kunna utföra uppgifterna på ett sätt som är tryggt både för den som ger och för den som tar emot stödet,
- ”rätt” huvudman ska stå för kostnaderna.

De förslag som vi lägger syftar alltså till att i största möjliga utsträckning vara i linje med dessa principer.

9.3 Två vägval med sikte på förändring

Personer som behöver hälso- och sjukvård kan ges stöd med detta antingen i form av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen eller i form av egenvård. Det behöver därför vara möjligt för personer som tillhör personkretsen enligt LSS och som har behov av sjukvårdande insatser i sin vardag att kunna få ett ändamålsenligt stöd vid båda dessa ”vårdformer”. Utifrån den problembild som beskrivits i kapitel 4 och avsnitt 9.1. bedömer vi att det finns två huvudsakliga frågor där avgörande vägval behöver göras.

1. Hur ska den bristande tryggheten och säkerheten vid egenvård åtgärdas?
 - införa en övre gräns för vilka slags hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan bli aktuella att bedöma kunna utföras som egenvård, eller
 - tydliggöra förutsättningarna för bedömning av egenvård och de olika professionella aktörernas ansvar och roller vid sådan vård?
2. Hur ska personer med behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen få ett ändamålsenligt stöd?
 - möjliggöra för hälso- och sjukvård och personlig assistans att samexistera, eller
 - undvika sammanblandning för att inte riskera att insatsen personlig assistans professionaliseras?

Dessa vägval kan kombineras på olika sätt med varierande utfall för de personer som tillhör LSS personkrets och som är i behov av stöd med sjukvårdande insatser. Nedan beskrivs de olika vägvalen, vad de kan innebära och varför vi har valt den inriktning som vi gjort i våra förslag.

9.3.1 Det första vägvalet – hur ska den bristande tryggheten och säkerheten vid egenvård åtgärdas?

Som har beskrivits närmare i avsnitt 4.2 saknas det i dag en övre gräns för vad som kan bedömas kunna utföras som egenvård av exempelvis en personlig assistent. Att införa en sådan gräns skulle

innebära att vissa hälso- och sjukvårdsåtgärder alltid skulle behöva utföras som sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vi bedömer att detta i och för sig skulle vara det mest effektiva sättet att i praktiken förhindra att allt för avancerade eller riskfyllda sjukvårdande insatser, slentrianmässigt eller på grund av brist på alternativ, överlämnas för utförande utanför hälso- och sjukvårdens system för kvalitet, ansvar och uppföljning. Det skulle leda till en ökad trygghet för enskilda genom att det helt enkelt inte skulle vara fullt så avancerade uppgifter som utfördes som egenvård som många gånger är fallet i dag. Men att fastställa en tydlig gräns innebär också en minskad flexibilitet och en minskad möjlighet till hänsynstagande till individuella omständigheter. Mottagarna av stödet är inte någon homogen grupp varken sett till fysiska och kognitiva förutsättningar, vårdbehov, ålder eller levnadsförhållanden. Eftersom det inte heller är möjligt att fastställa någon uttömmande lista över vilka åtgärder som skulle kunna utföras som egenvård skulle också en viss gränsdragningsproblematik kvarstå oavsett hur gränsen utformats.

Ett annat alternativ för att stärka tryggheten vid egenvård är genom tydliggörande av hälso- och sjukvårdens och utförarverksamheternas roller och ansvar vid sådan vård. Vid avsaknad av en övre gräns är det dock mycket viktigt att patientsäkerhetsöverväganden och reell patientmedverkan alltid utgör grunden för hälso- och sjukvårdens egenvårdsbedömningar. Om man väljer denna lösning är det därför viktigt att särskilt betona det ansvar som hälso- och sjukvården har när det gäller övervägandet om en viss sjukvårdande insats kan utföras som egenvård i den situation som är aktuell.

9.3.2 Det andra vägvalet – hur ska personer med behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen få ett ändamålsenligt stöd?

Vår utgångspunkt är att alla samhällets aktörer har ett ansvar att i möjligaste mån underlätta för personer med funktionsnedsättning att leva i samhället på lika villkor och med lika valmöjligheter som andra. Hälso- och sjukvården är en av de aktörer som många gånger kan ha stor betydelse när det gäller just detta. Det är därför enligt vår mening viktigt att hälso- och sjukvården tar särskild hänsyn till patientens livsvillkor när hen har omfattande funktionsnedsättningar och är i behov av sjukvårdande insatser i sin vardag. När det

är fråga om personlig assistans är det samtidigt nödvändigt att förhålla sig till att de två områdena hälso- och sjukvård och personlig assistans har olika mål och syfte och att det kan finnas ett principiellt motstånd mot sammanblandning. Vi anser dock att det är nödvändigt med en förändring som ger personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar möjlighet till ett sammanhållet, tryggt och flexibelt stöd som täcker samtliga livsområden, även när stödbehovet råkar innehålla sjukvårdande moment. Detta är enligt vår mening inte möjligt att uppnå utan att de två områdena hälso- och sjukvård och personlig assistans i viss utsträckning tillåts att samexistera. Att inte låta systemen för personlig assistans och hälso- och sjukvård korsa varandra skulle enligt vår mening utgöra ett hinder för att uppnå ett ändamålsenligt stöd. Det skulle innebära att personer även fortsättningsvis skulle behöva välja mellan patientsäkerhet och självständighet och möjlighet att delta i samhället på lika villkor som andra. Om hälso- och sjukvårdsåtgärder framöver – till följd av en uppstramning av regelverket kring egenvård – i högre utsträckning än i dag skulle komma att bibehålla sin karaktär som sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen i stället för att omvandlas till egenvård, så skulle det också finnas också en risk för att personers möjlighet att få personlig assistans minskar.

9.3.3 Vårt förslag

Vårt förslag är att kombinera:

- ett tydliggörande av de olika aktörernas ansvar vid egenvård,
- ett generellt utökat krav på hälso- och sjukvården att ta särskilda hänsyn när vård ska ges till personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar och
- en möjlighet att beakta sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen vid bedömningen av rätten till personlig assistans.

På detta sätt ökar tryggheten för de personer som har behov av hjälp med egenvård, samtidigt som de personer som behöver sådana sjukvårdande insatser som av patientsäkerhetskäl inte kan bedömas som egenvård får stöd på ett mer ändamålsenligt sätt. Samtidigt garante-

ras också en större kontinuitet i rätten till personlig assistans eftersom betydelsen av en förändrad egenvårdsbedömning minskar.

Vårt förslag att det ska vara möjligt att beakta behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen vid bedömningen av rätten till personlig assistans kan sägas innebära en korsning av två olika system. En sådan förändring kan medföra en risk för sammanblandning av olika slags insatser och medföra diskussioner om skillnaden mellan vård och stöd samt mellan rollen som patient och rollen som assistansanvändare. Med hänsyn till den negativa effekt som dagens helt åtskilda system för personlig assistans och hälso- och sjukvård har för vissa personers möjlighet att få stöd på ett ändamålsenligt sätt anser vi dock att en sådan lösning är nödvändig. Så som systemet ser ut i dag är en egenvårdsbedömning en förutsättning för att vissa personer som på grund av sina funktionsnedsättningar har omfattande behov av stöd i sin vardag ska kunna få personlig assistans, och därmed ett sammanhållet stöd präglad av flexibilitet och självbestämmande. Det är enligt vår mening oförenligt med ett modernt hälso- och sjukvårds- och välfärdssystem och de åtaganden som Sverige har genom internationella konventioner att patienter med omfattande funktionsnedsättningar ska behöva ställa sig positiva till att en sjukvårdande insats ges med lägre patientsäkerhet (som egenvård) för att inte riskera en minskad möjlighet att leva sitt liv och delta i samhällslivet på samma villkor som andra.

9.4 En ny lag om egenvård

9.4.1 Behov av en lagstiftning som tydliggör hälso- och sjukvårdens roll och ansvar vid egenvård

Förslag: En lag om egenvård införs. I den nya lagen regleras hur aktörer inom hälso- och sjukvården ska agera när det är fråga om hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan bli aktuella att utföras av patienten själv eller med hjälp av någon annan.

Det finns många risker med hur egenvård ges i dag

Som beskrivits i kapitel 3 och 4 är det en väl etablerad ordning att personal inom hälso- och sjukvården i det enskilda fallet kan överlämna en hälso- och sjukvårdsåtgärd att utföras av patienten själv eller med hjälp av någon annan. Möjligheten att på detta sätt förflytta utförandet från hälso- och sjukvården till patienten att utföra själv eller med hjälp av exempelvis en anhörig är av stor betydelse för hälso- och sjukvården och det är en självklar del i det moderna hälso- och sjukvårdssystemet. Egenvård kan bidra till att patienten får en möjlighet att leva sitt liv utan täta kontakter med hälso- och sjukvården. Egenvård innebär dock också att sjukvårdande insatser utförs av personer som saknar hälso- och sjukvårdsutbildning. Detta samtidigt som utförandet av åtgärden inte omfattas av hälso- och sjukvårdens system för ansvar, kvalitet och kontroll.

I normalfallet handlar egenvård om enklare åtgärder där risken för skada är liten och där utförandet sköts av den enskilde själv eller med hjälp av exempelvis en förälder eller annan anhörig. Det förekommer dock också att mer avancerade åtgärder bedöms kunna utföras som egenvård – något som har blivit allt mer aktuellt i takt med att den medicintekniska utvecklingen gjort det möjligt att utföra allt mer komplexa sjukvårdande uppgifter i hemmet. Det förekommer också att komplexa hälso- och sjukvårdsåtgärder, där ett fel i utförandet kan utgöra en risk för den enskildes liv eller hälsa, bedöms kunna utföras som egenvård även när möjligheterna för patienten att vara delaktig i utförandet är begränsade och den som ska ge hjälpen gör detta inom ramen för sin yrkesutövning som exempelvis personlig assistent.

Som har beskrivits närmare i kapitel 4 har vi i vår utredning kunnat se stora brister och risker i fråga om egenvård till personer som behöver få hjälp med utförandet av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning. I utredningen har vi bland annat kunnat se att det finns brister i patientmedverkan och information i samband med att bedömningar om egenvård görs. Vi har också kunnat se att sjukvårdande insatser som är både komplexa och förknippade med risker för liv och hälsa utförs av personliga assistenter under oklara former, det vill säga utan att någon egenvårdsbedömning gjorts, utan att samverkan först har skett med assistenternas arbetsgivare och utan att det finns någon upprättad planering för hur egenvården ska gå

till. Vi har också kunnat se att det inte alltid tillhandahålls tillräckligt med instruktioner till de personer som ska hjälpa den enskilde med egenvården, att det inte alltid finns tillgång till medicinsk rådgivning, samt att det saknas struktur när det gäller överföring av information om förändringar. I vår utredning har också framförts att det finns brister i hälso- och sjukvårdens uppföljning av hur egenvården i det enskilda fallet fungerar. Vi har också sett att det i dag finns svårigheter att bedriva ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete när det gäller egenvård, något som utgör en risk inte bara för den enskilde utan även för patientsäkerheten på ett övergripande plan. Sammantaget resulterar dessa omständigheter i bristande trygghet och säkerhet för de personer som är i behov av stödet.

Sett ur ett patientsäkerhetsperspektiv ökar betydelsen av var och en av de nämnda bristerna i takt med den aktuella åtgärdens svårighetsgrad, allvarligheten av de konsekvenser som kan uppstå vid fel i utförandet, och även beroende på i vilken utsträckning som det finns förutsättningar för den enskilde att, praktiskt eller genom instruktioner, vara delaktig i utförandet. Förutom att bristerna har betydelse för den som behöver vården är situationen också otillfredsställande sett till tryggheten för de personer som inom ramen för sin yrkesutövning har i uppgift att ge stödet med egenvård, exempelvis personliga assistenter.

Sammantaget är vår uppfattning att de brister som vi sett när det gäller trygghet och säkerhet när hjälp ska ges med egenvård är oacceptabla och att en förändring inte bara är önskvärd utan helt nödvändig. Eftersom det är hälso- och sjukvården som gör egenvårdsbedömningarna, har de kunskaper som behövs och det är fråga om åtgärder som i grunden har tillhört hälso- och sjukvårdens ansvarsområde, bedömer vi att förbättringsarbetet bör börja just där. Det behöver bli tydligare vilken roll som hälso- och sjukvården har i egenvården och vad hälso- och sjukvården ska göra för att uppfylla sitt ansvar att ge god vård.

Hälso- och sjukvårdens roll vid egenvård bör tydliggöras

Vår bedömning är att de brister som vi sett i vår utredning till stor del beror på att det upplevs vara otydligt vad som faktiskt gäller när hjälp med egenvård ska ges av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning. Det tycks vara en följd av att det i dessa fall finns

(minst) två professionella aktörer som på olika sätt är ansvariga för den hjälp som den enskilde ska få – något som ökar risken för att frågor faller mellan stolarna. Från både hälso- och sjukvården och från verksamheter vars personal hjälper enskilda med egenvård efterfrågas mer vägledning och tydlighet om vad det är som gäller. Detta för att motverka att två olika aktörer hänvisar till varandra i fråga om ansvar, med följderna att den enskilde som är i behov av stödet inte får sitt behov av trygghet och säker vård tillgodosett.

Som har beskrivits närmare i avsnitt 3.6.2 regleras för närvarande egenvård i Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift². Att legitimerad personal inom hälso- och sjukvården i enskilda fall kan bedöma vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder som den enskilde kan utföra själv eller med hjälp av någon annan, utanför hälso- och sjukvårdslagens tillämpningsområde, var dock en väletablerad ordning redan innan föreskriften utfärdades och möjligheten att bedöma en åtgärd som egenvård är inte beroende av föreskriften.³ Förutom att föreskriften handlar om *att* en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan bedömas kunna utföras som egenvård så regleras där också formerna för egenvården, det vill säga vad som ska beaktas i bedömningen, vad som ska dokumenteras och så vidare. Flera av bestämmelserna har även generella motsvarigheter på en högre författningsnivå inom hälso- och sjukvårdens regelverk. Generella bestämmelser om till exempel patientmedverkan, god vård, patientsäkerhet, dokumentation finns i patientlagen, patientsäkerhetslagen, hälso- och sjukvårdslagen och patientdatalagen. Vissa bestämmelser i egenvårdsföreskriften har också generella motsvarigheter i andra föreskrifter från Socialstyrelsen, till exempel Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Redan vid en kartläggning år 2017 bedömde Socialstyrelsen att det fanns behov av att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar för bedömning, information, samråd och planering med andra aktörer som exempelvis skolpersonal, personliga assistenter och personal på korttidsboende vid beslut om egenvårdsinsatser. Socialstyrelsen konstaterade också att egenvård är ett komplext område som ofta förekommer i gränslandet mellan olika huvudmäns ansvarsområden

² Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

³ Se prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*, s. 15.

och att egenvård därför kräver samarbete och gemensam planering.⁴ Även i betänkandet *Översyn av yrket personlig assistent* konstaterades att de olika lagar som styr assistenters och assistansanordnares ansvar och befogenheter för bland annat egenvård behöver bli lättare att förstå och följa. Där föreslogs också att regeringen skulle ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd som ger vägledning kring de speciella omständigheter det innebär att en eller flera assistenter träder in i en patients ställe eller i hälso- och sjukvårdspersonals ställe för att utföra vårdinsatser.⁵

Samtidigt är giltigheten av Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift ifrågasatt. Lagrådet har i yttrande över förslaget om personlig assistans för hjälp med andning funnit att det är oklart med stöd av vilket bemyndigande som delar av Socialstyrelsens föreskrifter har beslutats.⁶ Det pågår i dag ett arbete inom Socialstyrelsen om att eventuellt upphäva egenvårdsföreskriften. Även om möjligheten att bedöma hälso- och sjukvårdsåtgärder som egenvård i grunden inte är beroende av Socialstyrelsens föreskrifter kan det antas att ett upphävande av egenvårdsföreskriften i vart fall inte kommer att resultera i att den efterfrågade ökade tydligheten uppnås.

Vid en analys av vad de brister som vi sett beror på kan det dock inte heller bortses från att det finns incitament för hälso- och sjukvården att bedöma hälso- och sjukvårdsåtgärder som egenvård, samtidigt som det för vissa patientgrupper finns incitament för att ställa sig positiva till egenvård. Det finns också incitament för anordnare av personlig assistans att ställa sig positiva till att utföra egenvårdsinsatser. Som beskrivits närmare i kapitel 4 har vi i vår utredning också just sett tecken på att patientsäkerheten inte alltid står i fokus när hälso- och sjukvårdsåtgärder bedöms som egenvård. Det har till exempel kommit fram uppgifter om att egenvårdsbedömningar inte alltid görs utifrån en bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet, utifrån en individuell bedömning av patientens möjlighet att få hjälp på ett tryggt och säkert sätt, och utifrån en full insikt i vad egenvård egentligen innebär för patienten. Detta är givetvis något som i grunden påverkar möjligheterna för personer som behöver hjälp med egenvård att få en insats som är trygg och säker. Detta är därför något som bör motverkas. Tydligare reglering om vilka krav som gäller kan utgöra det stöd

⁴ Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning*, s. 32 f.

⁵ SOU 2020:1 *Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor*.

⁶ Prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning*, bilaga 4.

som den enskilde legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården behöver för att göra välavvägda egenvårdsbedömningar som grundas på omständigheterna i det individuella fallet.

En ny lag behövs

Sammantaget bedömer vi att den reglering som egenvården i dag omfattas av inte är ändamålsenlig för att uppnå nödvändig trygghet och säkerhet när det gäller egenvård som ges med hjälp av personer som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning. Vi bedömer att det finns skäl för att komplettera regelverket med bestämmelser som på ett utförligare sätt reglerar hälso- och sjukvårdens roll och ansvar vid exempelvis bedömning, planering och uppföljning av egenvård.

Vi bedömer att detta bör ske på en högre författningsnivå än myndighetsföreskrifter. Egenvård är något som har stor betydelse och som berör många människor. I de fall som den enskilde behöver få hjälp med egenvård av någon som ger hjälpen inom ramen för sin yrkesutövning så berör det också verksamheter och hjälp med egenvård ges i dag inom exempelvis personlig assistans, andra verksamheter enligt LSS, verksamheter enligt socialtjänstlagen och inom skolan. Det är därför nödvändigt med ingående avvägningar mellan olika, i vissa delar motstridiga, intressen. En reglering bör därför enligt vår bedömning lämpligen ske på lagnivå.

Det finns skäl att använda begreppet egenvård för den nya lagen

Som beskrivits i avsnitt 3.6.1 finns det i dag inte någon enhetlig definition av begreppet egenvård. Ibland används begreppet rörande åtgärder som den enskilde utför efter egen bedömning utan kontakt med hälso- och sjukvården. I andra fall syftar begreppet på situationer då den enskilde haft en faktisk kontakt med hälso- och sjukvården och en individuell bedömning har gjorts att den vård som patienten behöver kan utföras av patienten själv eller med hjälp av någon annan.

Vårt förslag till ny lag innehåller ett större antal bestämmelser som ska tillämpas när patienten behöver hjälp att utföra åtgärden av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning. I dessa situationer är det i normalfallet ett flertal olika aktörer som förutom hälso- och sjukvården är berörda på olika sätt, exempelvis Försäkringskassan, kommunernas socialtjänst eller LSS-verksamhet och

olika enskilda verksamheter. I dessa sammanhang är egenvård väl etablerat så som åsyftandes en situation då den enskilde haft kontakt med hälso- och sjukvården som har bedömt att en viss åtgärd behövs och att den kan utföras av patienten själv eller med hjälp av någon annan. Denna användning av begreppet egenvård är också väl etablerad i rättspraxis inom området personlig assistans. De svårigheter som i dessa sammanhang finns när det gäller egenvård är inte främst hänförliga till just begreppet utan till tillämpningen. Mot denna bakgrund har vi valt att använda begreppet egenvård för att beskriva tillämpningsområdet av den föreslagna nya lagen. Det hade givetvis varit möjligt att skapa ett annat begrepp. Vi bedömer dock att risken för begreppsförvirring då skulle bli än större. Vi bedömer också att det i den föreslagna lagen tydligt framgår vad som avses med egenvård.

I vår utredning har det framförts att en användning av begreppet egenvård för att beskriva situationer då den enskilde efter kontakt med hälso- och sjukvården utför vissa åtgärder själv eller med hjälp av någon annan, kan skapa osäkerhet kring vem som har ansvar för patientsäkerheten. Det har framförts att det finns en risk att det inte skulle vara tillräckligt tydligt att vårdgivaren och hälso- och sjukvårdspersonalen har ett patientsäkerhetsansvar även i dessa situationer. Att tydliggöra hälso- och sjukvårdens roll och ansvar vid dessa situationer är dock just ett av syftena med den nu föreslagna lagen och vi bedömer att innebörden av detta ansvar framgår av de bestämmelser som vi föreslår ska införas.

9.4.2 Lagens syfte, innehåll och tillämpningsområde

Förslag: Den nya lagen, som ska tillämpas inom verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), ska syfta till att främja hög patientsäkerhet när hälso- och sjukvårdsåtgärder bedöms kunna utföras som egenvård.

Den nya lagen ska inledas med en bestämmelse som beskriver lagens syfte, innehåll och tillämpningsområde. I lagen ska finnas generella bestämmelser om bland annat definitionen av begreppet egenvård, vem inom hälso- och sjukvården som kan göra bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, vad som ska beaktas vid bedömningen, betydelsen av patientens delaktighet samt den information som patienten ska få.

Lagen ska vidare innehålla bestämmelser som särskilt berör situationer då patienten behöver hjälp att utföra åtgärden av någon som gör det i sin yrkesutövning. Dessa bestämmelser ska reglera vad som i dessa fall särskilt ska beaktas vid bedömningen, att samverkan ska ske, att en skriftlig planering ska upprättas, vad patientdokumentationen ska innehålla samt under vilka förutsättningar som uppföljning ska ske. Det ska även regleras vad som gäller i fråga om ansvar för instruktioner och rådgivning till de som ska hjälpa den enskilde med egenvården.

Den föreslagna nya lagen syftar till att främja hög patientsäkerhet när hälso- och sjukvårdsåtgärder utförs som egenvård. Bestämmelserna i lagen ska tolkas med utgångspunkt i detta.

Vårt förslag är att den nya lagen ska reglera hur hälso- och sjukvårdens aktörer ska agera i frågor som avser egenvård och att lagen därmed endast ska gälla i sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen. Den i dag gällande egenvårdsföreskriften från Socialstyrelsen innehåller vissa bestämmelser som ska tillämpas även av nämnder som ansvarar för socialtjänsten vad gäller omsorger om äldre personer och personer med funktionshinder enligt socialtjänstlagen och LSS. Det är dock enligt vår mening inte optimalt att skyldigheter för socialtjänst och LSS-verksamhet regleras inom hälso- och sjukvårdens regelverk. Sådana bestämmelser bör i stället placeras i lag eller förordning som särskilt reglerar just deras verksamheter (se avsnitt 9.6 för vårt förslag i denna del).

Vårt förslag till lag om egenvård innehåller många bestämmelser som har sitt ursprung i Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift. Den avgörande skillnaden mellan den föreslagna nya lagen och Socialstyrelsens föreskrift är att flera av den nya lagens bestämmelser endast gäller i situationer då patienten behöver hjälp att utföra egenvården av någon som gör det i sin yrkesutövning. Detta gäller exempelvis lagens mer utförliga bestämmelser som rör samverkan, skriftlig planering och uppföljning. Skälet till detta är att de brister som vi uppmärksammat i vår utredning avser just situationer då patienten behöver hjälp att utföra egenvården av någon som gör det i sin yrkesutövning. Vid en kartläggning som genomfördes år 2017 bedömde också Socialstyrelsen att det fanns behov av att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar för bedömning, information, samråd och planering avseende skolpersonal, personliga assistenter och personal på

korttidsboende.⁷ Vår bedömning är att de bestämmelser som vi föreslår ska införas i denna del är av sådan övergripande karaktär att de är relevanta i alla situationer där en person behöver få hjälp med egenvård av någon som ska göra detta inom ramen för sin yrkesutövning. Vi föreslår därför inte någon avgränsning i förhållande till någon viss yrkeskategori, exempelvis personliga assistenter eller personal inom någon viss typ av verksamhet.

Vi föreslår också att vissa bestämmelser i den nya lagen ska gälla i alla situationer då egenvård kan vara aktuellt, det vill säga oavsett om patienten ska utföra egenvården självständigt, med hjälp av en anhörig eller med hjälp av någon annan. Detta gäller exempelvis de föreslagna bestämmelserna om vem inom hälso- och sjukvården som får göra en egenvårdsbedömning, patientens rätt till information samt vad som generellt ska beaktas vid en egenvårdsbedömning. Vi kan konstatera att det redan finns generellt hållna bestämmelser i andra lagar på hälso- och sjukvårdens område som ska tillämpas även när det är fråga om situationer då egenvård kan komma att bli aktuellt, till exempel avseende god vård, patientmedverkan och information. Vi bedömer dock att utredningen har visat att det utifrån behovet av ökad trygghet för patienten behövs förtydligande bestämmelser som avser just egenvård. De generella bestämmelserna gäller dock givetvis oförändrat.

9.4.3 Definitioner

Förslag: Begreppet hälso- och sjukvårdsåtgärd definieras som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Egenvård definieras som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har bedömt att patienten kan utföra själv eller med hjälp av någon annan. Egenvårdsbedömning definieras som bedömning att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård

Det regleras också att utförandet av egenvård inte omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁷ Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning*, s. 31.

Vi anser att lagen bör innehålla en bestämmelse som definierar några för lagen centrala begrepp.

Hälso- och sjukvårdsåtgärd

I lagen bör begreppet *hälso- och sjukvårdsåtgärd* användas som utgångspunkt för vad som kan bli aktuellt att utföras som egenvård. Detta bör definieras som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Detta är en del av den definition av hälso- och sjukvård som anges i hälso- och sjukvårdslagen och även en del av den definition som används i patientlagen. När det gäller egenvård kan detta inte avse exempelvis sjuktransporter eller omhändertagande av avlidna (jfr 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen och 1 kap. 5 § patientlagen).

Egenvård

Vi anser att det i den nya lagen bör anges att det med uttrycket *egenvård* avses hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har bedömt att patienten kan utföra själv eller med hjälp av någon annan. Detta är vad som i dag anses gälla (se till exempel prop. 2018/19:145 s. 15).

Vi anser även att det bör framgå att utförandet av egenvård inte omfattas av hälso- och sjukvårdslagen. Även detta är vad som i dag generellt anses gälla (se till exempel prop. 2018/19:145 s. 15). De delar som hälso- och sjukvården ansvarar för och som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal, exempelvis bedömning, planering och uppföljning, omfattas även fortsättningsvis av det regelverk som gäller för hälso- och sjukvården (se avsnitt 3.6).

Egenvårdsbedömning

Med uttrycket *egenvårdsbedömning* avses bedömning att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. För tydlighetens skull ska detta också regleras särskilt i den nya lagen.

9.4.4 Vem som får göra en egenvårdsbedömning

Förslag: En bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård får endast göras av behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården.

I 4 kap. 1 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift anges att det är den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården som inom sitt ansvarsområde ska göra en bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

Att en egenvårdsbedömning endast kan göras av behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården är alltså en redan etablerad ordning och vi anser att detta bör gälla även i fortsättningen. Vi föreslår att det nuvarande tillägget ”inom sitt ansvarsområde” inte ska följa med till den nya lagen. Det är givetvis viktigt att den som bedömer om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård har kompetens inom det område som det gäller. Att exempelvis inte göra några bedömningar eller att fatta beslut inom områden som inte ligger inom det egna kompetensområdet får dock anses omfattas av det yrkesansvar som åligger hälso- och sjukvårdspersonal enligt 6 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Vi bedömer därför att det inte behövs en särskild reglering om detta i den nya lagen om egenvård.

En egenvårdsbedömning bör enligt vår mening inte kunna göras av någon som inte har behandlingskontakt med patienten.

9.4.5 Patientmedverkan och information

Förslag: En egenvårdsbedömning ska göras i samråd med patienten och med respekt för dennes självbestämmande och integritet samt behov av trygghet och säkerhet.

I samband med att egenvård övervägs ska patienten få den information som behövs för att han eller hon kunna utöva sitt självbestämmande. Information till patienten ska ges på det sätt som framgår av 3 kap. 6–7 §§ patientlagen (2014:821). Bestämmelser om vilken information som en patient ska få finns även i 3 kap. patientlagen.

Som beskrivits i avsnitt 4.4 har vi i vår utredning kunnat se tydliga tecken på brister i fråga om patientmedverkan, delaktighet och information när det gäller sådan egenvård som den enskilde behöver få hjälp med att utföra. I utredningen har bland annat kommit fram att assistansanvändare och företrädare många gånger inte vet vilka av de sjukvårdande insatser som de får hjälp med som utförs som just egenvård, och att flera inte alls känner till vad som menas med begreppet egenvård eller vad det innebär i praktiken. Det har också kommit fram uppgifter som tyder på bristande hänsyn till den enskildes inställning i samband med egenvårdsbedömningen.

Vikten av patientmedverkan och information

Som beskrivits i kapitel 3 är patientens självbestämmande i dag en central princip inom hälso- och sjukvårdens regelverk. Att göra patienten delaktig i vården handlar inte bara om att hen ska få makt över sin situation, utan det utgör också en förutsättning för god vård. I hälso- och sjukvårdslagen är respekt för patientens självbestämmande och integritet exempelvis direkt kopplat till kravet på god vård.⁸ I avsnitt 3.5.1 har vi också beskrivit att information och patientmedverkan har ett nära samband. Information behövs för att patienten ska kunna ta ställning till om hen vill acceptera den vård som erbjuds. Rätten till information är av avgörande betydelse för patientens möjlighet att utöva faktiskt självbestämmande och vara delaktig i vården. Att en hälso- och sjukvårdsåtgärd bedöms kunna utföras som egenvård innebär också att ett stort ansvar läggs på patienten själv, och i vissa fall, på anhöriga eller andra personer som ska hjälpa patienten med egenvården. Genom egenvårdsbedömningen lämnar också utförandet av åtgärden hälso- och sjukvårdens system för kvalitet, ansvar och möjlighet till ekonomisk ersättning. Det är enligt vår mening av stor vikt att patienten är införstådd med vad egenvårdsbedömningen omfattar och vad den innebär.

⁸ 5 kap. 1 § 3 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Bestämmelser om patientmedverkan och information bör införas i den nya lagen om egenvård

Patientmedverkan

I 5 kap. 2 § patientlagen regleras att en patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Utöver detta finns det på flera olika ställen inom hälso- och sjukvårdens regelverk generella bestämmelser om att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska genomföras i samråd med patienten och att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras.⁹ Detta gäller även i fråga om att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses.¹⁰

Vi bedömer dock att de nämnda principerna är av så stor och grundläggande betydelse för just frågan om egenvård att detta ändå bör regleras även i den nya lagen om egenvård. Vi föreslår därför att det i den nya lagen om egenvård ska införas en bestämmelse om att en egenvårdsbedömning ska göras i samråd med patienten och med respekt för dennes självbestämmande och integritet samt behov av trygghet och säkerhet. Den föreslagna bestämmelsen överensstämmer med den som i dag finns i 4 kap. 3 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift.

I fråga om patientmedverkan bör en hälso- och sjukvårdsåtgärd sannolikt inte i normalfallet bedömas som sådan egenvård som ska utföras av patienten själv ifall hen inte anser sig ha förutsättningar för att utföra åtgärden på ett tryggt och säkert sätt. Motsatt bör patienten inte med hänvisning till självbestämmandet kunna kräva att en viss hälso- och sjukvårdsåtgärd ska bedömas som egenvård ifall den behandlande legitimerade yrkesutövare inom hälso- och sjukvården som ansvarar för bedömningen anser att detta skulle vara oförenligt med kraven på god vård (se avsnitt 9.4.7 nedan).

⁹ 4 kap. 1 § och 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821), 5 kap. 1 § 3 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹⁰ 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821) och 5 kap. 1 § 2 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Information

När det gäller bestämmelser om vilken information en patient ska få så finns detta i 3 kap. 1–2 b §§ patientlagen (2014:821). I dessa bestämmelser nämns dock inte egenvård. Det finns inte heller stöd för att just information om vad egenvård innebär skulle omfattas av de nämnda bestämmelserna.

Mot bakgrund av de brister som vi sett och den betydelse som tillgång till information har för patientens möjlighet att utöva sitt självbestämmande och för vårdens kvalitet, bedömer vi att det finns skäl att i den nya lagen om egenvård särskilt reglera vad som ska gälla i fråga om den information som patienten ska få. Vi föreslår att det ska regleras att patienten i samband med att egenvård övervägs ska få den information som behövs för att han eller hon ska kunna utöva sitt självbestämmande. Detta innebär exempelvis information om vad det innebär att en åtgärd utförs som egenvård, vilka eventuella risker som kan vara förknippade med utförandet av åtgärden och vilka alternativ som finns till att åtgärden utförs som egenvård.

En hänvisning bör göras till 3 kap. 6–7 §§ patientlagen, där det bland annat framgår att informationen ska anpassas till mottagarens individuella förutsättningar och att den som ger informationen så långt som möjligt ska försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Det bör också upplysas om att bestämmelser om vilken information en patient ska få även finns i 3 kap. patientlagen (2014:821).

Den lydelse som vi föreslår överensstämmer till viss del med 4 kap. 9 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift. Där framgår att den som gjort egenvårdsbedömningen ska informera patienten om vad egenvården innebär. Enligt vårt förslag ska det dock vara tydligt att informationen ska ges före eller i samband med att egenvårdsbedömningen görs, det vill säga inte efter att bedömningen redan är gjord. Information som lämnas i efterhand ger varken förutsättningar för reellt självbestämmande från patientens sida eller en god grund för en välöversvägd egenvårdsbedömning från hälso- och sjukvårdens sida.

9.4.6 Inget förslag på nya regler som bryter sekretess och tystnadsplikt mellan hälso- och sjukvården och den som hjälper den enskilde med egenvården

Vår bedömning: Vi bedömer att det inte finns skäl för att föreslå ny reglering som utökar möjligheten för hälso- och sjukvården att lämna information till den som ska hjälpa den enskilde med egenvården.

I situationer då patienten behöver få hjälp av någon annan för att utföra egenvården aktualiseras frågan i vilken utsträckning som hälso- och sjukvården kan lämna information till den eller de som ska hjälpa den enskilde med egenvården, exempelvis en anhörig, en personlig assistent, en assistansanordnare eller en ansvarig befattningshavare i annan verksamhet. Som beskrivits i avsnitt 4.4.6 har vi i vår utredning kunnat se att det i dag finns problem kopplade till detta som är av betydelse för patientsäkerheten. Som har beskrivits närmare i avsnitt 3.7 omfattas hälso- och sjukvården av sekretess och tystnadsplikt, vilket bland annat innebär att information om en patient i normalfallet inte kan överlämnas till personer utanför den egna organisationen utan patientens samtycke. Om patienten samtycker kan däremot uppgifterna lämnas ut.

Att de som ska hjälpa den enskilde att utföra egenvården har den information som behövs är av uppenbar och avgörande betydelse för möjligheten att kunna utföra åtgärderna på ett sätt som är tryggt och säkert för den enskilde. Den som utför åtgärder ska också kunna vara trygg med att hen utför det som den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården har ordinerat och på det sätt som ligger till grund för egenvårdsbedömningen. Trots detta anser vi inte att det finns skäl att införa en reglering som utökar möjligheten för hälso- och sjukvården att, utan patientens samtycke, lämna information till den som ska hjälpa patienten med egenvården. En bestämmelse som möjliggör överföring av information utan patientens samtycke kan enligt vår mening inte anses ligga i linje med principerna om patientmedverkan, självbestämmande och delaktighet. Vi anser också att det är viktigt att värna det förtroende som bör finnas mellan patienten och hälso- och sjukvårdens aktörer.

I stället anser vi att möjligheten att utbyta nödvändig information med den som ska hjälpa den enskilde med åtgärden bör beaktas i

samband med bedömningen av om egenvård alls är lämpligt med hänsyn till patientsäkerheten. Om patienten inte samtycker till att den som ska hjälpa till med egenvården får nödvändig information om åtgärden och hur den ska utföras – och den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården bedömer att detta påverkar möjligheten att kunna utföra egenvården på ett tryggt och säkert sätt – så bör detta på samma sätt som andra omständigheter kunna utgöra ett hinder mot att bedöma åtgärden som egenvård. Se mer om vad som ska beaktas i fråga om samtycke till utlämnande av sekretesskyddade uppgifter i avsnitt 3.7.

Självklart ligger ett stort ansvar på hälso- och sjukvården att vid överlämnande av information vid varje enskilt tillfälle ta ställning till om uppgiften är nödvändig just för att egenvården ska kunna utföras på ett tryggt och säkert sätt, och att informationen som överlämnas inte går utöver vad patienten har samtyckt till.

Frågan om informationsöverföring blir aktuell exempelvis i fråga om egenvårdsbedömning, samverkan, planering och uppföljning.

9.4.7 Bedömningen av om en åtgärd kan utföras som egenvård

Förslag: En hälso- och sjukvårdsåtgärd får endast bedömas kunna utföras som egenvård om det är förenligt med kravet på god vård. Vid bedömningen ska beaktas bland annat

1. patientens individuella förutsättningar och livssituation,
2. hälso- och sjukvårdsåtgärdens art, och
3. vilka följder som ett felaktigt utförande skulle kunna få för patienten.

Om patienten behöver hjälp att utföra åtgärden ska vid egenvårdsbedömningen även särskilt beaktas

1. förutsättningarna för patienten att vara delaktig i utförandet, praktiskt eller genom instruktioner, och
2. i vilken utsträckning det är möjligt att, med de som ska hjälpa patienten med egenvården, utbyta information om ordinationer och andra omständigheter som är nödvändigt för att hjälp med egenvården ska kunna ges på ett tryggt och säkert sätt.

När patienten behöver hjälp att utföra åtgärden av någon som gör det i sin yrkesutövning kan en hälso- och sjukvårdsåtgärd endast bedömas kunna utföras som egenvård om samverkan först har skett med ansvarig befattningshavare hos dennes arbetsgivare. Vad samverkan ska innehålla beskrivs i avsnitt 9.4.8.

Nu gällande reglering om hur en egenvårdsbedömning ska göras

Som har beskrivits närmare i avsnitt 3.6.2 ska egenvårdsbedömningen i dag utgå från omständigheterna i det enskilda fallet. Generellt gäller kravet på god vård. I fråga om vad som närmare ska beaktas vid bedömningen framgår i 5 kap. 2 § patientlagen att en patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. I förarbetena till patientlagen anges att ett minimikrav för patientmedverkan är att det dels finns en viljeyttring avgiven, dels att patienten, utifrån sina individuella förutsättningar, ska kunna medverka praktiskt.¹¹

Av 4 kap. 3–7 §§ Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift framgår bland annat att bedömningen ska göras i samråd med patienten och utifrån respekt för dennes självbestämmande och integritet samt behov av trygghet och säkerhet. Bedömningen ska utgå från patientens fysiska och psykiska hälsa och livssituation. I förekommande fall ska en utredning göras för att avgöra om patienten själv eller med hjälp av någon annan kan utföra åtgärden som egenvård på ett säkert sätt. Om patienten behöver praktisk hjälp för att utföra egenvården ska den behandlande legitimerade yrkesutövaren samråda med den eller de närstående som ska hjälpa patienten, med ansvarig nämnd inom socialtjänsten eller med ansvarig befattningshavare hos en annan aktör. En hälso- och sjukvårdsåtgärd får enligt föreskriften inte bedömas som egenvård om analysen visar att det föreligger en risk för att patienten skadas.

¹¹ Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 121.

Det finns skäl att tydliggöra vad som ska beaktas vid egenvårdsbedömningen

Som beskrivits i avsnitt 3.6.1 har det i vår utredning kommit fram att det inte finns någon enhetlig syn inom hälso- och sjukvården när det gäller vad som kan utföras som egenvård. I olika regioner och i olika hälso- och sjukvårdsverksamheter finns olika uppfattningar om i vilka situationer som egenvård inte kan vara aktuellt. Det kan till exempel handla om att hälso- och sjukvårdsåtgärden är svår att utföra, att den är riskfylld eller handla om omständigheter som är hänförliga till patienten. Som har beskrivits i avsnitt 4.4 har det i vår utredning också kommit fram uppgifter som tyder på att egenvårdsbedömningar inte alltid fullt ut görs utifrån en bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet, en individuell bedömning av patientens möjlighet att få en trygg och säker vård och en full insikt i vad egenvård egentligen innebär för patienten. Det har också kommit fram att hälso- och sjukvårdsåtgärder som är både komplexa och förenade med en risk för patientens liv eller hälsa bedöms kunna utföras som egenvård i situationer där patienten av olika skäl inte har möjlighet att själv bistå i utförandet och där hjälp med utförandet ska ges av någon som gör detta i någon annan egenskap än anhörig.

Att bedöma att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård innebär att hälso- och sjukvården överlämnar utförandet till den enskilde själv eller till någon annan som ska hjälpa den enskilde. Detta är normalt personer som saknar medicinska kunskaper. Det är viktigt att fokus vid egenvårdsbedömningen alltid är patientsäkerheten och att beslutet präglas av faktisk patientmedverkan i så hög utsträckning som möjligt. Mot bakgrund dels av de brister som vi har sett i fråga om patientsäkerhet vid viss egenvård, dels utifrån de faktiska möjligheter som i dag finns att utföra komplexa medicinska och medicintekniska åtgärder i hemmet, bedömer vi att det finns skäl att i den nya lagen om egenvård tydliggöra vad som ska beaktas vid bedömningen av om en åtgärd kan utföras som egenvård eller inte.

Som nämnts i avsnitt 9.3 anser vi inte att den ordningen bör förändras som gäller i dag som innebär att egenvårdsbedömningen är beroende av omständigheterna i varje enskilt fall och att bedömningen ligger hos den enskilde behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården. Vi anser inte heller att det ska

införas någon uttrycklig begränsning eller någon uppräkningslista av vilka slags åtgärder som skulle kunna bli aktuella att utföras som egenvård. Med hänsyn till det närmast oändliga antalet uppgifter som kan förekomma inom hälso- och sjukvården och den snabba utvecklingen inom medicin och medicinteknik, skulle en uttömmande uppräkningslista över relevanta vårdåtgärder knappast vara möjlig att göra. Fastställande av en bestämd övre gräns för vad som kan bli aktuellt att utföra som egenvård skulle också innebära en minskad möjlighet att ta hänsyn till patientens sammantagna situation sett till vårdbehov, ålder, levnadsförhållanden och fysiska och kognitiva förutsättningar. Oavsett på vilken nivå gränsen skulle läggas så skulle också en viss gränsdragningsproblematik kvarstå.

Däremot anser vi att det i den nya lagen om egenvård bör tydliggöras vad som i dag gäller, det vill säga att en hälso- och sjukvårdsåtgärd endast får bedömas som egenvård om det är förenligt med kravet på god vård. Utgångspunkten vid bedömningen ska vara patientsäkerheten. Detta innebär bland annat att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska beaktas (se 5 kap. 1 § 2 hälso- och sjukvårdslagen). Det innebär också att bedömningen ska överensstämma med hälso- och sjukvårdens skyldighet att ge en sakkunnig och omsorgsfull vård som är i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (se 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen och 1 kap. 7 § patientlagen).

Att en hälso- och sjukvårdsåtgärd endast får bedömas som egenvård om det är förenligt med kravet på god vård innebär att samtliga omständigheter av betydelse ska beaktas. Vi föreslår dock att vissa omständigheter ska lyftas fram särskilt i den nya lagen i syfte att fungera som vägledning för den som ska göra bedömningen och för att möjliggöra en större enhetlighet. Vi anser att det bör framgå att patientens individuella förutsättningar och livssituation ska beaktas. Med detta avses exempelvis patientens önskemål, fysiska och psykiska hälsa och levnadsförhållanden. Vi anser också att det bör framgå att hänsyn ska tas till hälso- och sjukvårdsåtgärdens art. Med detta menas att hänsyn exempelvis behöver tas till om hälso- och sjukvårdsåtgärden är svår att utföra på ett korrekt sätt eller inte. Vi anser också att det bör lyftas fram att det ska beaktas vilka följder som ett felaktigt utförande skulle kunna få för patienten. Det sistnämnda är en självklar del i en bedömning som ska göras med utgångspunkt i patientsäkerhetsöverväganden.

Enligt vårt förslag ska de omständigheter som nu nämnts beaktas i alla situationer då egenvård kan bli aktuellt, oavsett om denna ska utföras av den enskilde själv, av någon anhörig eller av någon annan.

Vissa omständigheter ska särskilt beaktas när den enskilde behöver hjälp att utföra egenvården

Som komplement till den ovan nämnda regleringen om vad som generellt ska beaktas vid en egenvårdsbedömning föreslår vi att det ska införas två ytterligare punkter som särskilt ska beaktas i situationer då patienten behöver få hjälp att utföra egenvården. Dessa ska beaktas oavsett om den som hjälper den enskilde med egenvården är exempelvis en anhörig eller någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning.

Förutsättningarna för patienten att vara delaktig i utförandet, praktiskt eller genom instruktioner

I vår utredning har det kommit fram uppgifter om att egenvårdsbedömningar inte alltid fullt ut görs utifrån en individuell bedömning av patientens möjlighet att få en trygg och säker vård genom egenvård. Samtidigt har det kommit fram att det förekommer att komplexa och i vissa fall livsuppehållande hälso- och sjukvårdsåtgärder bedöms kunna utföras som egenvård även om det inte finns förutsättningar för patienten att vara delaktig i utförandet. Det kan vara fråga om att den enskilde har varaktiga fysiska eller kognitiva nedsättningar som påverkar förutsättningarna att vara delaktig i utförandet, men det kan också handla om situationer då den enskilde på grund av ett medicinskt tillstånd tillfälligt inte har möjlighet att bistå, exempelvis vid krampanfall eller andningsuppehåll. I sådana situationer befinner sig den enskilde i en utsatt position och den som ska hjälpa till med egenvården åläggs ett stort ansvar. Den som ska hjälpa den enskilde kan då, utan möjlighet att få stöd från den enskilde själv, behöva ta beslut om vilken åtgärd som behövs, hur åtgärden ska utföras eller när och i vilken mängd som ett visst läkemedel ska ges. Detta är omständigheter som vi anser bör beaktas särskilt när den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården gör bedömningen av om det med hänsyn till

den sammantagna situationen kan anses vara förenligt med god vård att bedöma att en viss åtgärd kan utföras som egenvård. Vi bedömer att detta är av sådan vikt att det bör framhållas i den föreslagna lagen om egenvård. Vårt förslag är att det i lagen ska anges att när den enskilde behöver hjälp att utföra egenvården ska det vid egenvårdsbedömningen tas särskild hänsyn till förutsättningarna för patienten att vara delaktig i utförandet, praktiskt eller genom instruktioner.

Förslaget innebär att en särskilt omsorgsfull bedömning ska göras när förutsättningarna för patienten att vara delaktig i utförandet är begränsade. Utgångspunkten för egenvårdsbedömningen ska även fortsättningsvis vara patientsäkerheten och det är den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården som även fortsättningsvis ska göra bedömningen av om det med hänsyn till omständigheterna är lämpligt att åtgärden utförs som egenvård.

I vilken utsträckning det finns möjlighet att utbyta information som behövs för att egenvården ska kunna ges på ett tryggt och säkert sätt

Som har beskrivits i tidigare avsnitt är möjligheten till informationsöverföring en fråga som särskilt aktualiseras när den enskilde behöver få hjälp av någon annan för att utföra egenvården, det vill säga frågan hur den som ska vara behjälplig med egenvården får tillgång till den information som behövs för att kunna ge hjälpen på ett tryggt och säkert sätt. Som också har beskrivits i avsnitt 4.4.6 har det i vår utredning kommit fram att det i dag förekommer att personer som ska hjälpa den enskilde med egenvården inte får all den information om egenvården som de behöver, exempelvis på grund av att den enskilde inte får informationen vidare eller på grund av att den enskilde inte ger sitt samtycke till att den som ska vara behjälplig med egenvården tar kontakt med hälso- och sjukvården i frågor som rör egenvården.

Att de som ska hjälpa den enskilde med egenvården har den information som behövs är av uppenbar betydelse för möjligheten att kunna utföra åtgärderna på ett sätt som är tryggt och säkert för den enskilde. Vi föreslår därför att möjligheten för hälso- och sjukvården att utbyta nödvändig information med den eller de som ska utföra åtgärden bör beaktas särskilt vid bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Om patienten inte sam-

tycker till att de som ska hjälpa till med egenvården får nödvändig information om åtgärden och hur den ska utföras – och den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården bedömer att detta påverkar möjligheten att kunna utföra egenvården på ett tryggt och säkert sätt – så bör detta kunna utgöra ett hinder mot att bedöma att åtgärden kan utföras som egenvård. Om den inom hälso- och sjukvården som ansvarar för egenvårdsbedömningen bedömer att viss information under pågående egenvårdsinsats behöver kunna överlämnas till de som ska utföra egenvården, men den enskilde motsätter sig detta, så bör det övervägas om den tidigare gjorda egenvårdsbedömningen kan bestå.

Våra överväganden i fråga om att inte föreslå införande av en sekretessbrytande bestämmelse redovisas i avsnitt 9.4.6.

I vissa fall kan en egenvårdsbedömning inte göras om inte samverkan först har skett

Som beskrivits närmare i avsnitt 4.4.2 har det i vår utredning kommit fram att det förekommer att åtgärder överlämnas av personal inom hälso- och sjukvården direkt till personliga assistenter, exempelvis i samband med ett läkarbesök eller vid utskrivning från slutenvården. Detta utan att samverkan först har skett med ansvarig befattningshavare i den verksamhet där den personliga assistenten är anställd.

Att den som är arbetsgivare för personal som ska hjälpa en enskild med egenvård känner till att sådan hjälp ges och vad hjälpen i det enskilda fallet innebär är en förutsättning för att denne ska kunna vidta de åtgärder som krävs för att hjälpen ska hålla god kvalitet. Att ha säkerställt detta är således enligt vår uppfattning en förutsättning för att en bedömning om egenvård ska kunna anses uppfylla kravet på god och omsorgsfull vård. För att den som ansvarar för egenvårdsbedömningen ska kunna bedöma om en viss hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård på ett tryggt och säkert sätt är det också nödvändigt att känna till under vilka förhållanden som åtgärden ska utföras och vilka förutsättningar de som ska hjälpa till med egenvården har.

Mot denna bakgrund föreslår vi att det i den nya lagen om egenvård ska regleras att när patienten behöver hjälp att utföra åtgärden av någon som gör det i sin yrkesutövning, kan en hälso- och sjukvårdsåtgärd endast bedömas kunna utföras som egenvård om sam-

verkan först har skett med ansvarig befattningshavare hos dennes arbetsgivare. Formerna för samverkan och vad denna ska innehålla beskrivs i avsnittet nedan.

9.4.8 Samverkan när den enskilde behöver hjälp att utföra egenvården av någon som gör detta i sin yrkesutövning

Förslag: Om patienten behöver hjälp med utförandet av egenvård av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning ska den som är ansvarig för egenvårdsbedömningen enligt 2 kap. 1 § samverka med ansvarig befattningshavare hos arbetsgivaren för de som ska hjälpa den enskilde med egenvården.

Samverkan ska ha den form och omfattning som krävs för att en egenvårdsbedömning ska kunna göras och för att en åtgärd som bedömts som egenvård ska kunna utföras på ett sätt som är tryggt och säkert för patienten. Samverkan ska alltid omfatta:

1. vilken åtgärd som avses och de moment som åtgärden består i,
2. vilka följder som ett felaktigt utförande skulle kunna få för patienten,
3. vilken information, instruktion och rådgivning i medicinska frågor som hälso- och sjukvården behöver tillhandahålla,
4. hur information om ordinationer och andra omständigheter som är nödvändiga för att hjälp med egenvård ska kunna ges på ett tryggt och säkert sätt, ska komma den som utför åtgärden till del, och
5. hur information om skador och risker för skador som inträffat vid utförandet av egenvården ska komma hälso- och sjukvården till del.

En tydligare reglering om samverkan behövs

Som nämnts ovan och som har beskrivits närmare i avsnitt 4.4.2 har vi i vår utredning kunnat se att det förekommer att sjukvårdande insatser utförs av personer som gör detta inom ramen för sin yrkesut-

övning utan föregående samverkan, utan föregående egenvårdsbedömning, och utan att det funnits någon planering för hur egenvården ska gå till eller hur de personer som ska utföra egenvården ska få den information som de behöver. Vi har också kunnat se att det finns olika uppfattningar om vem av hälso- och sjukvården och den utförande verksamheten som har ansvar när det gäller samverkan, instruktion, information och rådgivning till de personliga assistenterna vid utförande av egenvård, och hur långt ansvaret sträcker sig. I utredningen har det också kommit fram att personalen eller dennes arbetsgivare inte alltid vet hur de ska agera eller vem de ska kontakta om något går fel eller om det skulle behövas brådskande rådgivning om egenvården. Även i en kartläggning av Socialstyrelsen år 2017 konstaterades att egenvård är ett komplext område som ofta förekommer i gränslandet mellan olika huvudmäns ansvarsområden och att egenvård därför kräver samarbete och gemensam planering. Socialstyrelsen bedömde att det fanns behov av att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar för bedömning, information, samråd och planering med andra aktörer.¹²

Att den som ska utföra uppgiften har tillräckliga kunskaper och tillgång till kvalificerat stöd vid frågor som är relaterade till utförandet är förutsättningar för att hjälp med egenvård ska kunna ges på ett sätt som är tryggt och säkert för den enskilde. Det är också viktigt att den som ska utföra uppgifterna har tillgång till information om hur utförandet ska ske och om det skett några förändringar som påverkar egenvården. Att dessa frågor är klargjorda är också en grundläggande förutsättning för att bedöma om de rådande omständigheterna är sådana att den aktuella hälso- och sjukvårdsåtgärden kan utföras just som egenvård.

Vad den nya regleringen bör innehålla

I 4 kap. 5 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift anges bland annat att det i förekommande fall ska göras en utredning för att avgöra om patienten själv eller med hjälp av någon annan på ett säkert sätt kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd som egenvård. I 4 kap. 6 § i egenvårdsföreskriften anges också bland annat att om patienten be-

¹² Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning*, s. 32 f.

höver praktisk hjälp för att utföra egenvården, ska den behandlande legitimerade yrkesutövaren samråda med ansvarig nämnd inom socialtjänsten eller ansvarig befattningshavare hos en annan aktör. Vi bedömer att det finns skäl att i den föreslagna lagen om egenvård utveckla detta ytterligare. Vårt förslag är att det i den nya lagen införas en bestämmelse om att samverkan alltid ska ske med ansvarig befattningshavare hos arbetsgivaren för den personal som ska hjälpa den enskilde med egenvården. Vi föreslår också att det ska regleras att vissa delar alltid ska klargöras inom ramen för samverkan.

Den föreslagna bestämmelsen om samverkan har flera syften. Dels är samverkan en nödvändig del för att en fullgod egenvårdsbedömning alls ska kunna göras i de fall som den enskilde ska få hjälp från någon som gör det inom ramen för sin yrkesutövning. För att kunna bedöma om egenvården kan ges på ett sätt som är tryggt och säkert för patienten behöver den som ska göra bedömningen veta under vilka förhållanden som egenvården ska ges. I avsnitt 9.4.7 beskrevs att förslaget är att en egenvårdsbedömning förutsätter att samverkan redan har skett. Dels syftar samverkan till att tydliggöra ansvarsfördelningen och lägga grunden för planering av hur egenvården ska gå till. Samverkan syftar även till att förhindra att hälso- och sjukvården, utan arbetsgivarens kännedom, överlåter till personliga assistenter eller annan personal att utföra egenvårdsuppgifter.

Vad samverkan ska omfatta

Enligt vårt förslag ska samverkan ha den form och omfattning som krävs för att en egenvårdsbedömning ska kunna göras och för att en åtgärd som har bedömts som egenvård ska kunna utföras på ett sätt som är tryggt och säkert för patienten.

Vi bedömer att samverkan alltid bör omfatta vilka uppgifter det är fråga om, vilka delmoment som uppgifterna består av och vilka eventuella risker som utförandet kan vara förenat med.

Vi bedömer också att samverkan alltid bör omfatta vilka instruktioner och rådgivning som hälso- och sjukvården behöver tillhandahålla. Att detta är ett ansvar som åligger hälso- och sjukvården ska enligt vårt förslag också regleras (se avsnitt 9.4.11). Syftet med att lägga in denna punkt i bestämmelsen om samverkan är att det är först

när omständigheterna står klart för den som ska göra bedömningen, exempelvis förkunskaper hos den utförande personalen och tillgången till kompetens inom arbetsgivarens egen organisation som det står klart vad hälso- och sjukvården behöver tillhandahålla. När den som ska hjälpa patienten med de sjukvårdande uppgifterna gör detta inom ramen för sin yrkesutövning är det särskilt viktigt att egenvården sker under strukturerade former med tydlig ansvarsplacering. Det är i denna situation också viktigt med instruktion och tillgång till rådgivning i medicinska frågor till de personer som ska utföra uppgifterna.

Slutligen bedömer vi att samverkan bör omfatta frågor om hur informationsöverföring avseende förändringar i exempelvis ordinationer ska ske på ett sätt som är tryggt för både den enskilde och för den personal som ska hjälpa honom eller henne. Detsamma bör gälla i fråga om hur information om eventuella skador, eller risker för skador, som inträffat vid utförandet av egenvården ska överföras från utförarverksamheten till hälso- och sjukvården.

Uppräkningen ovan är inte uttömmande. I vissa fall kan det vara nödvändigt att samverka om ytterligare frågor än de angivna.

9.4.9 Skriftlig planering när den enskilde behöver hjälp att utföra egenvården av någon som gör detta i sin yrkesutövning

Förslag: Om patienten behöver hjälp med utförandet av egenvård av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning ska den som ansvarar för egenvårdsbedömningen upprätta en skriftlig planering för egenvården, om detta inte är uppenbart obehövt.

Planeringen ska ha den omfattning som krävs för att egenvården ska kunna utföras på ett sätt som är tryggt och säkert för patienten. Av planeringen ska det alltid framgå

1. vilken åtgärd som har bedömts kunna utföras som egenvård,
2. vilka kunskaper som den som hjälper den enskilde med egenvården behöver ha,
3. hur information och instruktioner ska ges till den som hjälper patienten med egenvården,

4. vem inom hälso- och sjukvården som ska kontaktas om det uppstår frågor om hur egenvården ska utföras,
5. vilka åtgärder som ska vidtas och vem inom hälso- och sjukvården som ska kontaktas om patientens situation förändras,
6. vilka åtgärder som ska vidtas och vem inom hälso- och sjukvården som ska kontaktas om patienten har drabbats av skada eller har utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården, och
7. hur och med vilket intervall som egenvårdsbedömningen ska följas upp av hälso- och sjukvården.

Den skriftliga planeringen ska lämnas till patienten och till ansvarig befattningshavare hos arbetsgivaren för den som ska hjälpa den enskilde med egenvården, om inte bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt hindrar detta.

Ett krav på skriftlig planering behövs när den enskilde är i behov av hjälp att utföra egenvården av någon som gör detta i sin yrkesutövning

I 5 kap. 1 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift regleras att hälso- och sjukvårdspersonalen i vissa fall har ett ansvar för att göra en planering rörande egenvården. Av planeringen ska bland annat framgå vilken åtgärd som har bedömts som egenvård, hur information och instruktioner ska ges och vilka åtgärder som ska vidtas om patientens situation förändras.¹³ Som beskrivits i avsnitt 4.4.2 har vi dock i vår utredning kunnat se att det förekommer att sjukvårdande insatser utförs av personer som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning utan att det funnits någon planering för hur egenvården ska gå till eller hur de personer som ska utföra egenvården ska få den information som de behöver. Det har framförts att egenvårdsplanering som görs inte alltid innehåller den information som behövs och att det många gånger är svårt för utförarna att veta vad som gäller för egenvården och hur den ska utföras. I utredningen har det också kommit fram att det inte alltid finns någon tydlig struktur för hur

¹³ 5 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

personalen eller dennes arbetsgivare ska agera, eller vem de ska kontakta, ifall någonting går fel eller om det skulle behövas brådskande rådgivning om egenvården.

Egenvård innebär att sjukvårdande uppgifter ska utföras av personer som i normalfallet saknar hälso- och sjukvårdsutbildning och hjälp med egenvård ges många gånger i verksamheter där det inte finns tillgång till egen medicinsk kompetens. Att det är tydligt för alla inblandade hur egenvården ska utföras och vad som ska göras i olika situationer som kan uppkomma är då en självklar förutsättning för att hjälpen med egenvård ska kunna ges på ett sätt som är tryggt och säkert för den enskilde. Vikten av detta ökar med den sjukvårdande uppgiftens svårighetsgrad, allvarligheten av de konsekvenser som kan uppstå vid fel i utförandet och även beroende på vilka förutsättningar som den enskilde har att, praktiskt eller genom instruktioner, vara delaktig i utförandet. En skriftlig planering som är relevant och uppdaterad medför tydlighet för samtliga aktörer som är berörda av egenvården. Vi anser därför att en skriftlig planering har en viktig funktion i fråga om att bidra till trygghet och säkerhet för den som ska ta emot hjälpen. Vår bedömning är därmed att ett krav på att upprätta en skriftlig planering bör införas i den nya lagen om egenvård. Vi anser också att det bör regleras vad den skriftliga planeringen som minst ska innehålla. Ansvar för att upprätta planeringen bör ligga hos hälso- och sjukvården eftersom det är där som egenvårdsbedömningen görs och där som kunskapen finns.

Den skriftliga planering som vi föreslår utgör inte en egentlig del av den samverkan som beskrivits i avsnitt 9.4.8 utan planeringen ska beskriva förutsättningarna för egenvården, det vill säga hur hälso- och sjukvården bedömer att egenvården ska utföras, samt beskriva vad hälso- och sjukvården ska tillhandahålla för att egenvården ska kunna utföras på ett sätt som är tryggt och säkert för den enskilde. Avseende viss information som ska anges i den skriftliga planeringen kan det dock vara nödvändigt för hälso- och sjukvården att först samråda med ansvarig befattningshavare i den verksamhet som ska utföra egenvården.

Den nuvarande regleringen om planering i 5 kap. 1 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift omfattar flera olika situationer. För att undvika reglering som på ett onödigt sätt belastar hälso- och sjukvården bedömer vi dock att kravet på att upprätta en skriftlig planering i den nya lagen bör begränsas till att gälla just i situationer då

den enskilde behöver få hjälp att utföra egenvården av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning. Personer som hjälper någon med egenvård inom ramen för sin yrkesutövning byts ibland ut med kort varsel och verksamheter förändras. Det är då enligt vår mening särskilt viktigt att formerna för egenvården och vad som ska göras i olika situationer inte blir något som endast vidarebefordras muntligt mellan de som är berörda, utan att informationen är nedtecknad och möjlig att återkomma till vid behov. I den mån som en patient i någon annan situation efterfrågar en skriftlig planering avseende sin egenvård kan detta givetvis ändå vara lämpligt att upprätta, men vi bedömer inte att denna situation bör omfattas av ett generellt krav.

Vi föreslår också att ett undantag från kravet på skriftlig planering ska gälla om det med hänsyn till åtgärdens art är uppenbart obehövt med en sådan planering. Det kan vara fallet exempelvis när det är fråga om åtgärder som är mycket basala och där det inte finns någon egentlig risk förknippad med ett eventuellt felaktigt utförande.

Vad den skriftliga planeringen ska innehålla

I 5 kap. 4 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift regleras i dag vad dokumentationen av en planering ska innehålla. Vi föreslår att flertalet av dessa punkter bör följa med till den nya lagen som sådana omständigheter som alltid ska klargöras i den skriftliga planeringen, i de fall som en sådan ska upprättas. I vissa situationer kan det dock finnas behov av att inkludera ytterligare uppgifter i den skriftliga planeringen. Uppräkningen ska därför inte vara uttömmande. Enligt vårt förslag ska därför regleras att den skriftliga planeringen ska ha den omfattning som krävs för att egenvården ska kunna utföras på ett sätt som är tryggt och säkert för patienten. Vi föreslår att det av planeringen alltid ska framgå

1. vilken åtgärd som bedömts kunna utföras som egenvård,
2. vilka kunskaper som hälso- och sjukvården bedömer att den som hjälper den enskilde med egenvården behöver ha. Med detta menas exempelvis vilka instruktioner som hälso- och sjukvården anser att den person som hjälper den enskilde med egenvården behöver ha tagit del av.

3. hur information och instruktioner ska ges till den som ska utföra egenvården. Med detta åsyftas exempelvis information om förnyade ordinationer eller liknande förändringar som påverkar utförandet av egenvården.
4. vem inom hälso- och sjukvården som ska kontaktas om det uppstår frågor om hur egenvården ska utföras.
5. vilka åtgärder som ska vidtas och vem inom hälso- och sjukvården som ska kontaktas om patientens situation förändras,
6. vilka åtgärder som ska vidtas och vem inom hälso- och sjukvården som ska kontaktas om patienten har drabbats av skada eller har utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården, och
7. hur och när egenvården ska följas upp av hälso- och sjukvården.

I 5 kap. 5 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift regleras i dag att patienten ska få en kopia av dokumentationen. Vi föreslår att ett motsvarande krav ska införas även i den nya lagen, men att detta också ska kompletteras med ett krav att planeringen ska lämnas även till ansvarig befattningshavare hos arbetsgivaren för den som ska hjälpa den enskilde med egenvården. Detta i syfte att de som i praktiken ska hjälpa den enskilde med egenvården ska få del av de uppgifter de behöver för att hjälpen ska kunna ges på ett sätt som är tryggt och säkert för patienten. En förutsättning är att bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt inte hindrar detta (se avsnitt 3.7.1 och 3.7.2).

Relationen mellan den skriftliga planeringen om egenvård och andra individuella planeringar

Den skriftliga planering som vi föreslår avser just detaljerna för egenvården och formerna för denna. Denna planering är inte att jämföras med sådana individuella planeringar som ska göras enligt 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) eller 10 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. En skriftlig planering om egenvård kan dock självfallet vara en del av en sådan individuell planering.

9.4.10 Tydliggörande av att vissa uppgifter ska dokumenteras i patientens journal

Förslag: Om patienten behöver få hjälp med utförandet av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning ska följande dokumenteras i patientens journal:

1. de överväganden som gjorts i samband med egenvårdsbedömningen enligt 2 kap. 4 §,
2. uppgift om den enskildes inställning till att hälso- och sjukvården, med de som ska hjälpa patienten med egenvården, utbyter information om ordinationer och andra omständigheter som är nödvändiga för att hjälp med egenvården ska kunna ges på ett tryggt och säkert sätt,
3. uppgifter om åtgärder som vidtagits som en del i samverkan enligt 3 kap. 1 §, och
4. innehållet i den planering som upprättats enligt 3 kap. 2–3 §§.

Generella bestämmelser om vad som ska dokumenteras i patientens journal finns i 3 kap. 5 § patientdatalagen (2008:355). I syfte att säkerställa möjligheten till patientsäkra uppföljningar i situationer när patienten behöver få hjälp med egenvården av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning anser vi att det bör förtydligas att vissa uppgifter ska dokumenteras i patientens journal.

9.4.11 Ansvar för instruktioner och rådgivning när den enskilde behöver hjälp att utföra egenvården av någon som gör detta i sin yrkesutövning

Förslag: Om patienten behöver hjälp med utförandet av egenvården av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning, och hälso- och sjukvårdsåtgärden bedöms kunna utföras som egenvård efter viss instruktion, ansvarar den inom hälso- och sjukvården som ansvarar för egenvårdsbedömningen för att de personer som ska hjälpa den enskilde får den instruktion, information och tillgång till rådgivning i medicinska frågor som behövs för att uppgifterna ska kunna utföras på ett säkert sätt.

Att den som ska hjälpa någon annan med egenvård har tillräcklig kunskap för uppgiften och även tillgång till kvalificerat stöd vid frågor som är relaterade till utförandet är en förutsättning för att en trygg och säker insats ska kunna ges. Det finns dock i dag inte några bestämmelser som tydligt reglerar vem som har ansvar för att ge instruktion och rådgivning till personer som ska hjälpa någon annan med egenvård, och det utgör ett problem och är en risk för patient-säkerheten.

Enligt vår bedömning bör ansvaret för instruktioner, information och rådgivning åligga hälso- och sjukvården. Det är hälso- och sjukvården som har kunskapen om hur hälso- och sjukvårdsåtgärder ska utföras och det är den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården som har kunskapen om vilka instruktioner som i det individuella fallet behövs för att en viss åtgärd ska kunna utföras på ett sätt som är tryggt och säkert för den enskilde. Utgångspunkten är också att en hälso- och sjukvårdsåtgärd är just hälso- och sjukvårdens ansvar och det är först genom egenvårdsbedömningen som ansvaret för utförandet av åtgärden flyttas från hälso- och sjukvården. Alternativet för hälso- och sjukvården är att själv behålla ansvaret för utförandet. Ifall den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården anser att en uppgift efter viss instruktion kan utföras som egenvård är det därför enligt vår uppfattning självklart att det är hälso- och sjukvården som ska ha ansvaret för att tillhandahålla den information, de instruktioner och den rådgivning som krävs för att egenvården ska kunna utföras på ett säkert sätt för patienten.

De ovan nämnda problemen rörande ansvar för instruktioner och rådgivning tycks främst vara något som uppstår när den som ska hjälpa den enskilde gör detta inom ramen för sin yrkesutövning, det vill säga när det finns en annan verksamhet som är berörd av egenvården. Socialstyrelsen har vid en kartläggning år 2017 bland annat funnit att hälso- och sjukvårdens arbete med bedömning av och information om egenvård i de flesta fall fungerar bra vid kontakt med patienten och patientens föräldrar, men att bilden är en annan när det gäller information till andra som ska hjälpa patienten med egenvården. Kartläggningen visade att patienten eller föräldrarna i dessa fall ofta får rollen som bärare av information om egenvård. Socialstyrelsen ansåg att hälso- och sjukvårdens ansvar för information till

exempelvis personliga assistenter vid beslut om egenvårdsinsatser behöver förtydligas.¹⁴

Att en person instruerar sina egna personliga assistenter behöver självfallet inte vara vare sig problematiskt eller patientosäkert. Det behöver inte heller vara problematiskt eller patientosäkert att en person som företräder assistansanvändaren är behjälplig med instruktioner och rådgivning. Vi anser dock att det är viktigt att ett eventuellt ställningstagande att överlämna till en patient eller en företrädare att utföra uppgiften att ge instruktioner är en aktiv handling som grundar sig i en bedömning av personens förmåga och villighet att faktiskt förvalta det ansvaret, samt en bedömning av rimligheten i att ansvaret överlämnas. Det är enligt vår uppfattning oacceptabelt att en otydlig placering av ansvaret för instruktion och tillhandahållande av rådgivning leder till brister i patientsäkerheten. De brister som vi sett rör situationer där egenvård utförs av personer som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning.

Sammantaget bedömer vi att det finns skäl att i den föreslagna lagen om egenvård reglera att om patienten behöver få hjälp med utförandet av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning, och hälso- och sjukvårdsåtgärden bedöms kunna utföras som egenvård efter viss instruktion, så ansvarar hälso- och sjukvården för att de personer som ska hjälpa den enskilde får den instruktion, information och tillgång till rådgivning i medicinska frågor som behövs för att uppgifterna ska kunna utföras på ett säkert sätt.

9.4.12 Uppföljning när den enskilde behöver hjälp att utföra egenvården av någon som gör detta i sin yrkesutövning

Förslag: När patienten får hjälp med utförandet av egenvården av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning ska den inom hälso- och sjukvården som ansvarar för egenvårdsbedömningen följa upp denna regelbundet, om det inte är uppenbart obehövt. Hur uppföljningen närmare ska gå till ska framgå av den skriftliga planeringen.

¹⁴ Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning*, s. 32 f.

Utöver detta ska en förnyad egenvårdsbedömning alltid göras om det kommer till hälso- och sjukvårdens kännedom att:

1. de förutsättningar som legat till grund för egenvårdsbedömningen väsentligt har förändrats, eller
2. en skada eller risk för skada har inträffat i samband med egenvården.

Uppföljning av egenvård behöver regleras

En kartläggning som Socialstyrelsen gjort visar att ändrade förutsättningar, exempelvis när en ny assistent börjar, inte alltid medför att hälso- och sjukvården gör en ny bedömning av om åtgärden fortfarande kan utföras som egenvård. Socialstyrelsens slutsats var att hälso- och sjukvården behöver uppmärksammas på sitt ansvar för att göra en ny egenvårdsbedömning vid förändrade omständigheter och att det finns ett behov av att förtydliga att hälso- och sjukvården har ansvar för att egenvårdsbedömningen omprövas om förutsättningarna ändras och vad det innebär.¹⁵ Denna bild förstärktes vid våra samtal med assistansanordnare och intresseorganisationer där uppfattningen framfördes att egenvård inte följs upp i tillräcklig utsträckning av hälso- och sjukvården.

I 4 kap. 10 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift regleras uppföljning och omprövning. Där framgår att den som har gjort egenvårdsbedömningen ska ansvara för att egenvården omprövas om förutsättningarna ändras och följs upp regelbundet om detta inte är uppenbart obehövligt. Vi bedömer att det finns skäl låta denna princip följa med till den nya lagen om egenvård, men att kravet då endast ska omfatta situationer när den enskilde behöver hjälp med utförandet av någon som gör det inom ramen för sin yrkesutövning. Skälet till detta är att det är just i dessa situationer där de yttre förutsättningarna för egenvård snabbt kan förändras och den enskilde befinner sig i en mer utsatt position. Vårt förslag är att en åtgärd som har bedömts som egenvård och som ska utföras av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning ska följas upp regelbundet av hälso- och sjukvården, om detta inte är uppenbart obehövligt. For-

¹⁵ Socialstyrelsen (2017). Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning.

merna för uppföljningen ska framgå av den skriftliga planeringen som beskrivits närmare i avsnitt 9.4.9.

Vi föreslår inte att det ska regleras generellt med vilket intervall som uppföljning ska ske. Detta bör bestämmas i varje enskilt fall. Däremot anser vi att det valda intervallet bör dokumenteras i den skriftliga planeringen så att det är tydligt för patienten när en uppföljning ska ske. Regelbunden uppföljning av egenvården kan i vissa fall vara uppenbart obehövligt. Detta till exempel om det är fråga om en vård- eller behandlingsinsats som är kortvarig eller om egenvårdsåtgärden till sin art är mycket basal.

Härutöver föreslår vi att en förnyad prövning av egenvårdsbedömningen alltid ska göras om det kommer till hälso- och sjukvårdens kännedom att de förutsättningar som legat till grund för egenvårdsbedömningen väsentligt har förändrats eller att en skada eller risk för skada inträffat i samband med egenvården. Avseende hjälp med egenvård som ges inom ramen för verksamhet enligt LSS föreslår vi att det ska införas en skyldighet för ansvarig befattningshavare i verksamheten att i vissa fall informera hälso- och sjukvården om exempelvis skada eller risk för skada inträffat i samband med egenvården. Detta beskrivs närmare i avsnitt 9.6.2.

9.4.13 Socialstyrelsen får i uppdrag att föreskriva hur egenvård ska beaktas i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete

Förslag: Regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att, med stöd av bemyndigande i 8 kap. 5 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), föreskriva hur egenvård ska beaktas i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Otydlighet försvårar ett systematiskt kvalitetsarbete

Som beskrivits i avsnitt 4.4.8 har det i vår utredning kommit fram att aktörerna i dag upplever att det är otydligt hur skador och risker för skador som inträffat i samband med egenvården ska hanteras i samband med det systematiska kvalitetsarbetet. I situationer då den enskilde får hjälp med egenvården av någon som gör det inom ramen

för sin yrkesutövning finns det två tänkbara ansvariga aktörer som ska hantera uppgifterna. Dels utförarverksamheten, dels den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedömt att hälso- och sjukvårdsåtgärden kan utföras som egenvård. Dessa två aktörer har separata avvikelshanteringssystem och lyder under delvis olika regler för systematiskt kvalitetsarbete. I vår utredning har det kommit fram att följden av den upplevda otydligheten är att skador och risker för skador som inträffar i samband med utförande av egenvård inte alltid hanteras inom ramen för hälso- och sjukvårdsverksamhetens systematiska kvalitetsarbete, och att det finns en risk för att händelser faller mellan stolarna, det vill säga att de varken tas om hand av utförarverksamheten eller hälso- och sjukvården. I den kartläggning som Socialstyrelsen gjort år 2017 framkom att det är svårt att få en bild på nationell nivå av hur vanligt det är med skador i samband med egenvård. I kartläggningen konstaterade Socialstyrelsen att för att få en ökad patientsäkerhet är det viktigt att vårdgivarna själva följer upp alla skador i samband med egenvård. Detta gäller både vårdskador och andra skador som uppkommer i samband med utförandet av egenvård.¹⁶

En ökad tydlighet behövs

Skador och risker för skador inträffar i alla vård- och omsorgsverksamheter. För att förebygga risker och, i förekommande fall, förhindra att skador inträffar igen är det dock av stor vikt att systematiskt kunna identifiera, utreda, hantera och följa upp alla avvikelser som inträffar. Hinder mot att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete kan leda till att patientsäkerhetsrisker inte uppmärksammas och åtgärdas. Detta utgör en risk för den enskilde patienten, såväl som en risk för patientsäkerheten på ett övergripande plan eftersom det utgör ett hinder för lärande i organisationen.

Utifrån vad vi sett i vår utredning bedömer vi att det finns behov av att förtydliga vårdgivarens ansvar för att verksamhetens ledningssystem innehåller de rutiner som behövs för att säkerställa att kraven enligt den nya lagen om egenvård efterlevs, och att vårdgivaren även i övrigt ska vidta de åtgärder som krävs för att i samband med egenvård uppfylla sitt ansvar att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård uppfylls, i en-

¹⁶ Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning.*

lighet med 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen. Vi ser också att det kan finnas behov av att förtydliga vårdgivarens ansvar för att verksamhetens ledningssystem innehåller rutiner för hur skador eller risker för skador som skett vid utförande av egenvård ska hanteras när de kommer till vårdgivarens kännedom, och att dessa bör ligga till grund för det systematiska patientsäkerhetsarbetet och för framtida bedömningar om egenvård. Vi bedömer att detta inte är nödvändigt att reglera på lagnivå. Vi bedömer också att detta omfattas av bemyndigande enligt 3 kap. 11 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och 8 kap. 5 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

9.4.14 Behov av förändringar i annan lagstiftning med anledning av ny lag om egenvård

I samband med vårt förslag om ny lag om egenvård föreslår vi regler som tydliggör ansvaret för verksamheter enligt LSS som erbjuder hjälp med egenvård. Det genom förändringar i förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade (se avsnitt 9.6 nedan). Det kan dock även finnas behov av översyn av annan lagstiftning som avser verksamheter där enskilda får hjälp med egenvård av personer som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning. Det kan exempelvis handla om skola eller verksamheter enligt socialtjänstlagen. Detta anser vi bör utredas i behörig ordning.

9.5 Nödvändiga förändringar i patientlagen

Förslag: I 5 kap. 2 § patientlagen ska regleras att en patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv, *eller med hjälp av någon annan*, utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. I bestämmelsen ska även hänvisas till den nya lagen om egenvård.

I 5 kap. 2 § patientlagen anges i dag att en patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och in-

dividueduella förutsättningar. Begreppet egenvård förekommer inte i bestämmelsen, men används däremot i bestämmelsens förarbeten tillsammans med en hänvisning till den föreskrift om egenvård som Socialstyrelsen utfärdat.¹⁷

För många personer kan det vara nödvändigt att få hjälp av någon annan för att kunna medverka i sin egen hälso- och sjukvård på det sätt som avses i bestämmelsen. Under denna utrednings gång har vi dock kunnat se att det uppfattas som oklart om det med stöd av 5 kap. 2 § patientlagen alls är möjligt att bedöma att en patients medverkan i hälso- och sjukvården kan genomföras med hjälp av någon annan. Däremot anses det vara en sedan lång tid tillbaka väletablerad ordning att legitimerad personal inom hälso- och sjukvården i enskilda fall bedömer vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder som den enskilde kan utföra själv eller med hjälp av någon annan utanför hälso- och sjukvårdslagens tillämpningsområde (se prop. 2018/9:145 s. 15). Vår bedömning är att det är lämpligt att anpassa lagstiftningen till den ordning som generellt anses gälla. Vi föreslår därför att det i 5 kap. 2 § patientlagen ska göras ett tillägg som tydliggör att en patients medverkan i hälso- och sjukvården, i den mening som avses i bestämmelsen, även kan vara möjlig när patienten behöver hjälp med utförandet av någon annan. Den lydelse som föreslås är inte avsedd att innebära någon förändring i sak.

Vi föreslår också att det i bestämmelsen ska hänvisas till den nya lagen om egenvård där det närmare framgår exempelvis vad som behöver beaktas i samband med egenvårdsbedömningen (se avsnitt 9.4 ovan).

9.6 Utförarverksamhetens roll vid egenvård förtydligas

Egenvård är en viktig del i insatsen för många personer som tillhör personkretsen enligt LSS och även dessa verksamheter bör enligt vår bedömning ta ett större ansvar för att hjälp med egenvård ges på ett sätt som tillgodoser den enskildes behov av trygghet och säkerhet. Mot bakgrund av de brister som vi sett och att vi i vår utredning har sett att det upplevs otydligt vad som förväntas av verksamheter som

¹⁷ Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 71 ff. och 121.

tillhandahåller hjälp med egenvård är det enligt vår mening motiverat att särskilt tydliggöra detta.

Syftet med de bestämmelser som vi föreslår är att öka tryggheten och säkerheten för de personer som är i behov av sjukvårdande insatser. Förslaget är att förtydligandena görs genom nya bestämmelser i förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Vi bedömer att de föreslagna ändringarna som beskrivs i avsnitt 9.6.1–9.6.3 omfattas av bemyndigandet i 13 § första stycket LSS där det framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer i fråga om verksamhet enligt 9 § får meddela föreskrifter till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa.

9.6.1 Hjälp med egenvård i LSS-verksamhet ska endast få ges under vissa förutsättningar

Förslag: I verksamhet enligt 9 § 2–10 LSS får hjälp med utförande av sådana uppgifter som avses i lagen om egenvård endast ges om:

1. ansvarig befattningshavare för verksamheten har samverkat med behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården avseende den aktuella egenvården,
2. den personal som ska hjälpa den enskilde med egenvården har tagit del av den skriftliga planering som ska upprättas av behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården i enlighet med lagen om egenvård, och
3. det finns de förutsättningar som behövs för att nödvändig information som rör egenvårdens utförande ska kunna utbytas med den inom hälso- och sjukvården som är ansvarig för egenvårdsbedömningen.

Som tidigare beskrivits i har det i vår utredning kommit fram att det förekommer att personliga assistenter hjälper assistansanvändare med sjukvårdande insatser med hälso- och sjukvårdens kännedom, men utan stöd i någon dokumenterad egenvårdsbedömning eller planering för hur uppgiften ska göras. Det förekommer också att uppgifter överlämnas från hälso- och sjukvården direkt till personliga assistenter exempelvis i samband med ett läkarbesök eller vid ut-

skrivning från slutenvården. Detta utan att personal inom hälso- och sjukvården först har samverkat med ansvarig befattningshavare i den verksamhet där den personliga assistenten är anställd.

Som beskrivits i avsnitt 4.4 har det också i vår utredning kommit fram att assistansanordnare upplever att det många gånger är svårt att veta vad som gäller för egenvården och hur den ska utföras, och att man inte alltid anser att hälso- och sjukvården har gett assistenterna tillräckliga instruktioner om hur egenvårdsuppgifterna ska utföras. Trots detta ges hjälp med egenvården.

Att ansvarig befattningshavare inom den verksamhet där det ges hjälp med en persons egenvård känner till att sådan hjälp ges och vad hjälpen i det enskilda fallet innebär, är en förutsättning för att verksamheten ska kunna säkerställa att insatsen håller god kvalitet. Det är också en förutsättning för att kunna uppfylla kravet på att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Lika viktigt är det givetvis att den personal som ska hjälpa den enskilde med egenvården har all den kunskap och den information som behövs för att kunna utföra åtgärden på ett tryggt och säkert sätt. I detta ingår också att veta exempelvis vad som ska göras ifall någonting skulle avvika från det normala eller om rådgivning av annan anledning skulle behövas.

Som beskrivits i avsnitt 9.4 förslår vi att den nya lagen om egenvård ska innehålla bestämmelser som utvecklar hälso- och sjukvårdens ansvar för exempelvis samverkan, planering, instruktioner och information. Vi bedömer att ett tydligare ansvar bör läggas även på de verksamheter enligt LSS där hjälp med egenvård ges. Detta med syftet att den enskilde ska få hjälp med egenvård på ett sätt som är tryggt och säkert.

Det finns i 6 § LSS en allmänt hållen reglering om att verksamhet enligt LSS ska vara av god kvalitet och att det ska finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service ska kunna ges. I 6 § LSS och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns också allmänt hållna bestämmelser om att verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. När det gäller Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift innehåller denna inte några närmare bestämmelser om vilka skyldigheter som i fråga om egenvård åligger en verksamhet enligt LSS, utöver att det av 1 kap. 3 § och 3 kap. 1-2 §§ framgår att nämnder som ansvarar för social-

tjänsten vad gäller personer med funktionshinder enligt LSS ska säkerställa att det finns övergripande rutiner för samverkan. Enskilda verksamheter enligt LSS omnämns inte i Socialstyrelsens föreskrift om egenvård. Alla verksamheter som omfattas av 6 § LSS omfattas av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, där det framgår att det ska finnas rutiner avseende samverkan.¹⁸ Föreskriften är dock generell och egenvård omnämns inte särskilt.

Mot bakgrund av det som vi har sett i vår utredning bedömer vi att det är nödvändigt att åstadkomma en förändring som innebär att hjälp med egenvård som ges inom ramen för verksamheter enligt LSS sker under mer kontrollerade former än vad som är fallet i dag. Vi bedömer att det finns ett antal förutsättningar som är så grundläggande för att hjälp med egenvård ska kunna ges på ett tryggt och säkert sätt och i enlighet med kravet på god kvalitet, att dessa bör utgöra krav för att hjälp med egenvård ska få ges. Vi föreslår därför att den nuvarande regleringen ska kompletteras på så sätt att det anges tre punkter som ska vara uppfyllda för att verksamheter som avses i 9 § 2–10 LSS ska få erbjuda hjälp med egenvård. Dessa beskrivs närmare nedan.

Kraven är ett förtydligande av vad som ska anses utgöra god kvalitet enligt 6 § LSS när hjälp med egenvård ges i en verksamhet enligt LSS.

Samverkan ska ha skett

Vi föreslår att en förutsättning för att hjälp med egenvård ska få ges ska vara att ansvarig befattningshavare i verksamheten har samverkat med behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården avseende den aktuella egenvården. Samverkan ska ha skett före det att hjälp med den aktuella egenvården ges. Vid större förändringar avseende egenvården bör en ny samverkan ske. Att den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården ska samverka i samband med egenvårdsbedömningen, och vad den samverkan då ska omfatta, ska enligt vårt förslag regleras i den nya lagen om egenvård.

¹⁸ 4 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Personalen ska ha tagit del av den skriftliga planeringen

Vi föreslår också att en förutsättning ska vara att den personal som ska hjälpa den enskilde med egenvården har tagit del av den skriftliga planering som ska upprättas av behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården i enlighet med vad som föreslås i lagen om egenvård. Enligt vårt förslag ska det av den skriftliga planeringen för egenvården bland annat framgå vilka kunskaper som den som hjälper den enskilde med egenvården behöver ha, hur information och instruktioner ska ges och vad som ska göras vid behov av rådgivning eller om något skulle inträffa i samband med egenvården. Vi bedömer att införande av krav på att utförande personal ska ha tagit del av den skriftliga planeringen motverkar att det uppkommer situationer då hjälp med egenvård ges utan att personalen har tillräcklig information för att kunna utföra åtgärden på ett sätt som är tryggt och säkert för den enskilde.

Att personalen ska ha den kunskap som krävs följer av LSS, men förutsättningarna för att uppfylla detta krav förbättras genom förslaget till lag om egenvård

Att det i verksamhet enligt LSS ska finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service ska kunna ges framgår av 6 § LSS. För att kunna ge hjälp med egenvård är det därför en förutsättning att ansvarig befattningshavare i den aktuella verksamheten har bedömt att den personal som ska hjälpa den enskilde med egenvården har den kunskap som krävs för att hjälpen ska kunna ges hålla god kvalitet och ges på ett tryggt och säkert sätt. Vi bedömer därför inte att det är nödvändigt att införa något ytterligare krav vad gäller personalens kunskaper, utöver det ovannämnda kravet på att personalen ska ha tagit del av den skriftliga planeringen. Vi bedömer dock att vårt förslag till lag om egenvård medför att den som är ansvarig befattningshavare för verksamhet enligt LSS där man avser att ge hjälp med egenvård får förbättrade förutsättningar, dels för att bedöma om personalen har den kunskap som behövs, dels för att säkerställa att personalen har de kunskaper som krävs för uppgiften. Enligt vårt förslag till lag om egenvård ska hälso- och sjukvården åläggas ett uttryckligt ansvar att vid behov ge instruktioner och information som behövs för att egenvården ska kunna utföras på ett

säkert sätt, i de fall som patienten behöver få hjälp med utförandet av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning. Frågor om vilken information, instruktion och rådgivning i medicinska frågor som hälso- och sjukvården behöver tillhandahålla ska också enligt vårt förslag till lag om egenvård omfattas av samverkan. I den skriftliga planeringen som ska upprättas enligt vårt förslag till lag om egenvård ska också framgå vilka kunskaper som hälso- och sjukvården bedömer att den utförande personalen behöver ha.

Det ska finnas de förutsättningar som behövs för att utbyta nödvändig information med hälso- och sjukvården

Vi föreslår att en förutsättning för att hjälp med egenvård ska få ges ska vara att det finns de förutsättningar som behövs för att information som är nödvändig för att utföra egenvården ska kunna utbytas med den inom hälso- och sjukvården som är ansvarig för egenvårdsbedömningen.

Den information som avses är sådan som är nödvändig för att hjälp med egenvården ska kunna ges på ett tryggt och säkert sätt. De som ger hjälp med egenvård ska exempelvis kunna få information från hälso- och sjukvården om förändrade ordinationer och andra omständigheter som har betydelse för hur egenvården ska utföras. Den som hjälper den enskilde med egenvården ska även kunna utbyta den information som behövs med hälso- och sjukvården för att kunna få rådgivning om utförandet. Hälso- och sjukvården ska också kunna informeras ifall det inträffar skador eller risker för skador, eller om det annars har uppkommit en situation då man bedömer att hjälp med egenvården inte längre kan ges på ett sätt som är tryggt och säkert för den enskilde. Kravet innebär även en skyldighet för verksamheten att ha klargjort hur kontakter med hälso- och sjukvården ska gå till.

I fråga om överföring av information mellan den utförande verksamheten och hälso- och sjukvården ska hänsyn tas till bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt. När det gäller verksamheter enligt LSS finns sådana regler i offentlighet- och sekretesslagen (2009:400) och i LSS. Som beskrivits i ovan utgår en egenvårdsbedömning från frivillighet. Detta gäller även ifråga om att få hjälp med utförandet av egenvård. Vi föreslår därför inte att det ska införas en reglering som utökar möjligheten för verksamhet enligt LSS att, utan den en-

skildes samtycke, lämna information till hälso- och sjukvården. En bestämmelse som möjliggör överföring av information utan den enskildes samtycke skulle enligt vår mening inte ligga i linje med LSS principer om självbestämmande och integritet. I stället anser vi att möjligheten att utbyta den information med hälso- och sjukvården som behövs för att kunna ge hjälpen med egenvård på ett tryggt och säkert sätt bör vara en förutsättning för att hjälp med egenvård alls ska få ges inom ramen för den aktuella verksamheten. Om det inte finns möjlighet att utbyta information som bedöms nödvändig för att egenvården ska kunna utföras på ett tryggt och säkert sätt bör uppgiften inte utföras. Ifall en sådan situation uppstår behöver dialog föras med den enskilde om hur situationen ska lösas.

Självklart ligger ett stort ansvar på verksamheten att vid varje enskilt tillfälle säkerställa att den information som överlämnas inte går utöver vad den enskilde har samtyckt till.

Detta förslag har en motsvarighet i förslaget till lag om egenvård där vi föreslår att det vid bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård särskilt ska beaktas i vilken utsträckning det finns möjlighet att, med den som ska hjälpa patienten med egenvården, utbyta information om ordinationer och andra omständigheter som är nödvändigt för att hjälp med egenvården ska kunna ges på ett tryggt och säkert sätt.

Kraven ska vara uppfyllda vid varje given tidpunkt

De uppställda kraven ska vara uppfyllda avseende varje enskild egenvårdsåtgärd. Samverkan ska ha skett och personalen ska ha tagit del av den skriftliga planeringen innan man inleder en viss hjälpinsats. Ifall en ny planering upprättas avseende åtgärden ska personalen givetvis ha tagit del av denna. Om nödvändigt ska också en ny samverkan ha skett. Vad gäller kravet på att det ska finnas förutsättningar för att utbyta information med hälso- och sjukvården så ska detta krav uppfyllas löpande, det vill säga att det vid varje given tidpunkt ska finnas möjlighet till nödvändigt informationsutbyte. För det fall att den enskildes samtycke till att utbyta uppgifter med hälso- och sjukvården förändras så kan detta medföra att verksamheten enligt regler om sekretess och tystnadsplikt är förhindrad att lämna uppgifter till hälso- och sjukvården. Om samtycket förändras på ett sätt

som verksamheten bedömer har betydelse för möjligheten att utföra egenvården på ett tryggt och säkert sätt kan verksamheten inte längre ge hjälpen och en dialog bör då föras med den enskilde om hur situationen ska lösas.

Verksamheter som ska omfattas av kraven

Enligt vårt förslag ska bestämmelsen gälla för alla verksamheter som ger insatser som avses i 9 § 2–10 LSS. Inom vissa av de insatser som omfattas av bestämmelsen, exempelvis ledsagarservice eller kontaktperson, kan det antas att hjälp med egenvård inte förekommer i någon större omfattning. I den mån som hjälp med egenvård skulle erbjudas inom ramen för sådan verksamhet anser vi dock att samma krav bör gälla som för övriga verksamheter.

Kraven gäller när hjälp med egenvård ges av verksamheten själv. I en situation då den enskilde exempelvis har med sig en personlig assistent till sin dagliga verksamhet behöver således inte den dagliga verksamheten uppfylla de nämnda kraven, utan dessa krav ska vara uppfyllda av anordnaren av den enskildes personliga assistans.

9.6.2 Hälsa- och sjukvården ska informeras om skada eller risk för skada har inträffat vid egenvård

Förslag: Om det i en verksamhet enligt 9 § 2–10 LSS hjälp med egenvård ges, har inträffat en händelse som medfört skada eller en påtaglig risk för skada i samband med att hjälp med egenvård har givits, ansvarar ansvarig befattningshavare i verksamheten för att den inom hälso- och sjukvården som är ansvarig för egenvårdsbedömningen informeras. Detsamma gäller om ansvarig befattningshavare i verksamheten bedömer att hjälp med egenvården inte längre kan ges på ett säkert sätt.

En förutsättning för skyldighet att informera hälso- och sjukvården enligt första stycket är att informationen kan lämnas med hänsyn till bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt.

Det finns i dag inte någon allmänt gällande skyldighet för verksamheter enligt LSS att till hälso- och sjukvården överlämna information

om skador eller risker för skador, eller andra omständigheter som är av betydelse för om en åtgärd med hänsyn till den enskildes trygghet och säkerhet bör utföras som egenvård. När det gäller bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 LSS är dock reglerat att om den som förestår verksamheten får kännedom om att personalen inte kan utföra egenvården på ett säkert sätt, ska den hälso- och sjukvårdspersonal som är ansvarig för egenvårdsbedömningen omedelbart kontaktas så att en omprövning kan göras. Detta framgår av 13 § andra stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:6) om bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS.

Som har beskrivits i avsnitt 4.4.8 finns det i dag risk för att skador och risker för skador som inträffat i samband med att hjälp givits med egenvård inom ramen för en LSS-verksamhet inte kommer till hälso- och sjukvårdens kännedom. Information om en skada, eller risk för skada, kan leda till att den som är ansvarig för egenvårdsbedömningen finner att åtgärden i stället bör utföras som hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen, eller till att alternativa behandlingssätt föreslås för att minska de risker som är förknippade med utförandet. Vad som gäller i fråga om uppföljning och ny prövning av förutsättningarna för egenvård omfattas av vårt förslag om lag om egenvård.

Enligt vår bedömning bör det införas ett krav på att ansvarig befattningshavare i verksamhet enligt LSS ska informera den inom hälso- och sjukvården som är ansvarig för egenvårdsbedömningen om det har inträffat en händelse som medfört skada eller en påtaglig risk för skada i samband med att hjälp med egenvård har givits. Det samma gäller om ansvarig befattningshavare i verksamheten bedömer att hjälp med egenvården inte längre kan ges på ett säkert sätt.

Skada eller påtaglig risk för skada

Det är den inom hälso- och sjukvården som är ansvarig för egenvårdsbedömningen som har den kunskap som krävs för att i det individuella fallet bedöma om den skada eller risk för skada som inträffat är av sådan karaktär att egenvårdsbedömningen behöver ses över. Även mindre skador kan utifrån den enskilde patientens hälsotillstånd eller vid en sammantagen bedömning av omständigheterna

vara tillräckligt allvarliga för att en egenvårdsbedömning kan behöva omvärderas. Vi föreslår därför inte att det ska anges någon begränsning i fråga om hur allvarlig skadan som inträffat eller hade riskerat att kunna inträffa ska vara för att skyldigheten att informera hälso- och sjukvården ska infalla. Information om skador eller risker för skador som uppenbart saknar betydelse för egenvårdsbedömningen bör dock inte behöva lämnas. I fråga om risker för skador bör skyldigheten endast omfatta situationer då risken för att en skada skulle inträffa har varit påtaglig. Skyldigheten omfattar inte bara situationer då en aktiv åtgärd har vidtagits som har lett till skada eller påtaglig risk för skada, utan omfattar även situationer av underlåtenhet, det vill säga då hjälp inte har givits trots att detta hade behövts.

Om ansvarig befattningshavare bedömer att hjälp med egenvården inte kan ges på ett säkert sätt

Även om det ännu inte inträffat någon särskild händelse i samband med egenvården kan det uppkomma omständigheter som medför att ansvarig befattningshavare för den utförande verksamheten bedömer att hjälp med egenvård inte längre kan ges på ett säkert sätt. Denne bör då åläggas ett ansvar att informera den inom hälso- och sjukvården som är ansvarig för egenvårdsbedömningen. Det kan till exempel vara fråga om att verksamheten har förändrats så att egenvården inte längre bedöms kunna utföras på ett tryggt och säkert sätt, att förhållanden som är hänförliga till den enskilde har förändrats, eller att den enskilde inte längre samtycker till att verksamhetens personal ska få ta del av nödvändiga uppgifter som rör egenvården.

En förutsättning är att det inte föreligger hinder med hänsyn till bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt

Som beskrivits tidigare bedömer vi inte att det finns tillräckliga skäl för att införa någon ny sekretessbrytande bestämmelse som möjliggör för en verksamhet enligt LSS att lämna information till hälso- och sjukvården. Det bör därför regleras att verksamheternas skyldighet att informera hälso- och sjukvården vid skador eller påtagliga risker för skador endast gäller om informationen kan lämnas med hänsyn till gällande regler om sekretess och tystnadsplikt. I prakti-

ken innebär detta att den enskilde i normalfallet behöver lämna sitt samtycke till informationsöverföringen.

Om enskilde inte samtycker till att informationen lämnas till den inom hälso- och sjukvården som är ansvarig för egenvårdsbedömningen är den utförande verksamheten förhindrad att meddela hälso- och sjukvården detta (om inte omständigheterna i det enskilda fallet skulle vara sådana att exempelvis en sekretessbrytande regel aktualiseras). Att under sådana omständigheter fortsätta att erbjuda hjälp med egenvård kan då, om det bedöms påverka möjligheten att ge en trygg och säker insats, vara oförenligt dels med kraven som beskrivs i avsnitt 9.6.1, dels med kravet på god kvalitet enligt 6 § LSS. Verksamheten bör då vara förhindrad att fortsätta erbjuda hjälpen. En dialog bör då föras med den enskilde om hur situationen ska lösas.

9.6.3 Krav på rutiner för egenvård

Förslag: I verksamhet enligt 9 § 2–10 LSS där hjälp med utförande av egenvård ges ska det finnas de rutiner som behövs för att hjälpen ska kunna ges på ett sätt som är tryggt och säkert för den enskilde. Av rutinerna ska bland annat framgå hur verksamheten arbetar för att uppfylla de krav som har beskrivits ovan i avsnitt 9.6.1 och 9.6.2.

I dag finns ett allmänt gällande krav i 6 § LSS att kvaliteten på verksamhet enligt LSS systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Härutöver finns i 3 kap. och 4 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete övergripande bestämmelser om att den som bedriver verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten och att denne bland annat ska utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Mot bakgrund av de omfattande brister som vi sett i vår utredning bedömer vi att det är angeläget att de krav som vi föreslår ska införas leder till en ökad trygghet för enskilda som behöver hjälp med utförande av egenvård inom LSS-verksamhet. I syfte att öka medvetenheten i verksamheterna, öka regelefterlevnaden samt möjliggöra ändamålsenlig tillsyn av dessa anser vi att det särskilt bör regleras att det i verksamheter enligt LSS där hjälp med egenvård ges, ska finnas

de rutiner som behövs för att hjälpen ska kunna ges på ett sätt som är tryggt och säkert för den enskilde. Av rutinerna bör bland annat framgå hur verksamheten arbetar för att uppfylla de krav som beskrivits i avsnitt 9.6.1 och 9.6.2.

Att införa ett uttryckligt krav på rutiner just gällande området egenvård innebär att egenvård ges en särställning jämfört med annat slags stöd som ges inom verksamheter enligt LSS. Till skillnad från annat stöd som ges inom verksamhet enligt LSS sker dock hjälp med egenvård i gränslandet mellan två olika aktörers ansvarområden på så sätt att verksamheten enligt LSS ansvarar för utförandet av hjälpen, medan hälso- och sjukvården ansvarar för egenvårdsbedömningen och planeringen av hur egenvården ska gå till. Detta medför enligt vår bedömning ett särskilt behov av att verksamheterna har ett strukturerat arbetssätt i frågor som rör egenvård. Enligt vår mening utgör detta skäl för att uppställa ett uttryckligt krav på rutiner när det gäller just denna typ av stöd.

9.6.4 Inget krav på försäkring när hjälp ges med egenvård av en personlig assistent

Vår bedömning: Vi bedömer att det inte finns tillräckliga skäl för att förslå införande av krav på viss försäkring när hjälp med egenvård ges av en personlig assistent.

Som har beskrivits i avsnitt 3.5.5 kan en person som skadas i samband med hälso- och sjukvård under vissa förutsättningar få ersättning genom den så kallade patientförsäkringen. Att teckna en patientförsäkring är obligatoriskt för alla vårdgivare enligt 12 § patientskadlagen (1996:799). Det finns inte någon motsvarande reglering om att anordnare av personlig assistans ska ha en särskild försäkring som träder in ifall det inträffat en skada i samband med att hjälp har givits med egenvård. I en sådan situation är den enskilde i stället hänvisad till de generella reglerna om skadestånd. I utredningens direktiv har ingått att analysera om det bör införas krav på en försäkring motsvarande patientförsäkringen när personlig assistans lämnas för egenvårdsåtgärder.¹⁹

¹⁹ Dir. 2020:3 *Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn.*

Som beskrivits närmare i avsnitt 4.6 behöver flera faktorer beaktas vid bedömningen av om en obligatorisk ansvarsförsäkring ska införas, bland annat hur stort behovet är att stärka möjligheterna till kompensation för de som drabbas av skada, i vilken utsträckning som det alls finns försäkringar att tillgå och vad som ska hända ifall kravet inte är uppfyllt.

För den som drabbas av en skada i samband med att egenvård utförs av en personlig assistent kan det antas att det skulle vara en fördel om utföraren hade en försäkring motsvarande patientförsäkringen, jämfört med att vara hänvisad till en skadestandsprocess. Det bland annat eftersom beviskraven för den enskilde då är lägre. Trots detta föreslår vi inte att det ska införas något krav på försäkring motsvarande patientförsäkringen när hjälp med egenvård ges av en personlig assistent.

Som beskrivits i avsnitt 4.6 skiljer sig förutsättningarna för att införa ett krav på en försäkring motsvarande patientförsäkringen när egenvård ges vid personlig assistans väsentligt från de förutsättningar som gällde när kravet på patientförsäkring infördes för vårdgivare. De krav som ställs på villkoren i patientförsäkringen är höga och när kravet på sådana försäkringsvillkor infördes i patientskadelagen fanns det redan sedan många år tillbaka en sådan försäkringslösning på plats eftersom initiativ till detta hade tagits på frivillig väg av de dåvarande landstingen själva.²⁰ Detta är inte fallet med egenvård som utförs inom personlig assistans. Hjälp med egenvård ges under helt andra förutsättningar än sådana åtgärder som omfattas av patientförsäkringen, och det kan inte förutsättas att ett införande av krav på en försäkring med motsvarande villkor som patientförsäkringen skulle leda till att försäkringslösningar faktiskt skulle uppstå – och det kan därmed inte garanteras att kravet i realiteten skulle vara möjligt att uppfylla. För att en försäkring ska motsvara vad som gäller för patientförsäkringen skulle det dessutom behöva införas ett kompletterande ersättningssystem som träder in för att kompensera den skadelidande ifall den som skulle ha haft en försäkring inte har tecknat någon sådan, alternativt har tecknat en försäkring om inte fullt ut uppfyller kraven. Inom patientförsäkringen sker detta i dag genom att försäkringsgivarna har en skyldighet att ingå i en patientförsäkringsförening som solidariskt svarar för att kompensera pati-

²⁰ Se till exempel prop. 1995/96:187 *Patientskadelag m.m.*

enten i ett sådant fall.²¹ Det kan inte heller bortses ifrån att hjälp med egenvård ges under helt andra förutsättningar än sådana åtgärder som i dag omfattas av patientförsäkringen. Exempelvis förs det vid egenvård som ges genom personlig assistans inte någon utförlig dokumentation om utförandet som är att jämföra med detaljeringsgraden av en patientjournal, vilket kan ha betydelse för den enskildes möjligheter att få ut ersättning även vid en försäkring med villkor som motsvarar patientförsäkringen.

Som beskrivits ovan föreslår vi att hälso- och sjukvårdens ansvar i samband med egenvård fortsättningsvis ska regleras i lag. I den aktuella lagen föreslår vi regler som ska vara tillämpliga bland annat i just situationer när en person behöver få hjälp att utföra egenvården av en personlig assistent. Vårt förslag syftar till att personer som har behov av hjälp med utförande av egenvård ska få en tryggare och säkrare insats. Detta dels genom utförligare reglering av hälso- och sjukvårdens roll och ansvar ifråga om egenvårdsbedömning, samverkan, skriftlig planering, instruktion, rådgivning och uppföljning. Dels genom bestämmelser som gäller just när hjälp med egenvård ges genom bland annat personlig assistans. Vårt förslag innebär att den som bedriver verksamhet enligt LSS åläggs ett tydligare ansvar för att den hjälp som ges med egenvård ges på ett sätt som är tryggt och säkert för den enskilde. Viktiga delar i vårt förslag för att öka tryggheten är att tydliggöra vad som ska beaktas i egenvårdsbedömningen, att det är hälso- och sjukvården som har det yttersta ansvaret för att ge de instruktioner som krävs och att större vikt framöver ska läggas vid möjligheten att utbyta information mellan hälso- och sjukvården och den som ska utföra egenvården. Vi bedömer att den ökade kontrollen av egenvården som våra förslag innebär medför att patientsäkerheten kommer att öka för de åtgärder som utförs som egenvård av personliga assistenter. Det kan också framhållas att för det fall det skulle vara sannolikt att en viss skada som inträffat vid egenvård har berott på exempelvis en bristfällig egenvårdsbedömning eller planering så skulle detta omfattas av patientförsäkringen hos den vårdgivare vars hälso- och sjukvårdspersonal ansvarat för dessa moment. En stor del av den egenvård som utförs med hjälp av personliga assistenter är dessutom av basal karaktär och ett lagstadgat krav på att samtliga anordnare ska ha en viss försäkring framstår mot den bakgrunden som oproportionerligt. Eftersom assistansan-

²¹ 14–15 §§ patientskadelagen (1996:799).

vändaren också själv väljer vilken anordnare hen vill anlita så har denne dessutom möjlighet att, om hen anser att det behövs, ställa krav på att den assistansanordnare som anlitas har tecknat en ansvarsförsäkring som kan träda in vid eventuell skadeståndsgrundande skada.

Sammantaget gör vi bedömningen att behovet och nyttan av ett lagstadgat krav på en försäkring motsvarande patientförsäkring när egenvård ges av personliga assistenter inte står i rimlig proportion till de följder som ett sådant krav har för de verksamheter som skulle omfattas.

9.7 Krav att redovisa rutiner för egenvård i samband med ansökan om tillstånd

Förslag: Den som ansöker om tillstånd att bedriva enskild verksamhet som avses i 9 § 2–10 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och som har för avsikt att erbjuda hjälp med egenvård, ska i samband med ansökan om tillstånd redovisa de rutiner som verksamheten har i fråga om egenvård. Vad rutinerna ska omfatta har beskrivits ovan i avsnitt 9.6.3.

Som beskrivits ovan bedömer vi att det just när det gäller egenvård finns ett särskilt behov för verksamheterna att ha ett strukturerat arbetssätt i frågor som rör egenvård, och det är mot den bakgrunden som vi har föreslagit att det ska uppställas ett uttryckligt krav på rutiner när det gäller denna typ av stöd. Vi bedömer att ytterligare ett steg för att säkerställa att verksamheter enligt LSS känner till regelverket och har planerat för hur frågor om egenvård ska hanteras, är att ställa krav på att enskilda verksamheter som har för avsikt att ge hjälp med utförande av egenvård, redan i processen för ansökan om tillstånd ska redovisa de rutiner som tagits fram för hur egenvård ska hanteras i verksamheten. Detta är även betydelsefullt i syfte att minska riskerna för att oseriösa aktörer erhåller tillstånd, och för att stärka tillsynsmyndighetens möjligheter till kontroll av om de förutsättningar för vilka en verksamhet beviljats tillstånd faktiskt uppfylls.

Vad som i dag gäller ifråga om vad som ska redovisas i samband med en ansökan om tillstånd regleras i 7–8 a §§ förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Vi

föreslår att det nämnda kravet på redovisning av rutiner rörande egenvård ska läggas till dessa krav. Vi bedömer att den föreslagna ändringen i förordningen om stöd och service till vissa funktionshindrade omfattas av bemyndigandet i 13 § andra stycket 2 LSS där det framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer i fråga om verksamhet enligt 9 § får meddela föreskrifter om villkor för tillstånd enligt 23 §.

9.8 Hälsa- och sjukvården ska ta särskilda hänsyn när vård ska ges till personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar

Förslag: När hälso- och sjukvård ges till personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar ska särskilt övervägas om vård- och behandlingsinsatserna kan ges på ett sätt som i högre utsträckning möjliggör för den enskilde att leva och delta i samhällslivet på samma villkor som andra.

9.8.1 Personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar kan behöva erbjudas hälso- och sjukvård på andra sätt för att de ska kunna leva sitt liv på samma villkor som andra

För att personer som på grund av stora och varaktiga funktionsnedsättningar har ett stort behov av hjälp med hälso- och sjukvård i sin vardag ska ha en möjlighet att leva sitt liv utan täta eller långvariga vistelser i hälso- och sjukvården är det nödvändigt att, i den mån som det är möjligt, få stödet utfört på annan plats än på hälso- och sjukvårdsinrättning. Detta kan i vissa fall vara en förutsättning för att personen alls ska kunna bo kvar i det egna hemmet och därmed ha möjlighet att leva på liknande villkor som andra.

Hos personer som på grund av funktionsnedsättning har behov av stöd inom flera olika livsområden, vari ingår stöd som är av sjukvårdande karaktär, finns det också många gånger ett önskemål om att samma person ska kunna hjälpa till med både de sjukvårdande insatserna och med stöd och service. Det vill säga att kunna få ett sammanhållet stöd för samtliga vardagliga behov. Genom en sam-

manhållen insats kan antalet stödkontakter för den enskilde minimeras. Det kan också vara en trygghet för den enskilde att även sådant stöd som är av sjukvårdande karaktär ges av ett mindre antal personer som dessutom har goda kunskaper om den sammantagna situationen. I vissa fall kan detta till och med vara en förutsättning för att en viss uppgift alls ska kunna utföras, eller för att den ska kunna utföras på ett säkert sätt. Behov som är av sjukvårdande karaktär som någon behöver hjälp med i sin vardag har även många gånger ett nära samband med, eller är en del av, andra livsområden så som till exempel personlig hygien eller måltider. Så det kan vara svårt, eller till och med omöjligt, att skilja de olika stödformerna åt eller avgöra när det ena slutar och det andra tar vid. Det gör att det dessutom kan vara svårt eller opraktiskt att få stöd från olika personer för utförande av olika moment.

För vissa personer där behovet av sjukvårdande insatser är kontinuerligt eller frekvent återkommande under dygnet kan en möjlighet att själv ha inflytande över när och var som stödet ska ges vara avgörande för hens möjligheter att leva sitt liv och delta i samhällslivet på samma villkor som andra. Det kan vara en förutsättning för att den enskilde exempelvis själv ska kunna välja om hen vill gå på bio, besöka en restaurang eller åka på en resa. Det kan till exempel vara fråga om sjukvårdande insatser som är relaterade till andning, måltider genom sond, kateterisering eller intag av vidbehovsläkemedel.

Som vi redogjort för i avsnitt 4.4.3 har det i vår utredning beskrivits att uppgifter slentrianmässigt bedöms kunna utföras som egenvård för att det inte upplevs finnas något annat alternativ för att patienten ska få komma hem. Vår bedömning är att hälso- och sjukvården behöver ta ett större ansvar för att personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar ska kunna få hälso- och sjukvårdsinsatser på ett sätt som möjliggör deltagande i samhället på samma villkor som andra, även när insatserna inte bedöms kunna utföras som egenvård. Vi föreslår därför att hälso- och sjukvården ska åläggas ett ansvar att när hälso- och sjukvård ska ges till en person med stora och varaktiga funktionsnedsättningar särskilt överväga om vård- och behandlingsinsatserna kan ges på ett sätt som i högre utsträckning möjliggör för den enskilde att leva och delta i samhällslivet på samma villkor som andra. Det handlar alltså om hälso- och sjukvårdsåtgärder som av något skäl i det enskilda fallet inte är lämpliga att utföra som egenvård. I ansvaret att särskilt överväga om vård- och behand-

lingsinsatserna kan ges på ett sätt som i högre utsträckning möjliggör för den enskilde att leva och delta i samhällslivet på samma villkor som andra kan ingå att vid planeringen av vården samarbeta med andra aktörer (exempelvis kommuner eller enskilda verksamheter) för att åstadkomma ett sammanhållet och flexibelt stöd till den enskilde.

Ansvaret aktualiseras när hälso- och sjukvården har bedömt att patienten behöver och ska få en viss vård. Det är således inte fråga om att en viss patientgrupp ska prioriteras i förhållande till andra patientgrupper. Ansvaret handlar om *hur* man ska ge den vård som man ändå har planerat att ge.

Ansvaret avser alla personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar, inte bara personer som uppfyller kriterierna för att kunna bli aktuella för personlig assistans enligt LSS eller socialförsäkringsbalken.

9.8.2 I vissa fall kan det vara ett alternativ att ingå avtal med arbetsgivare till personliga assistenter

Vi har i vår utredning sett exempel på att regioner ingår avtal med assistansanordnare om att de ska utföra sådana sjukvårdande insatser som hälso- och sjukvården av olika skäl har bedömt är olämpliga att utföra som egenvård. Det när den enskilde till följd av sina övriga hjälpbehov är aktuell för insatsen personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken. I de exempel som vi tagit del av har sjukvårdshuvudmannen utgett ekonomisk ersättning till assistansanordnaren samt tillhandahållit instruktioner och rådgivning till de personliga assistenter som ska utföra de sjukvårdande insatserna. I praktiken handlar det alltså om att när en person har behov av sjukvårdande insatser som sjukvårdshuvudmannen har bedömt kan utföras utanför sjukvårdsinrättning, exempelvis hjälp med andning, så har denne valt att ingå avtal med den som anordnar den enskildes personliga assistans om att de personliga assistenterna ska utföra de sjukvårdande insatser som den enskilde behöver. Den enskilde kan då få andningshjälpen parallellt med sitt övriga stöd och service.

Detta framstår enligt vår mening på många sätt som en ändamålsenlig lösning i de fall som detta är lämpligt med hänsyn till patient säkerheten. På detta sätt kan patienter som har behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen såväl som annat stöd

och service få ett sammanhållet stöd i sin vardag, få stödet av ett begränsat antal personer och ha inflytande över var stödet ska ges.

En förutsättning för en sådan lösning är att detta bedöms vara möjligt med beaktande av kravet på god vård. Vi vill understryka vikten av att sjukvårdshuvudmannen i en sådan situation gör samma patientsäkerhetsöverväganden som görs vid andra överlämnanden av hälso- och sjukvårdsuppgifter till utomstående aktörer enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

Det är också viktigt att parterna tar i beaktande att när att en sjukvårdande insats ges enligt hälso- och sjukvårdslagen innebär detta att hela hälso- och sjukvårdens regelverk aktualiseras. Närmare om vad detta innebär exempelvis gällande krav på vårdgivare, journalföring, patientförsäkring med mera framgår i avsnitt 3.5.

Eftersom arbetsgivare till personliga assistenter sannolikt ofta inte ser utförandet av hälso- och sjukvård som sin huvudsakliga inriktning kan det finnas skäl för sjukvårdshuvudmannen att, utifrån kravet på god vård, särskilt beakta vissa frågor som kanske vanligtvis inte kommer upp i samband med att avtal ska ingås om överlämnande av uppgifter till en enskild hälso- och sjukvårdsverksamhet. Nedan beskriver vi därför några av de frågor som sjukvårdshuvudmannen kan behöva ställa sig och hänsyn som behöver tas.

Är den tänkta utföraren en vårdgivare?

I vår utredning har vi tagit del av uppgifter som tyder på att assistansanordnare som i dag utför sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen inom ramen för sin verksamhet, inte alltid tycks betrakta sig som vårdgivare i hälso- och sjukvårdslagens mening. Enligt vår bedömning torde det dock i de allra flesta fall vara så att en assistansanordnare som tillhandahåller stöd som innefattar återkommande utförande av hälso- och sjukvårdsåtgärder, är att betrakta som en vårdgivare enligt den definition som ges i hälso- och sjukvårdslagen. Detta oavsett om uppgiften utförs efter att ett avtal ingåtts på arbetsgivarnivå eller om uppgifterna delegerats från sjukvårdshuvudmannens personal till personal i den aktuella verksamheten. Om assistansanordnaren då inte skulle uppfylla kraven som gäller för vårdgivare är det enligt vår mening tveksamt om ett överlämnande

till denna att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter skulle kunna anses vara förenligt med kraven på god vård.

Även att överlämna hälso- och sjukvårdsuppgifter till en aktör som inte skulle vara att betrakta som vårdgivare i hälso- och sjukvårdslagens mening borde kunna ifrågasättas ur patientsäkerhets-synpunkt. Det eftersom det då är oklart vilket regelverk som gäller för utförandet och den enskilde då – utan möjlighet att själv kunna påverka beslutet – riskerar att få en sjukvårdsinsats som inte omfattas av hälso- och sjukvårdens ansvarssystem, kvalitetssystem och ersättningsystem.

Är den utförande personalen att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal?

Endast den omständigheten att arbetsgivaren är en vårdgivare innebär inte per automatik att personal som arbetar i verksamheten är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal i den mening som avses i 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen. Att personal är att anse som hälso- och sjukvårdspersonal har betydelse för patientsäkerheten på så sätt att det personliga yrkesansvaret enligt 6 kap. patientsäkerhetslagen endast gäller för sådan personal, och att patientförsäkringen endast aktualiseras om åtgärderna utförts av just sådan personal. Att den som utför de sjukvårdande insatserna är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal är också en förutsättning i de fall som det är fråga om att ge sådana insatser till barn under 8 år, enligt 5 kap. 1 § 6 patientsäkerhetslagen. Detta är omständigheter som bör beaktas inför att avtal ingås med arbetsgivare till personliga assistenter om utförande av hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Viktigt med tydliggörande av ansvarsfördelning

De flesta arbetsgivare till personliga assistenter kommer sannolikt inte ha den specialistkompetens som krävs för att kunna instruera och fullt ut ge rådgivning till sin personal i utförandet av mer komplexa sjukvårdande uppgifter. Överenskommelserna kommer därför ofta att behöva innehålla villkor om att det ankommer på sjukvårdshuvudmannen att tillgodose behov av instruktioner och rådgivning till de personliga assistenterna.

Det finns flera exempel runt om i Sverige där man redan arbetar på ett liknande sätt. Vid exempelvis Nationellt respirationscentrum vid Danderyds sjukhus ingår regionen avtal med assistansanordnare om utförande av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, och Nationellt respirationscentrum tar då ett omfattande ansvar för instruktioner och information till de personliga assistenter som ska utföra hälso- och sjukvårdsuppgifterna.²² Uppgifter överlämnas endast om den personliga assistenten kan visa att hen tillgodosett sig den kunskap som behövs. Nationellt respirationscentrum har också en telefonlinje där frågor om vården kan ställas.

Viktigt att beslutet tas i samråd med patienten

Enligt 5 kap. 1 § patientlagen ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. I enlighet med detta är det viktigt att hänsyn tas till patientens inställning när det gäller att använda sig av denna typ av lösning. Det är också viktigt att hänsyn, i möjligaste mån, tas till patientens inställning när det gäller vilken utförare som ska utföra insatserna.

9.9 Förstärkt rätt till personlig assistans för personer som har behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen

Förslag: Behov av hjälp med grundläggande behov enligt 9 a § LSS som utgör sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen ska beaktas vid bedömningen av om rätt till personlig assistans föreligger, om den ansvariga sjukvårdshuvudmannen har ingått en överenskommelse med arbetsgivare till personliga assistenter om utförande av de sjukvårdande insatserna.

²² Personligt möte med Nationellt Respirationscentrum 2020-09-11 och Region Stockholm 2020-09-23.

9.9.1 En egenvårdsbedömning bör inte vara avgörande för möjligheten att få personlig assistans

För att ha rätt till personlig assistans eller assistansersättning ska en person tillhöra personkretsen enligt LSS och till följd av stora och varaktiga funktionsnedsättningar ha behov av hjälp med de grundläggande behoven enligt 9 a § första stycket LSS. Men, om den hjälpsökande som den enskilde behöver med de grundläggande behoven till stor del är av sjukvårdande karaktär finns en risk för att hen ändå inte ges inträde till insatsen ifall de sjukvårdande insatserna inte har bedömts kunna utföras som egenvård. Det kan exempelvis handla om uppgifter som är relaterade till andning, sondmatning, katetrisering eller stomi. Det kan även handla om uppgifter som är relaterade till det nya grundläggande behov som vi föreslår ska införas *kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv eller hälsa* (se avsnitt 10.4.2).

Om personen i fråga inte bedöms vara berättigad till personlig assistans för sina grundläggande behov så beviljas hen inte heller personlig assistans för de övriga behov som hen har i sin vardag. En person vars grundläggande behov till stor del utgörs av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen står alltså i en situation, där hen får assistans för *alla* sina behov om de sjukvårdande insatserna bedöms som egenvård, men inte får assistans för någon del av sina behov om egenvård inte anses vara lämpligt. Eftersom egenvårdsbedömningen är individuell, kan två personer som har behov av samma stöd få olika tillgång till personlig assistans.

Det är enligt vår mening inte rimligt att den enskildes möjlighet att få ett sammanhållet stöd ska vara beroende av en egenvårdsbedömning. Det är också viktigt att sjukvårdande insatser inte bedöms som egenvård enbart av den anledningen att det är det enda sättet för den enskilde att kunna få personlig assistans. Det bör därför enligt vår mening bli möjligt att i vissa fall få personlig assistans för behovet av stöd och service även när den hjälp som behövs med de grundläggande behoven utgör sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen.

9.9.2 Vårt förslag – En ny möjlighet till personlig assistans

Vårt förslag är att behov av hjälp i form av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen ska beaktas vid bedömningen av om en person har rätt till personlig assistans, under förutsättning att:

1. den sjukvårdande insatsen utgör ett grundläggande behov enligt i 9 a § LSS, och
2. den ansvariga sjukvårdshuvudmannen har ingått överenskommelse med arbetsgivare till personliga assistenter om utförande av de sjukvårdande insatserna.

I avsnitten nedan kommer vi närmare att beskriva dessa avgränsningar närmare.

Enligt vårt förslag ska inte personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken utges för de sjukvårdande insatserna enligt hälso- och sjukvårdslagen, utan det är endast fråga om att beakta den tid som hjälpen tar i anspråk vid bedömningen av om den enskildes behov av hjälp med grundläggande behov är tillräckligt omfattande för att grunda en rätt till insatsen. Personlig assistans och assistansersättning utges således bara för tid som avser stöd och service (givetvis inklusive egenvård).

Vårt förslag syftar till att åstadkomma förändring för personer som i dag hade varit berättigade till personlig assistans för alla sina hjälpbehov – grundläggande såväl som andra personliga behov – om hälso- och sjukvården hade bedömt att de sjukvårdande insatserna hade kunnat utföras som egenvård. Genom vårt förslag öppnas till exempel en möjlighet för personer som tillhör målgruppen och som har tidsmässigt omfattande behov av hjälp med det grundläggande behovet andning, att komma in i assistansen utan att andningshjälp måste utföras som egenvård. Detta alltså även om den enskilde inte har något omfattande behov av hjälp med de andra grundläggande behoven.

Sjukvårdshuvudmannen ansvarar för hälso- och sjukvård

Vårt förslag gör det möjligt att vid bedömningen av rätten till personlig assistans beakta sådana insatser som ligger inom en annan huvudmans ansvarsområde (sjukvårdshuvudmannens). Det innebär

dock inte någon förflyttning av ansvaret för de sjukvårdande insatserna enligt hälso- och sjukvårdslagen. En utgångspunkt för vårt förslag är nämligen att det endast är legitimerade yrkesutövare inom hälso- och sjukvården som har den kompetens som krävs för att bedöma vilken hälso- och sjukvård som en person är i behov av. En annan utgångspunkt är att hälso- och sjukvård inte är någon individuellt utkrävbar rättighet i Sverige. Däremot är målet med den svenska hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, och den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.²³ Enligt hälso- och sjukvårdslagen är det sjukvårdshuvudmännen som ansvarar för att ge vård till medborgarna och som ska uppfylla lagens målsättningar. I enlighet med detta och i enlighet med principen om den kommunala självstyrelsen ska sjukvårdshuvudmannen stå för kostnaden för hälso- och sjukvården, men också själv äga sina prioriteringar. Detta är grundläggande principer som vi inte avser att frångå och som därför ligger till grund för vårt förslag.

9.9.3 Förslaget innebär en ny möjlighet till ett sammanhållet stöd med högre grad av patientsäkerhet och kontinuitet

Genom vårt förslag öppnas en ny möjlighet för personer som på grund av stora och varaktiga funktionsnedsättningar har behov av sjukvårdande insatser i sin vardag att få stöd på ett sätt som bidrar till självständighet och samtidigt präglas av patientsäkerhet och en möjlighet att omfattas av patientförsäkringen. Det innebär också en möjlighet till ökad kontinuitet i stödet till den enskilde eftersom förändringar i egenvårdsbedömningen inte nödvändigtvis behöver påverka själva rätten till insatsen (även om omfattningen av assistansen givetvis påverkas). Alternativet för den enskilde hade varit att vid en återtagen egenvårdsbedömning vara hänvisad till att ansöka om andra insatser enligt LSS eller socialtjänstlagen för att få sina behov av stöd och service tillgodosedda.

När egenvårdsbedömningen inte är en förutsättning för att den enskilde ska kunna få personlig assistans ges hen också en ökad möjlighet till reell patientmedverkan i samband med överväganden om

²³ 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

egenvård. Det kan också motverka att egenvårdsbedömningar görs enbart på grund av en upplevd brist på alternativ.

Vi bedömer att vårt förslag inte kommer att innebära någon egentlig förändring i fråga om vilken slags insatser som i praktiken utförs av personliga assistenter. Däremot blir det mer synligt i vilken utsträckning som hälso- och sjukvård faktiskt ges på detta sätt, samtidigt som det skapas förutsättningar för ökad trygghet och säkerhet både för den enskilde och för de personliga assistenterna. Genom kravet på att sjukvårdshuvudmannen ska ha ingått en överenskommelse om utförande av insatserna säkerställs att sjukvårdshuvudmannen tar ansvar för att det finns förutsättningar för att den enskilde ska få en vård av god kvalitet. Detta kommer att beskrivas närmare nedan.

Begränsning i mångfalden av utförare är en naturlig följd av hjälpbehovets art

De personer som omfattas av den nya möjligheten att få personlig assistans kan komma att få en begränsad mångfald i fråga om tänkbara utförare av de sjukvårdande insatserna. Det här är dock en naturlig följd av att de insatser som den enskilde behöver få hjälp med utgör just hälso- och sjukvård. Det kan inte bortses från att hälso- och sjukvård lyder under ett annat regelverk än insatser enligt LSS och att hälso- och sjukvård inte har samma karaktär av rättighet som insatser enligt den lagen. Genom vårt förslag möjliggörs dock inträde i den personliga assistansen i situationer där detta inte tidigare varit möjligt, och det är alltså inte fråga om någon avgränsning i förhållande till vad som i dag gäller för personer med denna typ av stödbehov.

En fråga som kan komma upp är om den enskilde borde ha rätt att välja att få sina sjukvårdande insatser utförda av en viss arbetsgivare till personliga assistenter, även om sjukvårdshuvudmannen inte anser att den efterfrågade utföraren uppfyller de krav som behövs för att god vård ska kunna ges. Det vill säga om den enskilde själv borde kunna få välja att ”ta risken” eftersom hen önskar få sitt stöd från en viss anordnare. Även här gäller dock att det inte kan bortses från att utförandet av hälso- och sjukvårdsåtgärder lyder under ett annat regelverk än utförande av stöd och service enligt LSS, och att det är sjukvårdshuvudmannen som har det yttersta ansvaret för att den enskilde får tillgång till en vård som är av god kvalitet, vilket

denne måste förhålla sig till i samband med ett beslut om att eventuellt överlåta uppgifterna till en viss utförare. Som har beskrivits i avsnitt 9.8.2 är det dock givetvis viktigt att det vid valet av utförare, på samma sätt som med all hälso- och sjukvård, tas hänsyn till patientens inställning. I 5 kap. 2 § patientlagen framgår att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

9.9.4 Endast sådana sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen som avser grundläggande behov kan beaktas

Vårt förslag innebär inte att någon personlig assistans eller assistansersättning faktiskt ska utges för den tid som utgör sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, utan behovet av sådana insatser ska enbart ha betydelse för själva inträdet i insatsen. Det är därför som vårt förslag är att det endast är sådana sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen som utgör grundläggande behov enligt 9 a § LSS som ska kunna beaktas. Att införa en motsvarande skrivning för sjukvårdande insatser som utgör andra personliga behov enligt i 9 a § andra stycket LSS hade inte fyllt någon funktion.

Det är varken möjligt eller önskvärt att göra någon uttömmande lista över vilka slags sjukvårdande åtgärder som skulle kunna bli aktuella att beakta vid bedömningen av rätten till personlig assistans med tillämpning av den nya möjligheten till inträde i insatsen. Utgångspunkten är dock att det i detta avseende inte ska göras någon åtskillnad ifall den sjukvårdande insatsen utförs som egenvård eller enligt hälso- och sjukvårdslagen, det vill säga att om den sjukvårdande insatsen hade bedömts som ett grundläggande behov ifall den utförts som egenvård så ska den också bedömas som ett grundläggande behov ifall den utförs enligt hälso- och sjukvårdslagen. Exempel på sjukvårdande insatser som i dag ges av personliga assistenter som egenvård och som tänkbart skulle kunna bli aktuella att beakta vid bedömningen av rätten till personlig assistans även då när de utgör sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen är andningshjälp (andning), måltider via sond eller annan form av närings-tillförsel (måltider), katetrisering (personlig hygien) eller läkemedelsbehandling som har samband med exempelvis det nya grundläggande

behovet *kontinuerligt stöd som föranleds av medicinsk problematik* (se avsnitt 10.4.2).

Det är hälso- och sjukvården som avgör vilka sjukvårdande insatser som behövs och som bör utföras enligt hälso- och sjukvårdslagen i stället för som egenvård, men det är handläggare på Försäkringskassan respektive kommunen som bedömer om de sjukvårdande insatserna utgör grundläggande behov i den mening som avses i 9 a § LSS. Bedömningen ska göras på samma sätt som i dag görs i fråga om sjukvårdande insatser som har karaktären av egenvård (jfr HFD 2018 ref. 21).

9.9.5 Den ansvariga sjukvårdshuvudmannen ska ha ingått en överenskommelse med arbetsgivare till personliga assistenter om utförande av de sjukvårdande insatserna

En nödvändig avgränsning som fyller flera funktioner

Syftet med vårt förslag är att personer som till följd av stora och varaktiga funktionsnedsättningar har omfattande behov av stöd i sin vardag – vari ingår sjukvårdande insatser – i den mån som det är möjligt ska kunna få ett sammanhållet stöd för alla sina stödbehov. Vårt förslag innebär ett avsteg från den grundläggande principen om att sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen inte ska beaktas vid bedömningen av rätten till personlig assistans. Det är därför enligt vår mening viktigt att denna utökade möjlighet till inträde i insatsen utformas för att endast omfatta just situationer då det faktiskt i praktiken leder till att den enskilde får ett sammanhållet stöd för alla sina stödbehov, det vill säga när de sjukvårdande insatserna faktiskt kommer att ges i assistansliknande form av personliga assistenter.

Vid utformningen av den nya regleringen behöver beaktas att sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen skiljer sig på vissa avgörande sätt från egenvård. För det första är det inte självklart att alla sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen är möjliga eller lämpliga att utföra utanför sjukvårdsinrättning och av personliga assistenter som är anställda hos en arbetsgivare som inte har hälso- och sjukvård som sin huvudsakliga inriktning. För det andra ligger sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen fortfarande kvar inom sjukvårdshuvudmannens ansvarsområde och inom ramen för dennes självstyre. Detta innebär att det dels finns en

utpekad huvudman som bär det yttersta ansvaret för att den vård som erbjuds håller god kvalitet, dels att denne huvudman inte kan tvingas att överlämna uppgiften till någon annan aktör och samtidigt behöva bekosta den och erbjuda exempelvis instruktioner och rådgivning till utföraren. Ett sådant överlämnande måste vara sjukvårdshuvudmannens eget beslut.

Det är mot denna bakgrund som vi föreslår att möjligheten att beakta sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen vid bedömningen av om det finns en rätt till personlig assistans ska vara avhängig att den ansvariga sjukvårdshuvudmannen har ingått en överenskommelse med en arbetsgivare till personliga assistenter om utförande av de sjukvårdande insatserna. En sådan överenskommelse förutsätter nämligen i sig att ett antal olika ställningstaganden först har gjorts av sjukvårdshuvudmannen:

1. Att den enskilde har behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen.
2. Att den aktuella vård- eller behandlingsinsatsen är lämplig och dessutom ska erbjudas den enskilde enligt principen om prioritering efter vårdbehov.
3. Att sjukvårdshuvudmannen är villig att överlämna uppgiften till någon annan aktör att utföra, i stället för att låta utföra uppgiften i egen regi.
4. Att det är förenligt med god vård och principer om patientmedverkan att överlämna åtgärden till just den aktuella utföraren under de villkor som har överenskommit.

Genom att reglera att det ska finnas en överenskommelse om utförandet säkerställs alltså att den nya möjligheten till inträde i den personliga assistansen endast aktualiseras i situationer då syftet om ett sammanhållet stöd faktiskt uppnås för den person som insatserna gäller. Genom kravet på att det ska finnas en överenskommelse säkerställs också att sjukvårdshuvudmannen tar det ansvar som behövs för att den sjukvårdande insatsen ges på ett sätt som uppfyller kraven på god vård. Det kan exempelvis handla om krav på arbetsgivarens organisation, krav på personalens kompetens eller egenskap som hälso- och sjukvårdspersonal, eller genom fastställande av avtalsvillkor som rör fördelning av ansvar för instruktioner och rådgivning.

Det är enligt vår mening också viktigt att den nya möjligheten villkoras av att det ska finnas en överenskommelse på huvudmannnivå och att ansvaret för överlämnande av de aktuella hälso- och sjukvårdsuppgifterna således inte systematiskt placeras på enskild hälso- och sjukvårdspersonal hos sjukvårdshuvudmannen – så som skulle ha varit fallet om man i stället hade uppställt som villkor att delegering av uppgifter ska ha skett.

Vi vill understryka att ställningstagandena i punkt 1 och 2 ovan givetvis behöver göras av sjukvårdshuvudmannen oberoende av om patienten kan komma att bli aktuell för personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken eller inte. Om den enskilde till exempel väljer att inte ansöka om personlig assistans, eller efter ansökan visar sig inte uppfylla förutsättningarna för att beviljas insatsen, är det självfallet ändå sjukvårdshuvudmannens ansvar att i enlighet med den bedömning som gjorts erbjuda den enskilde de sjukvårdande insatser som behövs.

Stor vikt bör läggas vid patientens inställning men det uppställs inget krav på att denna ska vara en part i överenskommelsen

Den enskildes delaktighet är mycket viktig i samband med att sjukvårdshuvudmannen överväger en överenskommelse med en arbetsgivare till personliga assistenter om att utföra de sjukvårdande insatser som den enskilde är i behov av. Vi bedömer dock att det inte är lämpligt att exempelvis lägga in ett krav på en trepartsöverenskommelse mellan sjukvårdshuvudmannen, utföraren och den enskilde, eller att möjliggöra för den enskilde att fritt välja utförare som sjukvårdshuvudmannen därefter skulle behöva betala ersättning till och exempelvis bistå med instruktioner och rådgivning om uppgifternas utförande. Vi bedömer att en sådan lösning dels skulle kunna ifrågasättas ur ett upphandlingsrätligt perspektiv, dels att det i alltför stor utsträckning hade frångått vad som normalt gäller i fråga om hur hälso- och sjukvård ges till medborgarna, och dessutom hade rimmat illa med den kommunala självstyrelsen. Vi finner det dock osannolikt att sjukvårdshuvudmannen mot den enskildes vilja skulle välja att ingå avtal med just arbetsgivare till personliga assistenter om utförande av hälso- och sjukvårdsuppgifter om inte den enskilde skulle ha ett uttryckligt önskemål om detta, exempelvis för att hen har för avsikt att ansöka om personlig assistans.

Om hälso- och sjukvårdens inflytande över den enskildes möjlighet att få personlig assistans

Vårt förslag innebär inget tvång för sjukvårdshuvudmannen att ingå en överenskommelse med en arbetsgivare till personliga assistenter om utförande av en viss sjukvårdande insats enligt hälso- och sjukvårdslagen. Ett sådant förslag hade enligt vår mening varit allt för långtgående i förhållande till den kommunala självstyrelsen. Sjukvårdshuvudmannen ska som ansvarig för uppfyllande av hälso- och sjukvårdens målsättningar fatta beslut om kostnader, prioriteringar och om vilka eventuella aktörer som man vill ingå överenskommelser med om utförande av vården.

Vårt förslag innebär alltså att hälso- och sjukvården har ett avgörande inflytande över om personlig assistans kan bli aktuellt för de personer som förslaget berör. Redan i dag har dock hälso- och sjukvården ett sådant inflytande genom att det är de som avgör om en sjukvårdande insats kan utföras som egenvård eller om den bör utföras enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vårt förslag innebär alltså inte något ökat inflytande för hälso- och sjukvården jämfört med i dag, utan ger helt enkelt en möjlighet för personer att få personlig assistans i en situation där detta inte tidigare varit möjligt.

Eftersom den föreslagna ordningen grundar sig i frivillighet från alla parter kan möjligheten att få personlig assistans komma att skilja sig åt över landet, exempelvis beroende på sjukvårdshuvudmännens inställning till att ingå avtal eller tillgången till tänkbara avtalsparter som kan utföra de sjukvårdande insatserna. Som beskrivits närmare i bland annat avsnitt 4 5.3 finns det dock redan i dag skillnader mellan regionerna när det gäller i vilken utsträckning som insatser bedöms kunna utföras som egenvård respektive överlämnas genom avtal till anordnare av personlig assistans. Att i lagen framhålla möjligheten för sjukvårdshuvudmän att ingå överenskommelser med assistansanordnare när detta i det enskilda fallet anses vara förenligt med kravet på god vård, kan bidra till en ökad medvetenhet i fler regioner om att denna möjlighet finns. I kombination med förtydliganden avseende förutsättningarna för egenvård skapas förbättrade förutsättningar för en ökad enhetlighet över landet.

Det finns incitament för sjukvårdshuvudmannen att ingå överenskommelser om att sjukvårdande insatser ska ges i assistansliknande form

Även om möjligheten att få ett sammanhållet stöd vid behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen präglas av ett stort mått av frivillighet från sjukvårdshuvudmannens sida bedömer vi att våra förslag sammantaget skapar incitament för sjukvårdshuvudmannen att ingå överenskommelser som möjliggör att personlig assistans kan beviljas. Detta särskilt när det gäller personer som har behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen löpande under hela eller stora delar av dygnet.

En av delarna i vårt förslag om stöd vid behov av sjukvårdande insatser är att hälso- och sjukvården ska åläggas ett uttryckligt ansvar att särskilt överväga om vård- och behandlingsinsatserna kan ges på ett sätt som i högre utsträckning möjliggör för den enskilde att leva och delta i samhällslivet på samma villkor som andra. Att ingå överenskommelser med anordnare av personlig assistans om utförande av de sjukvårdande insatserna kan, som vi tidigare beskrivit, vara ett sätt för sjukvårdshuvudmannen att fullgöra detta ansvar.

Det kommer även att finnas ekonomiska incitament för att, i de fall där det är möjligt och lämpligt, ingå en överenskommelse med anordnare av personlig assistans om utförande av de sjukvårdande insatserna så att personlig assistans kan beviljas. Genom att de sjukvårdande insatserna ges av en personlig assistent som ändå är på plats hos den enskilde betalar sjukvårdshuvudmannen endast för effektiv tid. Kostnaden bör då bli lägre än om de sjukvårdande insatserna ges av egen personal, trots att viss instruktion och rådgivning kan behövas ges till de personliga assistenterna.

Avtalets parter – sjukvårdshuvudmannen och utföraren

Regionerna är de som har det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvården men i nästan hela landet har kommunerna, enligt avtal med aktuell region, övertagit ansvaret för hälso- och sjukvård som ges i patienternas egna hem. Regioner och kommuner är alltså de aktörer som kan vara sjukvårdshuvudmän enligt hälso- och sjukvårdslagen och det är således någon av dessa aktörer som ska ha ingått den överenskommelse som avses i vårt förslag.

När det gäller den andra avtalsparten, fortsättningsvis kallad utföraren, ska detta enligt vårt förslag vara en *arbetsgivare till personliga assistenter*. Detta kan vara kommunen, en enskild verksamhet eller den enskilde själv i det fall som denna själv anställer sina personliga assistenter.

Särskilt om kommunernas roll

Kommunernas roll skiljer sig från övriga aktörer på så sätt att de kan aktualiseras i överenskommelserna både som sjukvårdshuvudmän och som utförare. Dessutom har kommunerna ett ansvar enligt LSS att, om den enskilde vill det, utföra den personliga assistans som den enskilde har beviljats.

En fråga som kan ställas är huruvida en kommun, med hänsyn till det yttersta ansvaret för personlig assistans, har möjlighet att neka till att ingå en sådan överenskommelse om att utföra sjukvårdande insatser som avses i vårt förslag. Här kan vi konstatera att utförandet av den slags sjukvårdande insatser som det är fråga om, det vill säga insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, inte genom vårt förslag är personlig assistans enligt LSS. Vårt förslag innebär därmed inte något krav på kommunerna att, utifrån sitt yttersta ansvar för personlig assistans, åta sig att utföra de aktuella hälso- och sjukvårdsåtgärderna. Självfallet kvarstår dock kommunernas yttersta ansvar att utföra den personliga assistans som den enskilde har beviljats.

Vårt förslag innebär inte någon förändring i fråga om placeringen av ansvar för att erbjuda sjukvårdande insatser som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen. I vilken utsträckning som kommunen ansvarar för att erbjuda de aktuella hälso- och sjukvårdsåtgärderna kommer precis som i dag att styras av hälso- och sjukvårdslagen och de avtal som kommuner har valt att ingå med regionerna.

När det gäller kommuners roll som sjukvårdshuvudmän och som utförare av hälso- och sjukvård har vi under utredningens gång uppmärksammat på att det vid mer avancerade hälso- och sjukvårdsåtgärder kan finnas en svårighet kopplad till kommunernas och regionernas ansvars- och kompetensområden. Det har bland annat framförts att vissa uppgifter som i dag utförs av personliga assistenter som egenvård inte skulle kunna erbjudas av kommunalt anställda personliga assistenter ifall de skulle bibehålla sin karaktär som sjuk-

vårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Skälet anges vara att uppgifterna är alltför avancerade för att omfattas av kommunens faktiska och juridiska kompetens enligt hälso- och sjukvårdslagen och kommunallagen. Ett förslag som har delgetts oss från SKR är att föreslå förändrade lydelse av 12 kap. 2 § och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen i syfte att klargöra och reglera bland annat vilka slags hälso- och sjukvårdsåtgärder som kommuner får åta sig att utföra respektive åta sig ansvaret för att erbjuda.

Utifrån den beskrivning som vi har fått ta del av kan vi se att det finns en risk att det kan uppkomma situationer då det på grund av den aktuella hälso- och sjukvårdsåtgärdens karaktär uppstår frågor om vem som har huvudmannskapet, och om kommunen alls har kompetens att ge eller ansvara för den aktuella vården. Om de ifrågakvarande hälso- och sjukvårdsåtgärderna skulle vara av en sådan karaktär att en kommun anser sig vara förhindrad att utföra dem så kan det påverka den enskildes möjlighet att få ett sammanhållet stöd. Vårt förslag innebär dock inte någon förändring i detta avseende jämfört med vad som är fallet i dag när en person behöver både personlig assistans och sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vi bedömer att de eventuella problem som finns avseende ansvarsfördelningen mellan kommuner och regioner är mer omfattande än vår utrednings uppdrag ger utrymme till och vi lägger därför inte något förslag i dessa delar. Det kan dock vara så att dessa frågor behöver utredas i behörig ordning.

Vad behöver sjukvårdshuvudmannen beakta inför en överenskommelse?

Det är viktigt att en överenskommelse om att personliga assistenter ska utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder endast görs om det är förenligt med kraven på god vård. När sjukvårdshuvudmannen överväger att ingå en sådan överenskommelse ska det göras samma patientsäkerhetsöverväganden som vid andra överlämnanden av hälso- och sjukvårdsuppgifter till utomstående aktörer enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Hänsyn ska också tas till samma regelverk som annars gäller ifråga om ingående av avtal om överlåtelse och utförande av hälso- och sjukvård, enligt exempelvis hälso- och sjukvårdslagen, kommunallagen (2017:725) och lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.

Eftersom arbetsgivare till personliga assistenter sannolikt ofta inte ser utförandet av hälso- och sjukvård som sin huvudsakliga inriktning kan det dock finnas skäl för sjukvårdshuvudmannen att särskilt beakta vissa frågor som kanske vanligtvis inte kommer upp i samband med att avtal ska ingås om överlämnande av uppgifter till en enskild hälso- och sjukvårdsverksamhet. Ovan har vi beskrivit närmare vad som kan behöva beaktas i samband med övervägande om att ingå den aktuella typen av avtal. I detta ingår exempelvis att ta hänsyn till om utföraren har en organisation som ger förutsättningar för att uppfylla de krav som följer av hälso- och sjukvårdslagen, om utföraren har förutsättningar för att säkerställa att en god vård kan ges och om personalen som ska ge vården utgör hälso- och sjukvårdspersonal i den mening som avses i patientsäkerhetslagen.

Avtalsvillkoren

Vi bedömer inte att det är lämpligt att i LSS eller socialförsäkringsbalken närmare reglera vilka villkor som ska gälla för överenskommelsen i fråga om exempelvis ansvarsfördelning, ersättning eller skäl för uppsägning. Detta bör vara upp till avtalsparterna att komma överens om.

När ska överenskommelsen ha ingåtts?

Enligt vårt förslag ska överenskommelsen vara individuell på så sätt att den ska gälla just utförande av de sjukvårdande insatserna för den enskilde. Vi föreslår också att det ska vara en förutsättning att den ansvariga sjukvårdshuvudmannen redan har ingått överenskommelsen innan de sjukvårdande insatserna kan beaktas vid bedömningen av rätten till personlig assistans eller assistansersättning. Det ligger dock i sakens natur att det i samband med en nyansökan inte är helt klarlagt att assistans faktiskt kommer att beviljas, något som kan ha betydelse för sjukvårdshuvudmannens val att överlämna de sjukvårdande insatserna till just en utförare av personlig assistans. Vi anser trots detta att det exempelvis inte bör vara tillräckligt att en representant för sjukvårdshuvudmannen muntligen, i ett intyg eller i en skriftlig planering uppger att det finns en avsikt att ingå avtal med assistansanordnare om utförande av uppgifterna. Skälet till detta är

att det är mycket angeläget att den enskilde inte ska riskera att bli återbetalningsskyldig ifall situationen skulle uppstå att en överenskommelse av något skäl aldrig kom till stånd, exempelvis för att sjukvårdshuvudmannen inte hittat någon lämplig utförare. Vi anser därför att en förutsättning ska vara att överenskommelsen faktiskt har ingåtts. Däremot anser vi inte att det ska vara ett krav att assistenternas utförande av de sjukvårdande insatserna ska behöva ha inletts. Exempelvis bör en överenskommelse vars ikraftträdande är villkorat av att den enskilde beviljas personlig assistans enligt vår mening kunna godtas.

I avsnitt 9.10.2 nedan beskrivs vad som gäller ifall avtalet upphör.

9.9.6 Vid bedömningen av rätten till personlig assistans kvantifieras stödbehovet av kommunen respektive Försäkringskassan

Vårt förslag är att det är kommunerna och Försäkringskassan som i sina beslut om personlig assistans fastställer hur mycket av de sjukvårdande insatserna enligt hälso- och sjukvårdslagen som kan ligga till grund för en rätt till personlig assistans.

Vårt förslag innebär i korthet att tid för utförande av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen kan ligga till grund för själva inträdet i den personliga assistansen, men att personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken däremot sedan inte utges för denna tid. I praktiken innebär det att en persons behov av stöd i form av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen – som uppfyller förutsättningarna rörande sjukvårdshuvudmannens överenskommelse enligt ovan – ska bedömas på samma sätt som om de sjukvårdande insatserna hade haft karaktären av egenvård. Om de sjukvårdande insatserna enligt hälso- och sjukvårdslagen hade bedömts som grundläggande behov ifall de hade utgjort egenvård så ska tiden alltså beaktas vid bedömningen av om det finns en rätt till personlig assistans. Till stöd för bedömningen behövs underlag som visar att förutsättningarna är uppfyllda. Ifall sjukvårdshuvudmannens överenskommelse med assistansanordnaren om utförande av insatserna skulle innehålla uppgifter om beräknat antal timmar bör detta också kunna ligga till grund för bedömningen. Den som ansöker om en insats ska med-

verka i utredningen genom att så långt som möjligt ge in den utredning som hen vill åberopa²⁴.

9.10 Anmälningsskyldighet, uppgiftsskyldighet, sekretess och omprövning

När förhållandena förändras för en person som beviljats personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken uppkommer frågor om i vilken utsträckning som förändringarna kan leda till att beslutet om insats ändras. Som har beskrivits närmare i avsnitt 3.7 är det inte självklart att information om förändringen alls kommer till den beslutsfattande myndighetens kännedom, och om informationen kommer fram så är det inte heller självklart att den kan leda till en omprövning av rätten till insatsen. I utredningens uppdrag har det därför ingått att se närmare på om det bör införas bestämmelser som bryter sekretess och tystnadsplikt för att möjliggöra att information kan lämnas mellan hälso- och sjukvården, kommunen, Försäkringskassan och assistansanordnare i ärenden om personlig assistans och assistansersättning för egenvårdsåtgärder. I uppdraget har också ingått att se närmare på om det behövs nya bestämmelser om anmälningsskyldighet och omprövning i ärenden om personlig assistans eller assistansersättning för egenvårdsåtgärder.

9.10.1 Inget förslag om utökad anmälnings- eller uppgiftsskyldighet

Vår bedömning: Det finns inte skäl att föreslå bestämmelser som utökar berörda aktörers skyldigheter, eller möjligheter, att lämna information om egenvård eller andra sjukvårdande insatser till kommunen eller Försäkringskassan i ärenden om personlig assistans och assistansersättning.

I avsnitt 3.7 har beskrivits närmare vad som i dag gäller i fråga om skyldigheten respektive möjligheten att utbyta information om en enskilds personliga förhållanden mellan hälso- och sjukvården, assistansanordnaren, Försäkringskassan och kommunen. Ett skäl till att

²⁴ HFD 2021 ref. 11.

man i vissa fall vill kunna utbyta information även utan den enskildes samtycke är för att kunna säkerställa att personlig assistans och assistansersättning inte lämnas felaktigt.

När det gäller frågan om man bör utöka hälso- och sjukvårdens och assistansanordnares skyldighet att på begäran lämna uppgifter om en förändrad egenvårdsbedömning till Försäkringskassan eller kommunen, eller utöka hälso- och sjukvårdens och assistansanordnares möjligheter att på eget initiativ anmäla en sådan förändring till dessa myndigheter, så utgör detta i grunden en fråga om huruvida det är lämpligt att utöka möjligheten att lämna ut uppgifter som omfattas av ett mycket starkt skydd i regler om sekretess och tystnadsplikt. En sådan förändring bör enligt vår mening inte göras om det inte finns starka skäl. Som har beskrivits har sekretessen betydelse för den enskildes förtroende för vården, och en försvagning av sekretessen riskerar att påverka den enskildes benägenhet att söka sig dit. Mot bakgrund av den problematik som är relaterad till egenvård inom den personliga assistansen, som beskrivit i kapitel 4, bedömer vi att det är mycket viktigt för den enskildes trygghet och säkerhet att hen har förtroende för vården och inte undviker att söka sig dit på grund av oro för att uppgifter ska lämnas vidare till andra myndigheter. Detta talar enligt vår mening emot att utöka såväl skyldigheten som möjligheten att lämna information om den enskilde mellan olika aktörer.

I avsnitt 3.7 har det beskrivits under vilka förutsättningar som information om en enskild i dag kan och ska lämnas till kommunen respektive Försäkringskassan. Där har också beskrivits vad som gäller ifråga om den enskildes skyldighet att anmäla ändrade förhållanden. Dessa bestämmelser är generella. Det finns många olika omständigheter som, liksom en förändrad egenvårdsbedömning, kan vara av betydelse för den enskildes rätt till personlig assistans och assistansersättning.

Sammantaget bedömer vi att det inte finns skäl att införa nya sekretessbrytande bestämmelser eller att föreslå utökad anmälnings- eller uppgiftsskyldighet i ärenden om personlig assistans eller assistansersättning för egenvårdsåtgärder.

9.10.2 Fördröjd omprövning när en överenskommelse om sjukvårdande insatser upphört att gälla

Förslag: En omprövning med anledning av att en sådan överenskommelse som avses avsnitt 9.9 har upphört får inte göras tidigare än 90 dagar efter att överenskommelsen ska anses ha upphört. Omprövningen får inte avse tid före det att de 90 dagarna har passerat.

Som har beskrivits tidigare finns det i 51 kap. 12 § socialförsäkringsbalken en möjlighet till omprövning av en persons rätt till assistansersättning i den utsträckning som denna rätt har minskat i omfattning på grund av väsentligt ändrade förhållanden som är hänförliga till den försäkrade. Bestämmelsen är i dag generell och förutsättningarna för omprövning enligt denna bestämmelse är lika för alla. Vi bedömer dock att det finns skäl att särskilt reglera när en omprövning tidigast får ske i de fall då en överenskommelse om utförande av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen av något skäl har upphört att gälla.

Varför kan det behövas en fördröjning?

För en person vars rätt till assistansersättning är beroende av att de stödbehov som omfattats av sjukvårdshuvudmannens överenskommelse har kunnat beaktas vid bedömningen av rätten till insatsen, innebär överenskommelsens upphörande att rätten till assistansersättning kan gå förlorad. I dessa fall får det alltså stora konsekvenser för den enskilde att överenskommelsen upphör.

Det kan finnas olika skäl till att en överenskommelse om utförande av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen upphör eller sägs upp. Det kan vara fråga om att den enskildes behov av de sjukvårdande insatserna har upphört, att sjukvårdshuvudmannen bedömer att de sjukvårdande insatserna behöver ges på något annat sätt än genom personliga assistenter, eller att de sjukvårdande insatserna fortsättningsvis bedöms kunna utföras som egenvård. Men det kan också handla om att sjukvårdshuvudmannen inte anser att utföraren uppfyllt sina åtaganden enligt avtalet, eller att den enskilde inte längre vill ta emot hjälp från just den aktuella anordnaren. Det

kan också vara fråga om ett upphörande på initiativ av utföraren som av något skäl inte längre vill eller kan fortsätta att utföra de insatser som omfattas av överenskommelsen. I de senare fallen kan det finnas en avsikt hos sjukvårdshuvudmannen att ingå en ny överenskommelse med en arbetsgivare till personliga assistenter om att utföra de sjukvårdande insatserna, det vill säga att den enskilde inom kort åter kan komma att bli berättigad till personlig assistans eller assistansersättning.

Kontinuitet i stödet är av stor betydelse för den enskilde. Det är också viktigt att varken den enskilde eller sjukvårdshuvudmannen anser sig vara bunden till en viss anordnare endast utifrån en oro för att den enskilde skulle riskera att förlora hela sitt stöd om överenskommelsen sades upp. Det är mot den bakgrunden viktigt att avtalslösa perioder som endast är tillfälliga inte leder till att rätten till assistansersättning förloras. Det bör därför finnas en viss övergångstid under vilken aktörerna har möjlighet att finna en ny utförare och få en ny överenskommelse på plats. Mot den bakgrunden bedömer vi att det finns skäl att införa en fördröjning avseende när en omprövning enligt 51 kap. 12 § socialförsäkringsbalken ska göras. Vi bedömer att 90 dagar bör vara en rimlig tid för aktörerna att få till stånd en ny överenskommelse. Det är endast ändringar som består i att en överenskommelse har upphört som omfattas av den fördröjda omprövningen.

Den fördröjda omprövningen ska gälla oavsett vilket skäl som ligger till grund för att överenskommelsen upphört, det vill säga även om det exempelvis skulle vara så att anledningen till upphörandet är att behovet av de sjukvårdande insatserna har upphört. Detta med hänsyn till vikten av kontinuitet i stödet till den enskilde – det övriga stödbehovet torde i de flesta fall kvarstå även om behovet av sjukvårdande insatser skulle upphöra.

Från vilken dag ska de 90 dagarna räknas?

I vissa fall torde det vara relativt enkelt att avgöra när en överenskommelse ska anses ha upphört. Detta är i normalfallet efter att en avtalad uppsägningstid har löpt ut eller när avtalets sista giltighetsdag har passerat. Om överenskommelsen innehåller en på förhand angiven uppsägningstid anser vi alltså att en omprövning bör kunna

göras tidigast 90 dagar efter att uppsägningstiden löpt ut. Om överenskommelsen innehåller en på förhand angiven tidpunkt då denna senast ska upphöra, och ingen uppsägning dessförinnan har skett, anser vi att en omprövning tidigast bör kunna göras 90 dagar efter denna tidpunkt.

Liksom vid alla avtalsförhållanden finns det dock en risk för att avtalsparterna blir oense om villkoren, och det finns därför en risk för att det kan uppkomma svårigheter att avgöra från vilken dag som de 90 dagarna ska räknas. Vi bedömer att det är viktigt att inte Försäkringskassan ska behöva förhålla sig till eventuella avtalsrättsliga frågor om tidpunkten för ett visst avtals upphörande. Om det inte är möjligt att med beaktande av en på förhand angiven giltighetstid eller uppsägningstid, avgöra vid vilken tidpunkt som överenskommelsen har upphört att gälla – men någon av överenskommelsens parter anser att överenskommelsen faktiskt har upphört – ska de 90 dagarna räknas från den dag som de insatser som omfattats av överenskommelsen senast gavs av utföraren.

Omprövningen får endast avse tid efter de inledande 90 dagarna

I dag gäller enligt 51 kap. 13 § socialförsäkringsbalken att en ändring av assistansersättning vid väsentligt ändrade förhållanden ska gälla från och med den månad när anledningen till ändring uppkom. Vi bedömer att detta inte bör gälla när anledningen till ändringen är att en överenskommelse om sjukvårdande insatser har upphört att gälla.

Det är enligt vår mening angeläget att den fördröjda omprövningen inte leder till att enskilda blir föremål för återkrav för assistansersättning som utgetts under övergångstiden, även i de fall då inget nytt avtal ingåtts innan de 90 dagarna har passerat. En sådan ordning hade enligt vår mening varit oacceptabel eftersom det i dessa fall är fråga om personer som har behov av stöd och service under den tid som assistansersättning utges för.

Hur ska Försäkringskassan och kommunen få information om förändringar avseende överenskommelser?

I avsnitt 3.7 beskrivs närmare vad som gäller i fråga om skyldighet att lämna uppgifter om ändrade förhållanden till Försäkringskassan respektive kommunen. Givetvis är det av intresse för den beslutsfattande myndigheten om det sker förändringar i överenskommelsen mellan sjukvårdshuvudmannen och utföraren som påverkar den enskildes rätt till personlig assistans eller assistansersättning. Vi anser dock inte att det finns skäl att införa någon särskild reglering om anmälningsskyldighet när det gäller just den aktuella typen av överenskommelser. Enligt vår mening bör samma förutsättningar gälla som vid andra förändringar som kan vara av betydelse för den enskildes rätt till insats. Vid denna bedömning har vi också beaktat vad som i avsnitt 9.10.1 redogjorts för i fråga om sekretess och tystnadsplikt.

Inget förslag om särskilda förutsättningar för omprövning i fråga om egenvård

Som har beskrivits i avsnitt 3.8.2 är det i dag inte klarlagt i vilken utsträckning som en förändrad egenvårdsbedömning kan leda till omprövning enligt 51 kap. 12 § socialförsäkringsbalken, och i så fall under vilka förutsättningar. Med hänsyn till betydelsen av kontinuitet i stödet kan man dock ställa sig frågan om en ändring i en egenvårdsbedömning som endast är tillfällig bör kunna utgöra grund för en omprövning. Exempelvis på grund av ett tillfälligt förändrat hälsotillstånd hos den enskilde eller i avvaktan på att det ska komma in ny personal som av hälso- och sjukvården bedöms kunna utföra åtgärden som egenvård på ett tryggt och säkert sätt. Å andra sidan är liknande resonemang om betydelsen av kontinuitet i stödet sannolikt relevant avseende samtliga förändringar i stödbehov som endast är tillfälliga.

De bestämmelser som i dag rör möjligheterna till omprövning av beslut om assistansersättning är generella och förutsättningarna är lika för alla stödbehov (se avsnitt 3.8.2). Vi bedömer inte att det finns skäl att införa en särskild reglering som avser möjligheten till omprövning just vid förhållanden som är hänförliga till egenvård.

9.10.3 Inget förslag om förändrad möjlighet till omprövning av gynnande beslut enligt LSS

Vår bedömning: Vi bedömer att det inte finns skäl att föreslå införande av någon särskild reglering om omprövning av gynnande beslut i LSS i ärenden om personlig assistans för egenvårdsåtgärder.

I utredningens uppdrag har ingått att analysera om det bör införas bestämmelser om omprövning av gynnande beslut i LSS i ärenden om personlig assistans för egenvårdsåtgärder.

Som har beskrivits i avsnitt 3.8.2 är det en grundläggande och viktig princip att gynnande beslut inte får ändras till den enskildes nackdel. Till skillnad från vad som är fallet i socialförsäkringsbalken så finns det i dag inte någon bestämmelse i LSS som möjliggör omprövning på annan grund än vad som följer av den generella bestämmelsen i 37 § förvaltningslagen. Vi anser inte att det finns skäl att behandla egenvård på något särskilt sätt jämfört med vad som gäller ifråga om andra ändringar i den enskildes stödbehov. Det uppföljningsansvar som kommunen har för beslut om insatser bör vara tillräckligt för att säkerställa att enskilda endast får de insatser de har behov av.

9.11 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Förslag: Den nya lagen om egenvård, och de ändringar i andra lagar som vi föreslår, ska träda i kraft den 1 januari 2023.

När det gäller ändringar i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade som är av betydelse för rätten till personlig assistans, ska äldre bestämmelser fortfarande gälla för personlig assistans som avser tid före ikraftträdandet.

När det gäller ändringar i socialförsäkringsbalken som är av betydelse för rätten till assistansersättning, ska äldre bestämmelser fortfarande gälla för assistansersättning som avser tid före ikraftträdandet.

När det gäller förändringar i förordningen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade som avser vilka uppgifter som ska redovisas i samband med ansökan om tillstånd att bedriva enskild verksamhet enligt LSS, ska äldre bestämmelser gälla för ansökningar om tillstånd som inkommit till Inspektionen för vård och omsorg före den 31 december 2022.

Att säkerställa ett stärkt stöd och en ökad trygghet vid behov av stöd med sjukvårdande insatser är angeläget. De föreslagna ändringarna bör därför träda i kraft vid tidigast möjliga tidpunkt, vilket med hänsyn till den föreslagna ändringens omfattning bedöms vara den 1 januari 2023.

9.12 Konsekvenser av förslaget avseende stöd vid behov av sjukvårdande insatser

Vårt förslag innebär i första hand en kvalitetshöjning av det stöd med sjukvårdande insatser som ges till personer som tillhör LSS personkrets. Förslaget innebär inga ökade offentligfinansiella kostnader men en omfördelning av kostnader. Nedan görs en uppskattning av antalet personer som berörs av omfördelningens omfattning. Övriga konsekvenser beskrivs i kapitel 12. Där redogörs för de sammantagna konsekvenserna av att genomföra alla våra förslag.

9.12.1 Effekter av förslagen för personer i behov av personlig assistans

Genom vårt förslag som tydliggör ansvaret vid egenvård förväntas kvaliteten öka på det stöd som ges med egenvård till personer som tillhör personkretsen enligt LSS. Avgörande för utfallet av förslaget i övrigt är i vilken omfattning som behandlande legitimerade yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedömer att hälso- och sjukvårdsuppgifter kan utföras som egenvård. Denna bedömning kommer även fortsättningsvis att vara individuell och utfallet av bedömningen kommer även fortsättningsvis att bero dels på åtgärdens natur, dels på omständigheter som är hänförliga till individen. Utifrån vad vi sett i vår utredning i fråga om att egenvårdsbedömningar i dag inte alltid

görs med utgångspunkt i patientmedverkan och patientsäkerhet, bedömer vi dock att en del av de individer som i dag får sina sjukvårdande insatser som egenvård i stället kommer att få dem som sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen inom ramen för den personliga assistansen.

Det är mycket svårt att uppskatta hur många personer som i stället för egenvård kommer att få sina sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen inom ramen för assistansen. Detta dels eftersom det är fråga om just individuella bedömningar, dels eftersom egenvård inte följs upp på ett systematiskt sätt. Det är därför inte möjligt att exakt kvantifiera antalet individer som det gäller. Det finns dock olika typer av uppgifter om hur många som har egenvård och hur många som har sjukvårdande insatser. Utifrån dessa uppgifter kommer vi att uppskatta antalet berörda.

Åtta av tio assistansanvändare har egenvård

Många assistansanvändare är i dag beviljade timmar för egenvård som en del av sin assistans. I Försäkringskassans enkät till assistansanvändare år 2015²⁵ uppgav åtta av tio att de använde sin assistans till bland annat medicinering, slemsugning och omläggning av sår.

Att vårdnära stöd är vanligt illustreras även av Försäkringskassans statistik över nybeviljade beslut om assistansersättning. I Försäkringskassans uppgifter över nybeviljade för år 2014 särredovisades beviljade timmar för egenvård. I dessa beslut innehöll 36 procent tid för behovet egenvård och behovet att besöka vårdinrättning. I rapporten särredovisas inte eventuell egenvård som ingått i något av de grundläggande behoven. Det är därför sannolikt att den totala andelen beslut som omfattade tid för egenvård i själva verket var högre²⁶

Samma fördelning kan antas även för personer som har kommunalt beslutad personlig assistans. I en kartläggning av Socialstyrelsen framkom att så gott som alla kommuner (98 procent) erbjuder stöd vid egenvård inom personlig assistans enligt LSS. Resterande kommuner uppgav att de endast utför hälso- och sjukvårdsåtgärder på delegation.

²⁵ Försäkringskassan (2015). Socialförsäkringsrapport 2015:13 *Assistansersättningens utveckling. Orsaker till ökningen av antalet assistansmottagare och genomsnittligt antal timmar*, s. 65.

²⁶ Försäkringskassan (2015). Socialförsäkringsrapport 2015:13 *Assistansersättningens utveckling. Orsaker till ökningen av antalet assistansmottagare och genomsnittligt antal timmar*, s. 131.

I kartläggningen framkom också att ju enklare egenvårdsinsatsen var, desto vanligare var det att kommunerna erbjöd stöd i genomförandet.

Hälften av alla assistenter utför sjukvårdande insatser per delegation

I vissa fall ges sjukvårdande insatser efter delegation från hälso- och sjukvården. Utredningen *Översyn av yrket personlig assistent* hade i en enkät fått in svar från cirka 1 000 personliga assistenter. Bland de svarande uppgav hälften av de personliga assistenterna att de utför hälso- och sjukvårdsuppgifter per delegation. Andelen var högst bland dem som var anställda av en kommun (64 procent) och lägre bland privatanställda (44 procent) och anställda i kooperativ (42 procent).²⁷

Var fjärde assistansanvändare behöver hjälp med livsuppehållande åtgärder

Enligt en enkät från Försäkringskassan år 2015²⁸ använder var fjärde assistansanvändare sin assistans till livsuppehållande åtgärder. Även enligt en tidigare enkätstudie från Försäkringskassan, riktad till alla assistansanvändare, var det cirka 25 procent av de assistansberättigade som hade hjälp med livsuppehållande åtgärder.²⁹ Det kan inte utläsas av enkäten i vilken utsträckning det är fråga om åtgärder som är av mer komplex sjukvårdande karaktär, eller i vilken utsträckning som de assistansanvändare som det gäller har möjlighet eller förmåga att själva bistå i utförandet, exempelvis genom instruktioner.

Antagande om antal assistansanvändare som berörs

Alla individer som har stöd med egenvård kommer att beröras av förslaget genom att den egenvård som de fortsatt kommer att få kommer att ges med högre kvalitet. Personer som redan i dag har

²⁷ SOU 2020:1 *Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor*, s. 144.

²⁸ Uppgifter till utredningen från Försäkringskassan. Utredningen fick del av de sammanställda resultaten från enkäten.

²⁹ Försäkringskassan (2011). Socialförsäkringsrapport 2011:18 *Statlig personlig assistans – resultat från undersökning av gruppen assistansberättigade*, s. 34.

egenvård kommer successivt att få egenvårdsbedömningar enligt det nya förslaget till egenvårdslag.

I fråga om hur många personer som i stället för egenvård kommer att få sina sjukvårdande insatser som sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen kan konstateras att det vid en egenvårdsbedömning ska tas hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet. I de fall en användare inte känner sig trygg med egenvård ska egenvård inte vara ett alternativ. Vid bedömningen ska hänsyn tas till patientens individuella förutsättningar. Det är också svårt att utifrån åtgärdernas natur göra en uppskattning av antalet personer som påverkas. Det går inte att dra några skarpa gränser mellan vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder som lämpar sig för egenvård eller inte. Den tekniska och medicinska utvecklingen går fort framåt och vissa åtgärder som i dag kräver monitorering av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan om något år komma att kunna skötas av en lekman. Att en åtgärd är livsuppehållande kan dock ses som en indikation på att den är så riskfylld att den i vissa fall inte bör utföras som egenvård. Vi antar därför att hälften av de individer som har livsuppehållande åtgärder kommer att få sitt stöd som sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen i stället för som egenvård. Hälften av de individer som har livsuppehållande åtgärder innebär 12,5 procent av assistansanvändarna.

Vi antar att samma andelar gäller för individer såväl inom den statliga som den kommunala personliga assistansen.

Tabell 9.1 Antagande om antal personer som berörs av förslaget

	Antal totalt	Antal berörda givet att 12,5 procent berörs
Antal personer med ASE 2020	13 862	1 733
Antal personer med PA enl LSS 2019	5 209	651
Totalt	19 071	2 384

Källa: Statistik från Försäkringskassan respektive Socialstyrelsen.

Antalet berörda personer redovisas i tabell 9.1 ovan. Denna beräkning är förstas väldigt osäker, en felmarginal om 5 procent ger ett intervall om 1 430–3 337 personer. Dessutom bygger beräkningarna på oförändrade antal assistansanvändare, all förändring av antalet assistansberättigade måste tas hänsyn till.

Antagande om antal timmar per användare

För antagandet om antal timmar per användare kan ledning hämtas i Försäkringskassans statistik över nybeviljade³⁰ timmar. Genomsnittligt antal beviljade timmar per vecka (förstagångsansökningar) för att sköta sin hälsa var 4 timmar per användare och vecka år 2019.³¹ Detta antal är troligen en underskattning av den totala tiden för egenvårdsåtgärder eftersom olika typer av egenvårdsåtgärder även kan ha statistikförts inom exempelvis personlig hygien eller måltid.³²

Variationen i antal timmar per individ kommer att vara stor. Exempelvis beviljades 45 timmar per vecka för andningshjälp. Den tid som explicit rymmer sjukvårdande insatser är dock troligtvis mindre. Det är också ett fåtal personer som har beviljats tid för andningshjälp och detsamma samma gäller sondmatning. Därför kan vi anta att 4 timmar i genomsnitt per användare och vecka är rimligt för sjukvård som enligt vårt förslag finansieras av regionerna.

9.12.2 Offentligfinansiella konsekvenser

Som vi antog ovan var det 2 384 personer som kommer att få i genomsnitt 4 timmar per vecka finansierade av sjukvårdshuvudmännen, det vill säga 495 872 timmar per år. I dessa beräkningar förutsätts regionerna vara den som slutgiltigt ska stå för kostnaderna i samtliga fall. Detta innebär en överföring av kostnader till regioner motsvarande 157 miljoner kronor årligen (varav från staten 114 miljoner kronor och från kommuner 43 miljoner kronor). Effekterna presenteras i tabell 9.2 nedan.

³⁰ Att nybeviljade ansökningar och inte alla som redan har assistansersättning används beror på att Försäkringskassan relativt nyligen börjat föra statistik på denna noggranna nivå. Statistik för hela stocken finns således inte.

³¹ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Indikatorer för att följa utvecklingen av assistansersättningen*, tabell 2 s. 35.

³² Samtal med Försäkringskassan avseende statistiken.

Tabell 9.2 Offentligfinansiella effekter för staten, kommunen och regionerna

	Antal berörda	Utgiftsförändring givet 4 timmar/vecka och 315 kronor i schablonersättning
Staten	1 733	-114
Kommunerna	651	-43
Regionerna	2 384	157

Källa: Egna beräkningar baserade på statistik från Försäkringskassan.

Vid en ökning av antalet assistansberättigade genom andra förslag blir detta belopp högre.

10 Nya grundläggande behov

I direktivet anges att vårt uppdrag är att föreslå hur rätten till personlig assistans för behov av hjälp med tillsyn kan stärkas. Där definieras begreppet tillsyn som ”övervakning som behövs på grund av psykisk eller fysisk funktionsnedsättning (inklusive ingripanden) och aktiverings- och motiveringsinsatser”.¹ Vi bedömer att den möjlighet som i dag finns att bedöma de stödbehov vi identifierat i vår kartläggning i kapitel 6 som grundläggande behov är otillräcklig för att personer som tillhör personkretsen enligt LSS ska ges tillräcklig tillgång till personlig assistans. En förändring är därför nödvändig.

Vårt förslag är att det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* upphävs och ersätts dels med två nya grundläggande behov, dels med en kompletterande formulering i 9 a § LSS som innebär att kvalificerat motiverande eller vägledande stöd som behövs för att den enskilde ska klara sina grundläggande behov (exempelvis personlig hygien eller måltider) ska betraktas som en del i det grundläggande behov som stödet syftar till att tillgodose. Vårt förslag innebär att det blir totalt sju grundläggande behov i den bestämmelse som definierar insatsen personlig assistans (9 a § LSS). I syfte att förenkla och öka överblickbarheten föreslår vi att skriva om bestämmelsen och numrera de grundläggande behoven 1–7.

Eftersom vi anser att uttrycken tillsyn, övervakning och ingripanden inte tillräckligt väl speglar stödbehovens förebyggande karaktär avstår vi från att använda dessa begrepp som samlingsnamn eller beskrivning av de nämnda stödbehoven.

¹ Dir. 2020:3 *Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn.*

10.1 En förändring behövs – fler stödbehov behöver grunda rätt till personlig assistans

10.1.1 De tre kategorierna av stödbehov som omfattas av utredningens uppdrag i denna del

I 6 kapitlet beskriver vi vilka stödbehov som vi hittat i den kartläggning som vi har genomfört.

I vårt direktiv hänvisas till de senaste årens rättspraxis som inneburit att färre typer av stödbehov i dag omfattas av det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* än vad som tidigare varit fallet. Stödbehov som omfattas eller tidigare har omfattats av detta grundläggande behov kan beskrivas som behov av stöd av motiverande och vägledande karaktär, behov av stöd på grund av vissa riskfyllda beteenden och behov av stöd som föranleds av viss medicinsk problematik. Så som rättsläget och tillämpningen ser ut är möjligheten för dessa behov att grunda rätt till personlig assistans i dag begränsad.² Vi har tolkat uppdraget så att avsikten är att det är rätten till personlig assistans för just dessa kategorier av stödbehov som ska utvidgas till att omfatta andra och fler situationer än i dag. Att dessa stödbehov finns bekräftas i den kartläggning vi gjort. Vår kartläggning bekräftar också att man inte alltid får personlig assistans beviljad för dessa behov trots att det skulle vara en ändamålsenlig insats.

10.1.2 Personer med stora stödbehov hamnar utanför den personliga assistansen

Dagens begränsade möjligheter att beviljas tid för det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* leder till att personer som tillhör LSS personkrets kan hamna utanför den personliga assistansen trots att de har behov av stöd all vaken tid eller dygnet runt för att inte riskera att komma till skada till följd av riskfyllt beteende eller medicinsk problematik (avsnitt 6.6). Detsamma kan gälla personer som på grund av till exempel kognitiva svårigheter inte själva förmår tillgodose sina basala behov så som personlig hygien eller måltider (avsnitt 6.6).

² Dir. 2020:3 *Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn.*

Dagens reglering och tillämpning medför alltså att vissa personer som har stora och varaktiga funktionsnedsättningar och mycket omfattande stödbehov hamnar utanför både den statliga assistansersättningen och den kommunalt finansierade personliga assistansen. De kommunala stödsatser som dessa personer många gånger erbjuds kan inte alltid på samma sätt som personlig assistans fullt ut möta stödbehovet. Detta kan till exempel bero på stödbehovets karaktär, stödbehovets omfattning eller andra omständigheter som rör personen med funktionsnedsättning och den sammantagna situationen. I vår utredning har beskrivits att en utestängning från den personliga assistansen i vissa fall kan innebära att personen inte kan delta i samhället på ett tryggt sätt, att hen blir bunden till sitt hem eller att hen inte kan bo kvar i sitt eget hem även om hen skulle vilja. Om stödbehovet föranleds av medicinsk problematik leder bristen på ändamålsenligt stöd i vissa fall till och med till att den enskilde behöver stanna på sjukhus länge efter att hen är utskrivningsklar.

En utveckling som för personer med funktionsnedsättning innebär begränsningar i deras möjligheter till självbestämmande, inflytande och deltagande i samhällslivet på samma villkor som andra är inte önskvärd och ligger inte i linje med varken internationella konventioner eller den funktionshinderpolitiska målsättningen. Det går heller inte att bortse från att vissa personer som tillhör LSS personkrets, och som därmed omfattas av lagens mål och syften, får stöd med lägre ändamålsenlighet när de i stället hänvisas till insatser enligt exempelvis socialtjänstlagen. Att utöka möjligheten till inträde i den personliga assistansen genom fler grundläggande behov är därför enligt vår bedömning nödvändigt för att på ett ändamålsenligt sätt stärka rätten till personlig assistans för tillsyn, som det har beskrivits i uppdraget.

10.2 Ord spelar roll – Begreppet tillsyn fasas ut

Vi bedömer att det finns skäl att avstå från att använda begreppen tillsyn, övervakning och ingripanden vid införandet av de nya grundläggande behoven i LSS. Uttrycken bidrar till att skapa en bild av den enskilde så som en icke-självbestämmande person som behöver övervakas, snarare än en person som är i behov av ett visst stöd för att få sina behov tillgodosedda. Uttrycken kan också ifrågasättas

utifrån ett konventionsrättsligt perspektiv eftersom det riskerar att ge generella tankar om oberäknelighet eller otillräknelighet (se avsnitt 6.1). Det ännu mer specifika begreppet *aktiv tillsyn av övervakande karaktär* framstår dessutom i dagens sammanhang – där vi nått en högre kunskapsnivå vad gäller förståelse för individuella förutsättningar, olika förhållnings- och bemötandesätt och den generella betydelsen av en individanpassad kommunikation – som ett än mindre ändamålsenligt begrepp i förhållande till det stöd som det borde vara fråga om. Det vill säga stöd i form av till exempel individuellt anpassat kommunikationssätt och individuellt anpassat bemötande. Härutöver saknas det en enhetlig definition av begreppet tillsyn. Till exempel skiljer sig definitionen av begreppet som det formulerats i direktivet till viss del från hur man i rättspraxis använder sig av uttrycket tillsyn (se kapitel 5). De olika sätt som begreppet används på riskerar enligt vår mening att orsaka en begreppsförvirring som försvårar tillämpningen.

10.3 En omstart behövs – annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade upphävs

Förslag: Det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* upphävs.

Dagens tillämpningsområde för det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* täcker in vissa men inte alla de situationer som vi anser bör kunna grunda rätt till personlig assistans. Detta beror till stor del på utvecklingen av rättspraxis. För att åstadkomma en förändring i den riktning som vi föreslår krävs därför ny lagstiftning och vi bedömer att detta grundläggande behov först behöver tas bort. Genom att ta bort det grundläggande behovet och på nytt formulera de behov som kan grunda rätt till personlig assistans åstadkommer vi den omstart som vi anser behövs.

Det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* ger genom ordalydelsen intrycket av att utgöra en ventil som skulle göra det möjligt att beakta

olika typer av behov som inte uttryckligen nämns bland de övriga grundläggande behoven. Att ta bort detta grundläggande behov och i stället ersätta det med tre specifikt utpekade stödbehov kan därför framstå som en försvagning av rätten till personlig assistans. Genom rättspraxis (och dess hänvisningar till lagens förarbeten) har dock detta grundläggande behov redan snävats in så mycket att det i dag endast är tillämpligt vid mycket speciella omständigheter och därmed bara omfattar ett fåtal situationer. Det fungerar därmed i praktiken inte som den ventil som ordalydelsen ger intryck av. Vi bedömer därför att det inte skulle innebära någon generell försvagning av rätten till personlig assistans att ta bort det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* förutsatt att de nya behov som införs omfattar även de stödbehov som i dag omfattas av behovet, vilket vi bedömer att våra förslag säkerställer.

10.4 Nya grundläggande behov

Vi gör bedömningen att fler situationer än i dag bör kunna berättiga till personlig assistans. Avsikten är bland annat att återinföra de personer som tidigare har ansetts vara berättigade till insatsen med stöd av det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* men som exkluderats till följd av senare års rättspraxis. Avsikten är inte att utestänga någon som i dag omfattas av möjligheten att beviljas tid för tillsyn som grundläggande behov. För att åstadkomma detta föreslår vi förändringar i 9 a § första stycket LSS. De nya grundläggande behov som vi föreslår är relativt precisa i sin utformning. Genom att närmare specificera vilka stödbehov som ska betraktas som grundläggande – i stället för att införa en mer allmänt hållen ordalydelse liknande *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* – finns det inte någon möjlighet att i den praktiska tillämpningen vidga tillämpningsområdet till att omfatta andra typer av behov än de som uttryckligen anges i bestämmelsen. En hög detaljeringsgrad ger mindre utrymme att beakta helheten. Å andra sidan stärks rätten till assistans för just de angivna behoven, såväl som förutsägbarheten i bedömningen. De stödbehov som vi föreslår ska grunda rätt till personlig assistans är av stor betydelse för den enskildes möjlighet att

leva sitt liv och vara delaktig i samhällslivet på samma villkor som andra. Med beaktande av detta anser vi att det finns särskild anledning att säkerställa en viss förutsägbarhet i tillämpningen. Vi anser att detta motiverar en relativt hög detaljeringsgrad och vi bedömer att de formuleringar som vi föreslår ska införas kommer att stärka rätten till personlig assistans för de behov av hjälp som utredningen har pekat ut. Avsiktligen lämnar dock de formuleringar som vi föreslår ett visst utrymme för bedömning, något som vi anser är nödvändigt för att inte ramen ska bli alltför begränsande utifrån att inte alla situationer kan förutses och fångas in i klara rekvisit.

10.4.1 Behov av stöd för att förebygga vissa beteenden och minska risken för skador till följd av sådana beteenden blir ett nytt grundläggande behov

Förslag: Kontinuerligt stöd som den enskilde till följd av sitt funktionshinder behöver för att förebygga att han eller hon fysiskt skadar sig själv, någon annan eller egendom blir ett grundläggande behov.

Som beskrivits närmare i avsnitt 6.2.2 kan det hos en del personer som tillhör LSS personkrets, till följd av svårigheter som följer av stora och varaktiga funktionsnedsättningar, uppkomma ett beteende som riskerar att leda till att personen skadar sig själv, någon annan eller egendom. Utåtagerande eller självskadande beteenden är ofta inte ett tillstånd eller en diagnos utan kan ses som ett tecken på att situationens krav och individens förmågor inte matchar varandra. Detta till exempel om personens kognitiva svårigheter gör situationen obegriplig eller övermäktig, eller vid en upplevelse att inte bli lyssnad på eller bli förstådd. Det finns också andra beteenden som kan följa av en persons funktionsnedsättning och som kan innebära att hen utsätter sig själv eller andra för fysisk fara utan att det handlar om utåtagerande eller ett, i egentlig mening, självskadande beteende. Det kan exempelvis vara fråga om brist på impuls kontroll och avsaknad av insikt i vad som är farligt. Både orsaken till den enskildes beteende och beteendet i sig kan ha negativ inverkan på livskvaliteten och den fysiska säkerheten för personen själv och för personer i hans närhet. Det är därför viktigt att den enskilde får stöd som på såväl

längre som kortare sikt fungerar förebyggande mot att beteendet uppkommer. Stöd behövs också för att förebygga eller minska risken för skada ifall beteendet ändå uppstår. Hos vissa personer medför svårigheterna som följer av funktionsnedsättningen att det behövs en närmast ständig närvaro av en annan person som kan ge stöd för att förebygga att den enskilde orsakar skada för sig själv, någon annan eller på egendom. Ett välfungerande stöd kan då vara en förutsättning för att hen ska kunna bo i ett eget hem och kunna delta i samhällslivet på ett tryggt sätt och på samma villkor som andra.

Vad som är utmärkande för insatsen personlig assistans är att den ges av ett begränsat antal personer och att den enskilde själv har ett avgörande inflytande över vem som ska ge stödet. När det gäller personer som har stort behov av stöd för att förebygga olika typer riskfyllda beteenden kan just detta vara av stor betydelse för att stödet ska fungera på ett ändamålsenligt sätt. Till exempel för att den enskilde ska vara mottaglig för att ta emot stödet även när hen befinner sig i en upprörd sinnesstämning.

Det är mot denna bakgrund som vi föreslår att ett nytt grundläggande behov ska införas som innebär att kontinuerligt stöd som en person till följd av sin funktionsnedsättning behöver för att förebygga att han eller hon fysiskt skadar sig själv, någon annan eller egendom, kan grunda rätt till personlig assistans. Vad som kännetecknar det nya grundläggande behovet beskrivs närmare nedan.

Förebyggande stöd i syfte att minska risken för skada

Det nya grundläggande behov som vi föreslår ska införas tar sikte på situationer då den enskilde till följd av sin funktionsnedsättning behöver stöd för att förebygga att det uppkommer ett beteende som innebär risk för att hen fysiskt skadar sig själv, någon annan eller egendom. Även insatser för att minska riskerna för skada när ett visst beteende väl har uppkommit ska ses som sådant stöd som behövs för att förebygga att den enskilde fysiskt skadar sig själv, någon annan eller på egendom, och således omfattas av det grundläggande behovet. Enligt vårt förslag ska det nya grundläggande behovet avse situationer då den enskilde behöver just kontinuerligt stöd. Med detta avses att närvaron av en annan person som kan ge stödet ska behövas löpande under en stor del av personens vakna tid.

När det gäller stödets karaktär väljer vi att frånga användningen av både uttrycket tillsyn och övervakning – som ofta används i tillämpningen i dag – för att i stället benämna stödet förebyggande. Vi anser att detta är mer i överensstämmelse med syftet med personlig assistans och tydligare beskriver den typ av stöd som det är, och bör vara, fråga om. Vad ett förebyggande stöd innebär i praktiken är givetvis mycket individuellt men det kan till exempel vara fråga om hjälp att skapa begriplighet och förutsägbarhet i tillvaron, eller att på andra sätt minska exempelvis oro eller upplevelser av övermäktighet eller brist på kontroll. Även om fokus ska vara på att förebygga själva förekomsten av olika slags riskfyllda beteenden är det viktigt att den enskilde också får stöd för att minska risken för skada om beteendet ändå skulle uppkomma. Även sådana insatser är enligt vår uppfattning att definiera som förebyggande. Det kan exempelvis vara fråga om att förebygga ytterligare uppvarvning hos den enskilde genom ett anpassat bemötande.

Behov av stöd på grund av vissa beteenden kan redan i dag ge rätt till personlig assistans genom tillämpning av det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade*, så kallad aktiv tillsyn av övervakande karaktär (se avsnitt 5.2). Vår bedömning är dock att möjligheten är allt för snäv för att personer med behov av stöd för att förebygga skador till följd av vissa beteenden ska få tillgång till personlig assistans i den utsträckning som behövs för att möjliggöra ett liv på lika villkor och delaktighet i samhällslivet. I dag är en av förutsättningarna för att omfattas av det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* att den enskilde har ett utagerande beteende. Vi bedömer att det saknas skäl att på detta sätt lägga vikt vid arten av det beteende som ligger till grund för stödbehovet. Detta utifrån att även ett beteende som inte per definition är utagerande eller självskadande kan vara lika farligt och orsaka lika stor skada för den enskilde och för andra personer i hans närhet. Utgångspunkten bör i stället vara *varför* ett visst stöd behövs, det vill säga om stödet behövs eftersom det annars riskerar att uppkomma en skada. En förutsättning bör dock vara att det beteende som behöver förebyggas är sådant som på ett direkt och uppenbart sätt riskerar att leda till fysisk skada. Det bör inte vara tillämpligt i situationer då den enskilde på grund av bristande insikt i vad som kan vara farligt försätter sig i situationer som på ett mer indirekt sätt

innebär en sådan risk, till exempel genom riskfyllda kontakter på internet eller ett socialt nedbrytande beteende. Med detta inte sagt att det inte kan finnas behov av stöd även för att undvika sådana situationer, men sådant stödbehov ska enligt vårt förslag inte ligga till grund för en rätt till personlig assistans så som ett grundläggande behov.

Ett annat krav som i dag uppställs för att beviljas tid för det som kallas aktiv tillsyn av övervakande karaktär är att stödet, med hänsyn till personens svårigheter att kommunicera, ska förutsätta ingående kunskaper om den enskilde. Vi föreslår inte att detta krav ska vara en del av det nya grundläggande behovet. Vår bedömning är att för en person som under stor del av sin vakna tid behöver stöd från någon annan för att förebygga att hen fysiskt skadar sig själv, någon annan eller egendom, är stödet av så avgörande betydelse för dennes möjligheter att leva sitt liv och delta i samhällslivet på samma villkor som andra, att det saknas grund för att även uppställa ett krav på ingående kunskaper om den enskilde. Att sådan kunskap sannolikt ofta behövs för att kunna ge den enskilde ett stöd av god kvalitet är en annan sak.

Fysiskt skada sig själv, någon annan eller egendom

Utgångspunkten för att det nya grundläggande behovet ska vara tillämpligt är att stödet behövs eftersom det annars riskerar att uppkomma en fysisk skada. Den skada som riskerar att uppkomma ska inte vara obetydlig. Det utifrån att det aktuella beteendet och de skador som detta leder till då inte kan antas ha någon avgörande betydelse för den enskildes möjligheter att leva sitt liv och delta i samhället på samma villkor som andra. Skada i form av förstörda egna förbrukningsvaror till följd av exempelvis ett tvångsmässigt beteende torde i normalfallet inte vara sådan att det grundläggande behovet ska tillämpas. Även skador som var och en för sig framstår som obetydliga kan dock få stora sammantagna konsekvenser för den enskilde eller för personer i hans närhet. De sammantagna konsekvenserna av ett uteblivet stöd bör därför beaktas vid bedömningen. Här bör det även kunna vara aktuellt att göra skillnad mellan skador på person och skador på egendom, varvid utrymmet för att bedöma en personskada som obetydlig bör vara avsevärt mindre än när det är fråga om skador på egendom.

Eftersom fokus är på stödets förebyggande karaktär bör det inte ställas krav på att exempelvis faktiska episoder med ett visst beteende ska inträffa eller skador ska uppstå med en viss frekvens. Det är således tillräckligt att det framgår att det utifrån de individuella svårigheter som den enskildes funktionsnedsättning innebär finns en påtaglig risk för att ett visst beteende ska uppkomma, och att det skulle kunna leda till sådan skada som omfattas av bestämmelsen.

Behovet av stöd ska vara kontinuerligt

Enligt förslaget ska alltså det nya grundläggande behovet avse situationer då den enskilde behöver just kontinuerligt stöd. Med detta avses att närvaro av en person som kan ge stödet ska behövas löpande under en stor del av personens vakna tid. Eftersom fokus i insatsen ska vara stöd av förebyggande karaktär och inte bevakning eller övervakning, bör det enligt vår mening inte ställas krav på att den person som ger stödet ständigt ska behöva vara i den enskildes omedelbara fysiska närhet, det vill säga precis intill den enskilde eller alltid vara i samma rum. För att det ska anses vara fråga om sådant stöd som omfattas av det grundläggande behovet bör det dock vara nödvändigt att den som ger stödet är tillräcklig nära för att löpande kunna bedöma vilket slags stöd som behöver ges, till exempel genom att vara på plats i den enskildes bostad.

Stödbehovet är av kvalificerat slag

Enligt rättspraxis gäller i dag att behov av hjälp ska vara av tillräckligt kvalificerat slag för att ge rätt till personlig assistans som grundläggande behov. I praxis har exempelvis avseende personlig hygien och måltider uttryckts att det ska vara fråga om hjälp av privat och integritetskänslig karaktär.³ Den nu aktuella typen av stöd, det vill säga *kontinuerligt stöd som den enskilde till följd av sitt funktionshinder behöver för att förebygga att han eller hon fysiskt skadar sig själv, någon annan eller egendom*, är av en annan karaktär än sådant rent praktiskt (handgripligt) stöd som ofta behövs med exempelvis per-

³ RÅ 2009 ref. 57, HFD 2018 ref. 21 och HFD 2019 ref. 56. Se även Prop. 2019/20:92 *Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning*, s.21. Se även avsnitt 2.5.2 och 6.3.1.

sonlig hygien eller måltider. Det kan därför inte jämföras med sådant stöd och kan inte heller delas upp i olika moment på samma sätt som sådana hjälpbehov. Redan i formuleringen av det nya grundläggande behovet ingår flera kriterier som ska vara uppfyllda för att stödbehovet ska kunna grunda en rätt till personlig assistans. Vår utgångspunkt är att stödbehovet i sin helhet är kvalificerat.

10.4.2 Behov av kontinuerligt stöd som föranleds av medicinsk problematik blir ett nytt grundläggande behov

Förslag: Kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv eller hälsa blir ett grundläggande behov. Hjälp med sådana behov ska anses som grundläggande behov oavsett hjälpens karaktär. Åtgärder som är direkt nödvändiga för att sådan hjälp ska kunna ges ska grunda rätt till personlig assistans för andra personliga behov.

Som har beskrivits närmare i avsnitt 6.2.3 har en del personer som tillhör LSS personkrets till följd av stora och varaktiga funktionsnedsättningar ett stort behov av stöd i sin vardag som föranleds av medicinsk problematik. För vissa av dessa personer behövs stödet kontinuerligt, det vill säga löpande under hela eller en stor del av dygnet. För vissa skulle också en brist på stöd innebära en allvarlig risk för skada. I dessa situationer är ett ändamålsenligt stöd av avgörande betydelse för att den enskilde ska kunna bo i ett eget hem, leva ett självständigt liv i övrigt och ha möjlighet att delta i samhällslivet på samma villkor som andra. Det är mot denna bakgrund som vi föreslår att behov av kontinuerligt stöd, som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik, där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv eller hälsa, ska utgöra ett grundläggande behov.

Stöd ska behövas en stor del av dygnet och uteblivet stöd ska utgöra en allvarlig risk för liv eller hälsa

Det nya grundläggande behov som vi föreslår ska införas tar sikte på situationer då den enskilde har behov av just kontinuerligt stöd. Med detta avses att det ska behövas närvaro av en annan person under hela eller en stor del av dygnet. Stödet kan avse såväl praktiska åtgärder som uppsikt som behövs för att avläsa eller uppmärksamma när en viss praktisk åtgärd är nödvändig. Även uppsikt bör betraktas som aktivt stöd (inte väntetid) eftersom det hela tiden kräver aktiv avläsning av personens tillstånd. Att praktiska stödinsatser behöver ges mycket frekvent eller att det när som helst kan uppstå situationer när praktiska insatser behövs, talar enligt vår mening för att det är fråga om ett behov av kontinuerligt stöd. Det kan till exempel röra sig om att de praktiska åtgärder som behöver utföras är av teknisk eller på annat sätt avancerad karaktär som den enskilde inte själv kan utföra. Det kan också vara fråga om situationer där det finns en överhängande risk för att ett visst medicinskt tillstånd kan inträffa och att den enskilde till följd av sin funktionsnedsättning inte själv har möjlighet att hantera situationen eller påkalla hjälp. I en sådan situation kan behövas i princip ständig närvaro av en person som kan avläsa den enskildes hälsotillstånd och hjälpa den enskilde med de åtgärder som behövs.

Enligt vårt förslag ska det nya grundläggande behovet omfatta situationer då uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för den enskildes liv eller hälsa. Risken ska vara påtaglig. Det krävs också att den ifrågavarande medicinska problematiken, och de risker som denna är förknippad med, är varaktig eller långvarig. Detta innebär att såväl kronisk medicinsk problematik som medicinsk problematik som är övergående men långvarig ska beaktas. Det grundläggande behovet omfattar inte behov av stöd som föranleds av medicinsk problematik som är av helt tillfällig karaktär.

Det är inte möjligt att göra en uttömmande uppräkningslista över de olika typer av medicinsk problematik som skulle kunna medföra sådana stödbehov som omfattas av det nya grundläggande behovet. Detta måste avgöras i det enskilda fallet. Exempel på medicinsk problematik som skulle kunna föranleda sådana stödbehov som omfattas av bestämmelsen kan dock vara grav epilepsi eller vissa allvarliga ämnesomsättningssjukdomar. En grundläggande förutsätt-

ning för att en rätt till personlig assistans ska föreligga är självfallet att personen tillhör personkretsen enligt 1 § LSS och har behov av hjälpen på grund av stora och varaktiga funktionshinder enligt 9 a § första stycket LSS.

Inget krav på ingående kunskaper

När stödbehov som var föranledda av medicinsk problematik tidigare ansågs kunna omfattas av det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* ställdes krav på att det skulle behövas ingående kunskaper om den enskilde för att kunna ge hjälpen. Vi föreslår inte att detta krav ska vara en del av det nya grundläggande behovet. Vår bedömning är att för en person som under en stor del av dygnet behöver stöd från någon annan för att inte löpa en allvarlig risk för liv eller hälsa, är stödet av så avgörande betydelse för dennes möjligheter att leva sitt liv och delta i samhällslivet på samma villkor som andra, att det saknas grund för att även uppställa ett krav på ingående kunskaper. Att sådan kunskap sannolikt ofta behövs för att kunna ge den enskilde ett stöd av god kvalitet än en annan sak.

Hela hjälpbehovet ska vara assistansgrundande

Det nya grundläggande behov som vi föreslår ska införas är kopplat till en allvarlig risk för den enskildes liv eller hälsa. Det är därför enligt vår mening angeläget att ingen person som omfattas av personkretsen enligt LSS och som behöver denna slags hjälp går miste om rätten till personlig assistans eller assistansersättning på grund av att hjälpbehovet delas upp i ”tillräckligt kvalificerade delar” respektive övriga delar. Det bör därför enligt vår mening sakna betydelse i vilken utsträckning som hjälpbehovet är av privat eller integritetskänslig karaktär. Vårt förslag är därför att hjälpen ska anses som grundläggande behov oavsett hjälpens karaktär på samma sätt som i dag gäller för andning och måltider i form av sondmatning enligt 9 a § första stycket LSS (se avsnitt 6.3.1).

Situationen kan vara sådan att den person som behöver hjälp med det nya grundläggande behovet *kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör*

en allvarlig risk för liv eller hälsa saknar förutsättningar att själv delta i den personliga assistentens hjälpåtgärder. Vi anser inte att det i fråga om ett stöd som grundas i en allvarlig risk för liv eller hälsa bör uppställas ett krav på den enskildes medverkan vid de aktuella hjälpåtgärderna. Åtgärderna bör därför enligt vår mening ge rätt till personlig assistans för andra personliga behov utan att det uppställs något särskilt krav på att den personliga assistenten utför dem tillsammans med den enskilde. Vi föreslår därför att åtgärder som är direkt nödvändiga för att hjälp som har samband med det nya grundläggande behovet ska kunna ges bör grunda rätt till personlig assistans för andra personliga behov på samma sätt som i dag gäller för åtgärder som är relaterade till andning (se avsnitt 6.3.1). Endast direkt nödvändiga hjälpåtgärder bör omfattas. Det bör finnas ett omedelbart samband mellan hjälpåtgärden och den insats som avser det nya grundläggande behovet. Det kan exempelvis handla om iordningsställande och skötsel av hjälpmedel eller apparatur som ska användas under själva hjälpinsatsen (jfr prop. 2019/20:92 s. 28).

Det kan finnas skäl att framöver överväga en utökad möjlighet till personlig assistans i barnomsorg eller skola

Enligt 106 kap. 24 § fjärde punkten socialförsäkringsbalken är huvudregeln att assistansersättning inte ska lämnas för tid då ett barn vistas i eller deltar i barnomsorg eller skola. Undantag från detta kan dock enligt 106 kap. 25 § socialförsäkringsbalken göras om det finns särskilda skäl. Situationer då det kan finnas särskilda skäl är när den enskildes funktionsnedsättning skapar särskilda svårigheter att kommunicera med andra än sina personliga assistenter eller där det med hänsyn till den enskildes hälsotillstånd är viktigt att den personliga assistenten finns till hands. Det kan också finnas situationer, där funktionsnedsättningen gör det särskilt angeläget att den enskilde har ett starkt begränsat antal personer knutna till sig.⁴ Härutöver är det sedan den 1 juli 2020 reglerat i 106 kap. 25 a § socialförsäkringsbalken att barn som behöver viss hjälp som är relaterad till andning eller sondmatning kan få assistansersättning för tid då de befinner sig i barnomsorg eller skola utan att någon bedömning behöver göras om det finns särskilda skäl.

⁴ Prop. 1995/96:146 *Vissa frågor om personlig assistans*, s. 15, Bet. 1995/96:SoU15 *Vissa frågor om personlig assistans*, s. 15, RÅ 1997 ref. 23 II och RÅ 2000 ref. 11.

LSS saknar en motsvarande reglering som den i 106 kap. 24–25 a §§ socialförsäkringsbalken. I förarbetena till 106 kap. 25 a § socialförsäkringsbalken konstateras dock att det inte finns något behov av en sådan reglering i LSS och att personlig assistans kan beviljas om huvudmän inom barnomsorgen eller skolväsendet inte tillgodoser barnets behov.⁵

Vi bedömer att det kan finnas situationer då det kan vara lämpligt att ett barn som har behov av stöd som omfattas av det nya grundläggande behovet *kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv eller hälsa* får assistansersättning även för tid då barnet befinner sig i barnomsorg eller skola. Vi bedömer dock att den nuvarande möjligheten att vid särskilda skäl kunna få assistansersättning för tid i sådan verksamhet bör vara tillräcklig för att möjliggöra detta. Det kan dock finnas skäl att utvärdera detta när det nya grundläggande behovet tillämpats en tid i praktiken.

Härvid kan också tilläggas att Försäkringskassan i november 2020 gjort en framställan om ändringar i socialförsäkringsbalken med innebörden att barn som har behov av hjälp med andning eller sondmatning som grundläggande behov ska kunna få assistansersättning för hela tiden i barnomsorg eller skola.⁶

10.4.3 Kvalificerat motiverande eller vägledande stöd ska bedömas som en del i det grundläggande behov som det avser att tillgodose

Förslag: Behov av kvalificerat motiverande eller vägledande stöd som är en förutsättning för att den enskilde ska klara de grundläggande behoven ska beaktas som en del i det grundläggande behov som det avser att tillgodose.

Även om en person har de fysiska förutsättningar som krävs för att utföra en viss praktisk uppgift kan det vara så att hen till följd av sina funktionsnedsättningar inte självständigt klarar alla de moment som behövs för att genomföra uppgiften (se avsnitt 6.2.1). Det kan till

⁵ Prop. 2019/20:92 *Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning*, s. 36.

⁶ Försäkringskassan (2020-11-10). Framställan om lagändring, dnr FK 2020/001737.

exempel vara svårt för en person att förstå när ett visst moment behöver utföras, varför ett visst moment behöver utföras, att komma igång, att utföra alla nödvändiga delmoment i rätt ordning, att utföra momenten på ett tillräckligt utförligt sätt eller att avsluta momenten i tid. Det kan då finnas ett behov av att få ett kvalificerat motiverande eller vägledande stöd. När sådant stöd behövs för att tillgodose något av den enskildes grundläggande behov bör detta enligt vår mening kunna grunda en rätt till personlig assistans på samma sätt som de praktiska stödmomenten. Mot denna bakgrund föreslår vi att kvalificerat motiverande eller vägledande stöd som är en förutsättning för att den enskilde ska klara sina grundläggande behov ska beaktas som del av det grundläggande behov som det avser att tillgodose.

Vad är ett kvalificerat motiverande eller vägledande stöd?

Enligt vårt förslag ska det vara fråga om kvalificerat motiverande eller vägledande stöd. Ett behov av motiverande eller vägledande stöd kan, i den mening som avses här, vara kvalificerat på olika sätt. Om det motiverande eller vägledande stöd som den enskilde behöver förutsätter en omedelbar fysisk närhet i samband med integritetsnära situationer och innehåller sådana moment som i det närmaste är att betrakta som praktiska, bör detta vara att anse som kvalificerat. Men även andra slags motiverande eller vägledande stöd bör kunna anses som kvalificerade. Detta när det är fråga om behov av individanpassad motivering eller vägledning, och den enskilde har stora begränsningar i kommunikationsförmåga eller då det av andra skäl som har samband med den enskildes funktionsnedsättningar krävs att den som ger stödet har god kännedom om den enskilde och om hur stödet bör ges.

Eftersom det redan i rekvisiten uppställs krav på att det ska vara fråga om kvalificerat stöd innebär detta att stödbehovet i sin helhet är att betrakta som av tillräckligt kvalificerat slag för att grunda rätt till personlig assistans (jfr RÅ 2009 ref. 57, HFD 2018 ref. 21 och HFD 2019 ref. 56).

Stödet ska vara en förutsättning för att den enskilde ska klara de grundläggande behoven

Enligt vårt förslag ska det aktuella stödet vara en förutsättning för att den enskilde ska klara de grundläggande behoven. Vårt förslag tar sikte på situationer då den enskilde, trots att hen har de fysiska förutsättningar som krävs, på grund av sin funktionsnedsättning är ur stånd att på egen hand klara av sina grundläggande behov.

Behov av stöd i form av så kallade ”kvalificerade aktiverings- och motiveringsinsatser” kan redan i dag, under vissa förutsättningar, grunda rätt till personlig assistans om stödet syftar att tillgodose något av de grundläggande behoven, till exempel personlig hygien. Detta genom tillämpning av det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* (se avsnitt 5.2). Möjligheten är dock, enligt vår bedömning, allt för snäv. Detta eftersom tillämpningen kräver både att det ska vara fråga om kvalificerade insatser och att det ska behövas ingående kunskaper om den enskilde, något som många gånger anses innebära att den enskilde ska ha omfattande begränsningar i sin kommunikationsförmåga. Vi anser att just möjligheten att få stöd för att tillgodose de grundläggande behoven är fundamentalt i den personliga assistansen. Vi föreslår därför inte att det ska ställas krav på att det ska behövas ingående kunskaper om den enskilde. Däremot kan den omständigheten att ingående kunskaper behövs enligt vår mening, i det enskilda fallet, tyda på att det stöd som den enskilde behöver är att anse som kvalificerat.

Stödet är en del av det grundläggande behov som det avser att tillgodose

Kvalificerat motiverande eller vägledande stöd ska kunna grunda rätt till personlig assistans på samma sätt som rent praktiska hjälpmoment så som duschning, måltider eller av- och påklädning. Detta innebär att vi anser att det inte behöver införas ett nytt grundläggande behov. Vårt förslag är i stället att i 9 a § första stycket LSS införa en formulering som innebär att kvalificerat motiverande eller vägledande stöd som är en förutsättning för att den enskilde ska klara sina grundläggande behov ska beaktas som det grundläggande behov som det avser att tillgodose.

Stödet är motiverande eller vägledande

I rättspraxis har uttrycket ”aktiverings- och motiveringsinsatser” använts för att beskriva den aktuella typen av stödbehov. Vi anser dock att uttrycket ”motiverande eller vägledande” på ett bättre sätt understryker individens självbestämmande, vilken slags stöd det är fråga om samt vad stödet syftar till. Vi föreslår därför att denna formulering ska användas i 9 a § första stycket LSS.

10.5 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2023. Äldre bestämmelser ska fortfarande gälla för personlig assistans och assistansersättning som avser tid före ikraftträdandet.

Att säkerställa att personer med omfattande behov av stöd och service får ett ändamålsenligt stöd är angeläget. Lagändringarna bör därför träda i kraft vid tidigast möjliga tidpunkt, vilket med hänsyn till den föreslagna ändringens omfattning bedöms vara den 1 januari 2023.

10.6 Konsekvenser av förslaget om nya grundläggande behov

Med vårt förslag kommer antalet personer som kan kvalificera sig för såväl assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken som personlig assistans enligt LSS att öka. Nedan görs uppskattningar av antal personer som kommer att kvalificera sig och hur många fler timmar det är fråga om. Kostnaderna är uppdelade på staten respektive kommunerna. Övriga konsekvenser finns i kapitel 12. Där redogörs för de sammantagna konsekvenserna av att genomföra samtliga våra förslag.

10.6.1 Utgångsläge – en överflyttning av kostnader har skett från stat till kommun

Kommunernas kostnader för personlig assistans uppgick år 2018 till 11,8 miljarder kronor vilket är en ökning med 12 procent sedan år 2014 (1,3 miljarder). Den största ökningen skedde åren 2015–2017. En förklaring till ökningen var, enligt Socialstyrelsen, det höga antalet indragna beslut om statlig assistansersättning som medförde att fler beviljades kommunalt beslutad personlig assistans. Många av dessa personer beviljades dessutom ett högt antal timmar personlig assistans per vecka.⁷

År 2014 var det enligt Försäkringskassan 1 900 personer som hade assistansersättning till följd av *annan hjälp som förutsätter ingående kunskap om den funktionshindrade*, vilket motsvarade 18 procent av antalsökningen under perioden 1994–2014.⁸ Antalet personer som uppbär assistansersättning har därefter minskat från drygt 16 000 personer år 2015 till drygt 14 000 personer år 2019.⁹ Även antal timmar som beviljas i genomsnitt har minskat.¹⁰ Minskningen av antalet mottagare under åren 2015–2019 utgjordes till knappt hälften av barn och unga i åldern 0–19 år och största minskningen var för åldersgruppen 0–6 år, som minskat med över 70 procent.¹¹

10.6.2 Effekter av förslagen för barn och vuxna i behov av personlig assistans

I och med våra förslag om nya grundläggande behov kommer fler personer kunna beviljas assistansersättning. Förslagen kan även komma att innebära att individer som redan har personlig assistans eller assistansersättning får fler timmar än de får i dag. De som redan har insatsen har dock troligtvis redan assistans för dessa behov så som andra personliga behov.

⁷ Socialstyrelsen (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020*, s. 35.

⁸ Försäkringskassan (2015). *Socialförsäkringsrapport 2015:13 Assistansersättningens utveckling. Orsaker till ökningen av antalet assistansmottagare och genomsnittligt antal timmar*, s. 49.

⁹ Statistik från Försäkringskassan.

¹⁰ Statistik från Försäkringskassan.

¹¹ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning*, s. 9.

Antagande om antalet assistansanvändare som berörs

Antal personer i kommunalt och statligt finansierad personlig assistans är kommunicerande kärl. Vi utgår därför från antal användare inom kommunalt finansierad och statligt finansierad personlig assistans år 2015 när vi beräknar hur många assistansanvändare som kan beröras av vårt förslag.

Att det finns ett behov av personlig assistans visar vi i kapitel 6. Försäkringskassans statistik kan ge en indikation på hur många ytterligare personer som anser sig vara i behov av insatsen. Enligt Försäkringskassan utgjordes cirka 60–70 procent av avslagen under åren 2002, 2016, 2018 och 2019 av individer vars grundläggande behov inte uppgick till i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka.¹² Dessa personer tillhör således personkretsen men hade inte tillräckligt omfattande behov för att beviljas assistansersättning. Antalet avslag per år var drygt 1 600 under åren 2018 och 2019. Om 60–70 procent av dessa personer fick avslag med anledning av otillräckligt omfattande behov innebär det att cirka 1 100 personer årligen nekades assistansersättning av detta skäl. Dock kan samma person ansöka flera gånger. Av de som fick avslag år 2018 ansökte 14 procent igen år 2019. Sammanfattningsvis kan detta tolkas som att det finns cirka 1 000 personer årligen som anser sig vara i behov av assistansersättning men som inte beviljas detta.

För att ge en uppskattning av antalet personer som borde komma att omfattas av våra förslag¹³ beräknar vi skillnaden mellan hur många som borde haft personlig assistans om endast befolkningstillväxten hade påverkat antalet och det antal som de facto hade personlig assistans. Beräkningarna går att följa i tabell 10.1. Eftersom den senaste tillgängliga statistiken för kommunalt finansierad personlig assistans är från år 2019 jämför vi utvecklingen med det året. År 2019 hade totalt 19 359 individer statligt och kommunalt beslutad personlig assistans. Antalet personer med kommunalt beslutad personlig assistans var 5 200 personer och antalet med statligt finansierad personlig assistans var 14 159 personer. Under perioden 2015–2019 minskade det totala antalet individer med personlig assistans med 4,4 procent. Samma period var befolkningstillväxten 4,8 procent, en ökning med genomsnitt 1,2 procent årligen. Ökningen av den kom-

¹² Försäkringskassan (2020). *Rapport – Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning*.

¹³ Givet antagandet att andelen som är i behov av assistans antas vara konstant per år över tid.

munalt finansierade personliga assistansen, givet antagandet att andelen som är i behov av assistans är konstant, har således inte varit tillräckligt stor för att kompensera minskningen inom den statligt finansierade assistansen.

Tabell 10.1 Antal med personlig assistans

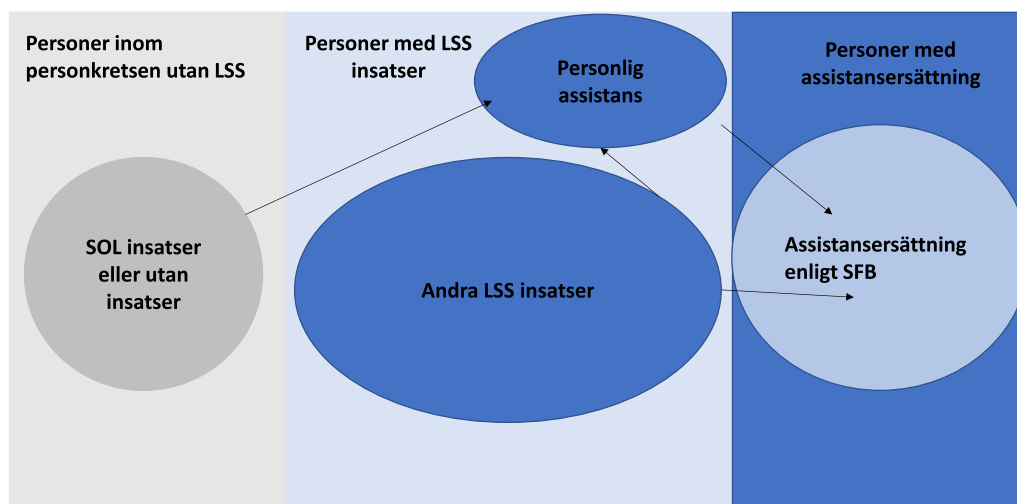
	PA enligt LSS	ASE	Totalt
År 2015	4 100	16 142	20 242
År 2019	5 200	14 159	19 359
Utveckling 2015–2019	26,8%	-12,3%	-4,4%
Antal med personlig assistans med befolkningstillväxt framskrivet till 2019	4 508	16 919	21 427
Skillnad jämfört med 2019	692	-2 760	-2 068

Källa: Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

I tabell 10.1 kan utläsas att om andelen som behöver personlig assistans i befolkningen är konstant beräknas antalet personer med behov av personlig assistans år 2019 vara 21 427, det vill säga drygt 2 000 personer fler än det reella antalet år 2019.

Om drygt 2 000 personer ytterligare skulle få personlig assistans skulle det innebära väsentligt ökade kostnader för staten. Det är dock delvis fråga om en omfördelning från kommun till stat (figur 10.1).

Figur 10.1 Möjliga flöden mellan olika insatser



Källa: Egna antaganden.

Eftersom antalet barn och ungdomar (0–17 år) minskade relativt mer än antalet vuxna under perioden 2015–2019¹⁴ kan det antas öka relativt mer genom vårt förslag. Vi antar att barn och ungdomar 0–17 år kommer att utgöra cirka 40 procent av de nya assistansanvändarna. Detta innebär att cirka 800 barn skulle kunna kvalificera sig för assistans genom dessa förslag.¹⁵ Om vi utgår från antalsminskningen mellan år 2015 till 2019 och att förslaget är en återgång till tidigare praxis, antar vi en ökning av antalet barn i samma proportion som motsvarar minskningen under perioden. Barn 0–6 år antas utgöra 44 procent, barn 7–12 år 52 procent och barn 13–17 år 4 procent av de 800 barn som kvalificerar sig för statlig assistans. Vissa barn lämnar därmed andra kommunala insatser.

Antagande om antal timmar per användare

Vi antar att de personer som kommer att kvalificera sig för personlig assistans genom våra nya grundläggande behov i genomsnitt kommer att få ett timantal som överensstämmer med det genomsnittliga bland de som redan har assistans. Vi gör detta antagande med anledning av att våra förslag möjliggör beviljande av assistansersättning både till personer med mindre omfattande och mer omfattande behov. De som i dag står utanför assistansen kan per definition antas ha mindre omfattande behov än de som redan kvalificerat sig. Därför kommer dessa individer vid inträde i assistansen få ett mindre antal timmar än de som redan är inne.

Men de som kan kvalificera sig för assistans enligt dessa nya behov har samtidigt behov som per definition ska vara kontinuerliga – det vill säga kan komma att ta många timmar i anspråk. Exempelvis kommer troligtvis personer som kvalificerar sig för assistans med anledning av kontinuerligt behov på grund av medicinsk problematik ha behov av fler timmar än genomsnittet. Dessa personer kan troligtvis komma att få motsvarande antal timmar som de som har behov av andning som inkluderar övervakning. För personer där hjälp med andning bedömts vara ett grundläggande behov beviljades 1 november 2019 till 30 juni 2020 i genomsnitt totalt 171 assistans-

¹⁴ Enligt statistik från Försäkringskassan.

¹⁵ Cirka hälften av dessa barn, är samma barn som kvalificerar sig för personlig assistans genom förslaget om ett schabloniserat föräldraavdrag. Barnen berörs delvis av att nya behov införs i den personliga assistansen och delvis av att föräldraavdraget schabloniserats.

timmar per vecka, varav i genomsnitt 55 timmar för det grundläggande behovet hjälp med andning.¹⁶

Osäkerheten är dock stor varvid vi använder det genomsnittliga antalet timmar. År 2019 hade vuxna i genomsnitt knappt 134 timmar per vecka (kvinnor i genomsnitt 130,1 timmar per vecka och män 136,7 timmar).¹⁷ Barn beräknas få ett lägre antal timmar än vuxna med anledning av föräldraavdraget enligt schablon (se kapitel 11) och att barnen har tid i förskola och skola.

10.6.3 Offentligfinansiella konsekvenser

Statens ökade utgifter

Vi förväntar oss att ökningen av antalet assistansanvändare kommer att ske successivt. Anledningen till den successiva omfördelningen är att många som berörs av förslaget redan har tidsbegränsade beslut om kommunala insatser enligt LSS eller socialtjänstlagen. Vi uppskattar att omfördelningen uppnås under en period på cirka 3–5 år. Vi uppskattar därmed cirka 400–700 nya individer i den statligt finansierade assistansersättningen per år. Av de nya användarna uppskattar vi att cirka 40 procent är barn (160–210 barn årligen).

Vi tror inte att antalet ansökningar kommer att öka i någon stor utsträckning med anledning av våra nya grundläggande behov. Som beskrivet ovan ansöker 1 000 personer årligen om assistansersättning och får avslag med motiveringen att deras behov inte är tillräckligt omfattande. Därmed kommer troligtvis bifallsfrekvensen att öka under infasningsperioden bland de ansökningar som redan görs (tabell 10.2).

¹⁶ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Uppföljning av lagändring om andning som grundläggande behov*, s. 5.

¹⁷ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Indikatorer för att följa utvecklingen av assistansersättningen*, s. 6.

Tabell 10.2 Bifallsfrekvens ansökan om assistansersättning

Ökning av bifall givet 3 års infasning

År	Antal beslut	Andel bifall
2010	2 865	42%
2015	2 871	31%
2019	1 929	17%
670 nya bifall årligen, givet samma antal ansökningar	1 929	52%

Källa: Försäkringskassan (2020). *Rapport – Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning*, s. 31.

För barn räknar vi i genomsnitt 110 timmar och för vuxna 134 timmar per vecka. Detta leder till ökade utgifter för staten i storleksordningen 0,7–1,2 miljarder kronor årligen under den period som antal assistansanvändare ökar. Ett exempel på möjlig utveckling presenteras i tabell 10.3 nedan. I tabellen antar vi att implementeringen sker med 670 personer årligen under tre år. Detta medför en ökning av statens utgifter jämfört med startåret med totalt cirka 3,4 miljarder kronor över tre år för de 2 000 nya individerna.

Tabell 10.3 Exempel på implementering under 3 år med 670 personer årligen

	År 1	År 2	År 3	År 4 och senare
Extra utgifter jämfört med föregående år (miljoner kronor)	1140	1140	1140	0
Ökning av utgifter jämfört med startåret (miljoner kronor)	1 140	2 280	3 420	3 420

Källa: Egna beräkningar.

Kommunens minskade utgifter

Vårt förslag kommer att leda till att staten återtar ansvaret för individer som under de senaste åren nekats assistansersättning och därmed hamnat i insatser enligt LSS. Dock kan förslaget också innebära att individer som i dag inte kvalificerar sig för kommunalt finansierad personlig assistans kan beviljas insatsen.

De 2 000 personer som antas få assistansersättning i och med våra förslag har i dag ofta insatser via LSS eller socialtjänstlagen. I Socialstyrelsens lägesrapport från 2020 redovisas vilka insatser enligt LSS

de 602 assistansanvändare vars statliga assistansersättning upphörde under 2017 fick.¹⁸ Utifrån dessa siffror gör vi antagandet att fördelningen av de personer som återgår till statlig assistans kommer att spegla fördelningen av personer som kom från den statliga assistansen. Det vill säga lika stor andel som gick till en viss insats enligt LSS när assistansersättning nekades kommer att gå till assistansersättning när reglerna ändras enligt våra förslag. I tabell 10.4 redovisas hur många personer vi antar lämnar respektive kommunal insats för att i stället beviljas assistansersättning med våra förslag.

Tabell 10.4 Kommunernas minskade utgifter till följd av tillsynsförslaget

Tidigare insatser	Antal personer som i stället antas beviljas assistansersättning	Besparing för kommunen i miljoner kronor ¹⁹
Personlig assistans enl. LSS	1 000	1 379
Särskilt boende enl. LSS	280	300
Övriga LSS insatser	220	24
Särskilt boende enl. SoL	100	108
Hemtjänst	100	17
Övriga SoL insatser	200	6
Utan insatser	100	0
Kommunernas utgifter 20 timmar personlig assistans	2000	-655
Totalt	2 000	1 179

Källa: Egna beräkningar baserade på statistik från SCB och KOLADA och *Socialstyrelsens lägesrapport 2020* Socialstyrelsen (2020) s. 77.

Som tidigare nämnts ökade antalet personer med kommunalt finansierad personlig assistans enligt LSS med 21 procent under perioden 2015–2019. Därutöver fick cirka hälften av personerna enligt lägesrapporten personlig assistans från kommunen efter indragen assistansersättning.

Vi antar därför att 1 000 personer (hälften av de totalt 2 000 som antas få assistansersättning) kommer från gruppen med personlig

¹⁸ Socialstyrelsen (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - Lägesrapport 2020*, s. 77.

¹⁹ För kostnad per brukare som nu blir en besparing för kommunerna har vi antagit följande: 1 378 980 kronor för personlig assistans enligt LSS, 1 071 829 kronor för särskilt boende enligt LSS, 110 487 kronor för övriga LSS insatser, 1 075 624 kronor för särskilt boende enligt socialtjänstlagen, 174 620 för hemtjänst enligt socialtjänstlagen, 28 764 kronor för övriga insatser enligt socialtjänstlagen. Statistiken är hämtat från SCB och KOLADA.

assistans enligt LSS. Bland dessa 1 000 personer antas 450 vara barn och unga 0–17 år. Och i gruppen av dessa 450 barn och unga återfinns också de 400 barn som går till statlig assistans genom föräldraavdraget enligt kapitel 11.

Därutöver antas 280 personer ha haft särskilt boende enligt LSS och 100 personer ha haft särskilt boende enligt socialtjänstlagen. 520 personer kommer från övriga insatser enligt LSS och socialtjänstlagen. 100 personer antas inte ha haft någon insats innan.

Beräkningarna i tabell 10.4 är behäftade med osäkerhet. Vi har i beräkningarna inte tagit hänsyn till ytterligare flöden mellan olika insatser inom kommunen vilket kan leda till allt från ökade till minskade utgifter för kommunerna. Vi förväntar oss att återflödet av individer med behov från kommunerna till staten leder till en minskning av kommunernas utgifter motsvarande knappt 1,2 miljarder kronor. Kommunernas minskade kostnader i denna beräkning är troligtvis överskattade eftersom kostnader för tillfälliga utökningar och merkostnader för statligt beslutad assistans är konstanta oavsett huvudman. Besparingen kommer att ske succesivt i takt med att de tidsbegränsade besluten går ut och övergången sker från kommun till stat. Detta förväntas ta mellan 3–5 år.

Övriga effekter av förslagen om nya grundläggande behov, till exempel samhällsekonomiska effekter och dynamiska effekter presenteras i kapitel 12.

11 Ett avgränsat och mer rättssäkert föräldraavdrag

Enligt principen om föräldraansvar ska det vid bedömningen av barns behov av personlig assistans bortses från det hjälpbehov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose enligt föräldrabalken. Det saknas dock i dag tydlig vägledning om hur avdraget ska göras, vilket medför betydande brister i rättssäkerheten vid tillämpningen av föräldraansvaret. Det avdrag som görs är ibland stort och det händer att det sammanlagda avdraget leder till att barn med stora funktionsnedsättningar ställs utanför den personliga assistansen trots att de har mycket omfattande hjälpbehov.

Vårt uppdrag är att föreslå hur föräldraansvaret kan förtydligas och smalnas av.¹ Utifrån de problem som vi har identifierat i vår utredning består den lösning som vi föreslår av tre delar:

1. Föräldraansvaret avgränsas genom att vissa hjälpbehov undantas från avdrag. Det handlar om hjälpbehov som föräldrar normalt inte behöver tillgodose.
2. En rättssäker tillämpning av föräldraansvaret säkerställs genom att det tidsmässiga avdraget schabloniseras. På detta sätt skapas förutsägbarhet och enhetlighet i bedömningarna såväl som en tydlig avgränsning av avdragets storlek.
3. En ventil införs som innebär att barn i vissa fall ska beviljas kommunalt finansierad personlig assistans även om det endast återstår ett fåtal timmars behov av hjälp med grundläggande behov efter det att föräldraavdraget har gjorts.

¹ Dir. 2020:3 *Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn.*

11.1 En förändring behövs

Som beskrivits närmare i kapitel 7 och 8 har vi i vår utredning kunnat se att rättssäkerheten är bristfällig när principen om föräldraansvar tillämpas inom den personliga assistansen och assistansersättningen. Bland annat finns det brister i enhetlighet och förutsägbarhet när det gäller avdragets storlek och hos de som är berörda av beslutet finns en uppfattning om att bedömningarna är godtyckliga och att det saknas transparens. Denna bild har också bekräftats av handläggare hos de beslutande myndigheterna som bland annat har beskrivit att det inte finns tillräcklig vägledning om hur bedömningarna ska göras, att det finns olika uppfattningar om vilken metod som ska användas och att de i vissa fall är hänvisade till att exempelvis jämföra med vad egna eller medarbetares barn har klarat av i samma ålder (avsnitt 8.3).

Förutom bristerna i rättssäkerheten har vi i utredningen också kunnat se att det förekommer att det sammanlagda avdrag som görs med hänvisning till föräldraansvaret leder till att barn med omfattande funktionsnedsättningar hamnar helt utanför assistansen trots att de har så omfattande svårigheter att de i praktiken behöver aktivt stöd och uppmärksamhet dygnet runt (avsnitt 8.2). Föräldrar till barn med omfattande funktionsnedsättningar har också svårt att acceptera storleken på avdraget när de har en vardag som präglas av en stor arbetsbörda. Föräldrarna kan ha omfattande kontakter med exempelvis hälso- och sjukvård och skola, svårigheter att få avlastning genom att lämna över ansvaret för barnet och därmed svårigheter att förena familjelivet med arbete (avsnitt 8.5).

Det är enligt vår mening en självklarhet att en princip som är av så stor betydelse för barns tillgång till en lagstadgad rättighet måste präglas av en hög grad av rättssäkerhet, men också att de avdrag som görs måste vara rimliga med hänsyn till den sammantagna situationen. Vi bedömer att en större förändring behövs för att ge förutsättningar för en tillämpning av föräldraansvaret som är förutsägbar, enhetlig, transparent och rimlig.

11.2 Ord spelar roll – Föräldraavdrag i stället för föräldraansvar

Begreppet föräldraansvar förekommer inte i lagstiftningen men används ofta när man talar om hur barns behov av personlig assistans ska bedömas. Vi anser dock att det finns en inneboende problematik i att använda sig av detta begrepp.

Det är svårt att exakt besvara frågan vad föräldraansvar är och hur omfattande det är räknat i tid. Ett svar är att ansvaret pågår oavbrutet. Det ansvar som föräldrar har för sina barn är inte begränsat till praktiska uppgifter och upphör inte för att barnet är i skolan eller för att barnet sover. Föräldrar har på flera sätt alltid ansvar för sina barn. I vardagen kan ett föräldraansvar till exempel bestå i att tillse att barnets grundläggande behov är uppfyllda (mat, hygien) och att barnet har en bostad. I en förälders ansvar ingår också att natta barnet, skjutsa till träning, föra dialog om kompisar, förhöra barnet på läxor, köpa kläder och tillgodose behov av ömhet, stöd och gränser. Det ingår även att gå på föräldramöten, följa med till vårdcentralen, tandläkaren och så vidare. Föräldraansvaret är därmed, i den aspekten, aktivt dygnet runt varje dag i veckan och omfattar både praktiska och emotionella aspekter. Det är dock inte detta fulla ansvar som ska dras bort när barnets behov av personlig assistans ska bedömas. Enligt tidiga förarbeten så är det hjälpbehov som går utöver vad som är ”normalt” för ett barn i motsvarande ålder som ska läggas till grund för bedömningen av behovet av personlig assistans.² I varje givet moment av ett hjälpbehov har den handläggare som utreder rätten till personlig assistans i uppgift att bedöma hur mycket av hjälpbehovet som går utöver vad som är föräldrars normala ansvar för sitt barn.

Utifrån dessa två olika sätt att förstå begreppet föräldraansvar anser vi att begreppet är problematiskt. I våra intervjuer med föräldrar till barn med funktionsnedsättning och i vårt enkätmaterial har det framkommit att de avdrag som görs vid bedömningen av barnets rätt till personlig assistans många gånger upplevs som för stora. Föräldrar till barn med omfattande funktionsnedsättningar tar generellt ett mycket stort ansvar och utför uppgifter som andra föräldrar inte behöver utföra. Förutom den extra omvårdnad, tillsyn och stöd som barnet behöver så handlar det exempelvis om samordning och kon-

² Bet. 1995/96:SoU15 *Vissa frågor om personlig assistans*, s. 18.

takter med förskola, skola, hälso- och sjukvården och så vidare (se avsnitt 8.5). De föräldrar som vi intervjuat har svårt att förstå hur det ansvar som de som föräldrar tar, förhåller sig till det avdrag som ska göras vid bedömningen av rätten till personlig assistans (se avsnitt 8.4.2). I vår utredning har det också visat sig att även handläggare som ska fatta beslut om insatsen har svårt att förhålla sig till begreppet föräldraansvar (se avsnitt 8.3). Vårt intryck är att det är lätt att de med ledning av begreppet *ansvar* ställer allt för höga krav på föräldrarna när det gäller att hjälpa barnen med olika praktiska behov. Det exakta innehållet i begreppet föräldraansvar är inte klart vare sig för tillämparna eller för föräldrarna.

Grunden för att ett avdrag för föräldrars ansvar alls ska göras vid bedömningen av ett barns rätt till personlig assistans är att föräldrar har ett omvårdnadsansvar enligt föräldrabalken. Som kommer att beskrivas närmare nedan föreslår vi att det ansvar som föräldrar har enligt föräldrabalken, inom den personliga assistansen, ska beaktas genom ett schabloniserat avdrag. Mot bakgrund av den problematik som är kopplad till begreppet föräldraansvar väljer vi att i vårt förslag till ny reglering inte använda oss av detta begrepp. Vi övergår i stället till att använda begreppet föräldraavdrag. Vi bedömer att detta begrepp ökar möjligheten för de som är berörda att både förstå och tillämpa lagstiftningen.

11.3 Vårt vägval – Schablon och reglering i författning i stället för kunskapsstöd eller riktlinjer

Vår bedömning: Ett kunskapsstöd eller riktlinjer är inte tillräckligt för att uppnå en rättssäker tillämpning av föräldraansvaret. Avdragets omfattning bör i stället regleras i författning genom införande av en schablon.

Vårt uppdrag rörande föräldraansvaret handlar om att ta ställning till om föräldraansvaret vid bedömningen av barns rätt till personlig assistans kan förtydligas och smalnas av genom tydliggörande i exempelvis kunskapsstöd eller om det krävs ändringar i regleringen av föräldraansvaret inom personlig assistans.³

³ Dir. 2020:3 *Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn*, s. 15.

11.3.1 En schablon ger bättre förutsättningar för rättssäkerhet

Som har beskrivits i kapitel 7 och 8 är en av de frågor som är av allra störst betydelse när det handlar om föräldraansvaret hur mycket tid som i det enskilda fallet ska dras av. I dag saknas tillräcklig vägledning i denna fråga. Flera tidigare utredningar har förespråkat framtagande av ett kunskapsstöd som ett sätt att öka förutsägbarheten när handläggarna bedömer hur stort föräldraavdrag som ska göras.⁴ Vi bedömer dock att framtagande av ett kunskapsstöd inte skulle lösa de problem som i dag finns i tillämpningen.

Av principen om föräldraansvar följer att det ska bortses från det hjälpbehov som vårdnadshavare normalt ska tillgodose. Skillnaden i utveckling mellan olika barn är stor och det finns ett stort normalspann när det gäller hur mycket hjälp som behövs med ett specifikt behov i en viss ålder. Om ett sådant normalspann skulle fastställas för varje enskilt behov som barn har så skulle bedömningen av föräldraansvaret kunna bli väldigt olika beroende på vilken del av skalan som handläggaren skulle anse att det var rimligt att bedöma barnet emot. Även om ett visst hjälpbehov ligger inom normalspannet är det kanske inte att betrakta som normalt att ett barn ligger längst ut i normalspannet vad gäller varje enskilt behov. Kanske är det vanligare att ett barn har större hjälpbehov inom vissa behovsområden, och mindre hjälpbehov inom andra områden. Ett fyraårigt barn kanske kan äta själv men är i behov av att använda blöja, medan ett annat barn i samma ålder kanske i huvudsak kan klä på sig själv men behöver mycket stöd i matsituationen. Även vid tillgång till ett kunskapsstöd skulle således bedömningen av föräldraavdraget i det enskilda fallet vara svår att göra och bedömningarna skulle därmed även i fortsättningen kunna skilja sig åt såväl mellan handläggare som över tid. Det skulle också kunna leda till allt för stora avdrag i det enskilda fallet. Ett alltför generellt kunskapsstöd skulle således inte vara tillräckligt för att skapa en enhetlig, förutsägbar och rimlig tillämpning.

Vi bedömer därmed att en schablonisering är det mest ändamålsenliga sättet att säkerställa en hög rättssäkerhet när det gäller tillämpningen av föräldraavdraget. Genom ett schabloniserat avdrag uppnås förutsägbarhet i bedömningarna och enhetlighet över landet

⁴ Se till exempel SOU 2018:88 *Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen*, s. 415–416.

och över tid. Bedömningsprocessen blir transparent och utrymmet för individuella bedömningar och godtycke blir mindre.

11.3.2 Reglering bör ske i författning

Vi bedömer att de förtydliganden av föräldraansvaret som behöver göras bör regleras i författning. Som har beskrivits närmare i avsnitt 8.7 har vi kunnat konstatera att det är flera olika omständigheter som i dag utgör hinder för rättssäkerheten i föräldraansvaret samt att det handlar om frågor som är av grundläggande betydelse för hela tillämpningen av principen om föräldraansvar och för utfallet av prövningen av rätten till personlig assistans för barn. Det är alltså fråga om omständigheter som påverkar barns faktiska tillgång till en i lag reglerad rättighet. Vi anser att frågor som på en så grundläggande nivå påverkar tillämpningen av föräldraansvaret bör regleras i författning.

11.4 Vissa stödbehov ska beaktas i sin helhet – utan att något föräldraavdrag görs

Förslag: Föräldraavdraget avgränsas genom att vissa hjälpbehov ska vara undantagna från avdrag. Avdrag ska inte göras från hjälpbehov kopplade till andning, sondmatning eller det nya grundläggande behovet *kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv eller hälsa.*

Personlig hygien, måltider och av- och påklädning är exempel på behov som alla föräldrar kan förväntas hjälpa sina barn med i någon utsträckning under uppväxten, även om tillvägagångssättet och tidsåtgången kan skilja sig åt beroende på barnets individuella förutsättningar. I vår utredning har vi dock också sett exempel på hjälpbehov som till sin karaktär uppenbart är sådana att de flesta föräldrar aldrig kommer att behöva hjälpa sina barn med dem eftersom de är mycket ovanliga för barn att ha. Exempel på detta är när barnet under hela eller stora delar av dygnet har behov av stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik och där det finns

en allvarlig risk för att barnet skadas eller till och med avlider om hen inte får det stöd som hen behöver.

Att föräldrar hjälper sina barn på olika sätt med omvårdnad och stöd som föränleds av medicinsk problematik är självklart och givetvis inte i sig något ovanligt. Det kan däremot inte anses höra till det normala att löpande under hela eller stora delar av dygnet – under en längre tidsperiod – behöva ge sådant stöd utifrån att det annars finns en allvarlig risk för barnets liv eller hälsa. I dag förekommer det ändå att barn som har stora och varaktiga funktionsnedsättningar och har denna typ av omfattande medicinskt grundade stödbehov hamnar helt utanför den personliga assistansen. En anledning till detta är att denna typ av stödbehov (om det inte avser andning) i dag inte utgör något grundläggande behov och därmed inte självständigt kan grunda en rätt till inträde i insatsen. Som beskrivits i avsnitt 10.4.2 föreslår vi dock att just *kontinuerligt stöd som föränleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv eller hälsa* ska införas som ett nytt grundläggande behov. När detta införs anser vi också att detta stödbehov inte bör bli föremål för avdrag som görs med hänvisning till föräldrars ansvar.

Socialstyrelsen lyfter i en rapport från år 2017 särskilt behoven för barn som har komplicerade omvårdnadsbehov. Socialstyrelsen framhåller att det ur ett barnrättsperspektiv är viktigt att det görs möjligt att barn med funktionsnedsättning kan bo kvar hemma även vid stora hjälpbehov.⁵ I studien nämns att såväl kommuner som brukarorganisationer och Sveriges kommuner och regioner (SKR) uppgett att förändringen i praxis avseende medicinsk tillsyn har fått konsekvenser för barn med stora behov av hjälp med egenvård eller övervakning vid medicinska tillstånd.⁶ Att barn ska kunna fortsätta att bo hemma är dessutom ett direkt utpekat mål i de ursprungliga förarbetena till LSS.⁷

Det finns även rättspraxis som pekar i riktning mot att vissa behov som föränleds av medicinsk problematik inte ska anses ingå i föräldraansvaret. I avgörandet RÅ 2008 ref. 17 bortsågs helt från föräldraansvaret när rätten till personlig assistans bestämdes. Barnet hade svåra funktionsnedsättningar och Högsta förvaltningsdomsto-

⁵ Socialstyrelsen (2017). *Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet – En analys av hur kommuner och brukare påverkas*.

⁶ Socialstyrelsen (2017). *Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet – En analys av hur kommuner och brukare påverkas*, s. 39.

⁷ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 64.

len (HFD) ansåg att den omvårdnad som barnet behövde inte bara var mer omfattande än den de flesta andra med funktionsnedsättning behöver, utan att den också var av en annan karaktär. Till mycket stor del var det fråga om vård av rent tekniskt slag. Enligt HFD hade barnet rätt att av sina föräldrar få omvårdnad, trygghet och en god fostran utan att föräldrarna samtidigt skulle behöva ombesörja den speciella tekniska vård som barnet behövde.

Som beskrivits tidigare är redan vissa hjälpbehov kopplade till andning och sondmatning undantagna från föräldraansvaret både i 9 f § LSS och 51 kap 6 § socialförsäkringsbalken.⁸ I förarbetena till dessa bestämmelser anges att:

Det ligger i sakens natur att hjälp med andning i allt väsentligt går utöver det normala föräldraansvaret. Ett friskt barn behöver inte praktisk hjälp med andning och mycket sällan övervakning på grund av kvävningsrisk.⁹

Vidare anges det att:

De barn som behöver hjälp med andning och sondmatning är en utsatt grupp. Behoven är kritiska för överlevnad och av en annan karaktär än övriga grundläggande behov. Samma skäl som motiverar att samtliga hjälpmoment bör vara assistansgrundande motiverar enligt regeringens mening att föräldraansvaret inte bör beaktas vid bedömningen av rätten till personlig assistans för hjälp med andning eller sondmatning. Inget barn bör gå miste om rätten till personlig assistans för andning eller sondmatning med hänvisning till föräldraansvaret.¹⁰

Vi bedömer att det av samma anledning finns skäl att undanta hjälpbehov som omfattas av det grundläggande behovet *kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv eller hälsa* från föräldraavdrag vid prövningen av barns rätt till personlig assistans.

Eftersom det stödbehov som ska undantas från föräldraavdrag per definition tar en stor del av dygnet i anspråk kan det antas ha stor inverkan på föräldrarnas möjligheter att sova, sköta sitt arbete, hantera vardagssysslorna och ta hand om övriga barn i familjen. Genom att införa *kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv*

⁸ Undantagen trädde i kraft den 1 juli 2020.

⁹ Prop. 2019/20:92 *Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning*, s. 30.

¹⁰ Prop. 2019/20:92 *Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning*, s. 30–31.

eller hälsa som ett grundläggande behov och komplettera med att undanta detta stödbehov från föräldraavdrag, uppnås en förändring som vi bedömer kommer att ha stor betydelse för föräldrar och syster till barn med dessa behov. I praktiken innebär förändringen att barn med omfattande stödbehov kommer att få tillgång till insatsen personlig assistans och att föräldrar exempelvis inte regelmässigt ska behöva vara vakna under natten för att hantera exempelvis krampanfall eller andra allvarliga medicinska tillstånd.

11.5 Föräldraavdraget schabloniseras

Förslag: När det vid bedömningen av behovet av personlig assistans för ett barn ska bortses från det hjälpbehov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose enligt föräldrabalken med hänsyn till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter, ska detta göras genom att ett schablonavdrag görs från de av barnets totala hjälpbehov som inte omfattas av undantag enligt avsnitt 11.4. Avdraget ska benämnas föräldraavdrag.

Schablonavdragets storlek ska variera med barnets ålder och upphöra den månad barnet fyller 18 år.

Schablonavdraget ska vara tvådelat på så sätt att ett avdrag görs från barnets totala grundläggande behov och ett annat från barnets totala andra personliga behov.

11.5.1 Schablonens utformning och storlek

Som beskrivits ovan bedömer vi att en schablonisering är det mest ändamålsenliga sättet att säkerställa en hög rättssäkerhet när det gäller tillämpningen av föräldraavdraget. Genom ett schabloniserat avdrag möjliggörs förutsägbarhet i bedömningarna, enhetlighet över landet och enhetlighet över tid. Bedömningsprocessen blir också transparent. För att uppnå syftet anser vi att det är viktigt att schablonen är utformad på ett sådant sätt att den är enkel att tillämpa. Det är självklart också viktigt att storleken på schablonen är väl avvägd. Nedan beskriver vi vårt förslag och våra överväganden närmare.

Schablonen är ett verktyg för att uppnå rättssäkerhet inom den personliga assistansen och assistansersättningen

Skälet till att vi föreslår införande av en schablon är att vi bedömer att när det gäller föräldraavdraget är det svårt att uppnå enhetlighet i bedömningarna på något annat sätt än att ange en skarp tidsangivelse. Schablonen bör vara så enkel till sin utformning som möjligt. Som framgår nedan föreslår vi att detta görs genom tillämpning av breda åldersspann och genom att inte fastställa ett avdrag för varje enskilt behovsområde, utan att endast dela in schablonen i grundläggande respektive andra personliga behov. Att tillämpningen förenklas och förutsägbarhet därmed kan uppnås får anses uppväga att en sådan schablon inte exakt speglar den tid som föräldrar normalt lägger på omsorg och tillsyn av sina barn. Ett införande av en förenklad schablon kan också genomföras utan fördröjning eftersom det inte förutsätter att någon ny forskning eller utredning görs. Detta ser vi som positivt eftersom vi anser att det är viktigt att skyndsamt få ett fungerande system på plats.

Grunden för att ett avdrag alls görs är att föräldrar har ett omvårdnadsansvar enligt föräldrabalken. Den förenklade schablonen är ett sätt att inom den personliga assistansen och assistansersättningen fastställa hur stort avdrag som ska göras. Den förenklade schablonen är inte avsedd att fungera tvärtom, det vill säga att den inte är avsedd att definiera det ansvar som följer av föräldrabalken i något annat sammanhang. Den förenklade schablonen kan exempelvis inte heller ersätta den individuella prövning som krävs vid bedömning av hur stort behov av hjälp som en förälder med en egen funktionsnedsättning har för att ta hand om sina barn.

Schablonen bör bestå av två delar – grundläggande respektive andra personliga behov

Vid framtagande av ett schabloniserat system behöver övervägas om schablonen ska bestå av en eller flera delar. Härvid behöver beaktas syftet med schablonen, vilket i detta fall är dels att kunna bedöma rätten till personlig assistans och assistansersättning, dels att uppnå förutsägbarhet och enkelhet.

Till att börja med anser vi att det är viktigt att föräldraavdrags-schablonen inte förändrar den omständigheten att rätten till person-

lig assistans och assistansersättning är avhängig att den enskilde har behov av hjälp med sina grundläggande behov.¹¹ Om schablonen skulle bestå av en enda del som skulle omfatta både grundläggande och andra personliga behov hade det inte varit möjligt att avgöra i vilken utsträckning som barnet har sådana hjälpbehov som grundar rätt till personlig assistans eller assistansersättning. De principer som i dag gäller för bedömning av rätten till personlig assistans och assistansersättning skulle då sättas ur spel när det gäller barn. Vår uppfattning är att en sådan förändring vore olämplig att göra på ett så indirekt sätt som genom föräldraavdraget och att det skulle gå utanför våra direktiv att föreslå en sådan förändrad ordning.

Under vår utrednings gång har framkommit önskemål om att en schablon ska tas fram för varje enskilt behovsområde, det vill säga en schablon för personlig hygien, en annan för måltider, ytterligare en för av- och påklädning, etcetera. Det skäl som angetts för detta är att det skulle kunna underlätta användning av schablonen vid en ansökan som avser delar av ett barns hjälpbehov. Vi föreslår dock inte att någon sådan flerdelad schablon fastställs. För att en flerdelad schablon faktiskt ska kunna leda till någon ökad möjlighet till precisionsbedömning hade det enligt vår bedömning inte varit tillräckligt att skapa en schablon för varje behovsområde, utan det hade i princip krävts en schablon där varje enskilt moment var tidsatt, exempelvis tid vid toalettbesök, vid handtvätt, vid ansiktstvätt, vid dusch av kroppen och så vidare. Att ta fram en schablon med en så hög detaljeringsgrad skulle vara en svår uppgift och slutresultatet skulle, med anledning av normalvariationen i utveckling för barn, sannolikt inte heller vara särskilt träffsäkert. En sådan lösning skulle också medföra en risk för orimliga kumulativa effekter. Mot denna bakgrund och utifrån syftet med schablonen, som är just att åstadkomma enkelhet och förutsägbarhet, anser vi att en schablon inte bör bestå av fler delar än vad som är nödvändigt.

Sammantaget är därför vår bedömning att föräldraavdrags-schablonen bör bestå av två delar – en för grundläggande behov och en annan för andra personliga behov.

¹¹ Enligt 9 a § första stycket LSS är en förutsättning för personlig assistans att den enskilde har behov av hjälp med sina grundläggande behov. Enligt 51 kap. 3 § socialförsäkringsbalken är en förutsättning för rätt till assistansersättning att den enskilde har behov av hjälp med grundläggande behov i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan.

Schablonen bör variera med barnets ålder

Även om det är svårt att fastställa exakt vad som är normalt för barn att klara av på egen hand i en viss ålder kan det i vart fall sägas att för barn utan funktionsnedsättning minskar hjälpbehovet i regel med stigande ålder, och behovet av aktiv omvårdnad och tillsyn från föräldrarna minskar normalt över tid. Till exempel har alla spädbarn stora behov av omvårdnad och även barn i förskoleåldern kan behöva relativt mycket hjälp av omvårdande karaktär. Generellt minskar hjälpbehoven sedan successivt, både sett till den insats som krävs vid varje moment och sett till antalet olika behov som barnet behöver hjälp med.

Som beskrivits i avsnittet ovan anser vi att det är viktigt att föräldraavdragsschablonen inte består av alltför många delar. Med hänsyn till att barn vanligen har olika stort behov av hjälp i olika åldrar är det dock enligt vår mening olämpligt att ha en och samma nivå på schablonen under hela barnets uppväxt. En så förenklad schablon skulle enligt vår mening leda till alltför låg träffsäkerhet. Vi föreslår därför att schablonavdraget ska sättas på olika nivåer med utgångspunkt i barnets ålder.

För att underlätta tillämpningen anser vi att det är lämpligt att slå fast ett fåtal åldersspann med olika nivåer på schablonavdraget. Vi gör bedömningen att lämpliga åldersspann kan vara barn upp till ett år, barn 1 till och med 6 år, barn i 7 till och med 11 år, och slutligen ungdomar 12 till och med 17 år.

Vi bedömer också att 12 år är en lämplig ålder att låta schablonavdraget för grundläggande behov upphöra. Vid denna ålder klarar många barn att självständigt sköta exempelvis sin personliga hygien, att äta och att klä av och på sig. Därutöver måste barnets möjlighet till frigörelse från föräldrarna värnas. När barn närmar sig tonåren är det naturligt att relationen mellan barn och föräldrar ändrar karaktär. Även nuvarande rättspraxis talar för att 12 år är en lämplig ålder att låta schablonavdraget för grundläggande behov upphöra.¹² Försäkringskassan bedömer också redan i dag att föräldraansvaret för de grundläggande behoven fasas ut helt för barn från och med tolv års ålder.¹³ När det gäller andra personliga behov så anser vi att det bör finnas en schablon för detta även efter det att barnet har fyllt 12 år.

¹² RÅ 1997 ref. 23 I.

¹³ Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*, version 27 (2020), s. 61.

Det då föräldrar normalt lägger tid även på dessa behov. Med bakgrund i de tidsmässiga skillnader som finns mellan barn och vuxna som vi presenterade i kapitel 8 är det också uppenbart att det i dag görs avdrag för föräldraansvar också för andra personliga behov för barn över 12 års ålder. Vid våra samtal med handläggare på Försäkringskassan bekräftades också att detta görs.

Tiderna i schablonen måste vara väl avvägda och hänsyn bör tas till den tid som föräldrar normalt har till sitt förfogande

En viktig del i vårt uppdrag är att uppnå en högre rättssäkerhet i tillämpningen av föräldraansvaret, något som vi alltså anser kräver fastställande av en schablon. Om schablonen blir för högt satt på så sätt att den innebär att det bortses från *mer* hjälpbehov än vad som är normalt för ett barn i motsvarande ålder skulle detta dock innebära ett kringskärande av en lagstadgad rättighet. Det är därför mycket viktigt att inte schablonavdraget blir för stort. Detta är också viktigt utifrån att de enskilda som redan befinner sig i en krävande situation inte ska få mindre assistans än vad de i själva verket har rätt till. Storleken på avdraget måste således vara väl avvägd.

Som beskrivits ovan är det dock svårt att fastställa vad som är normalt för ett barn att behöva hjälp med i en viss ålder och just detta är skälet till att vi föreslår en förenklad schablon i stället för en schablon för varje enskilt stödbehov och varje enskild ålder. Ett sätt att ta sig an uppgiften att ta fram en förenklad schablon kan enligt vår mening vara att göra tvärtom, det vill säga att inte försöka tidsätta barnets enskilda behov utan i stället ta sin utgångspunkt i den tid som föräldrar normalt har till sitt förfogande att aktivt hjälpa sina barn. I utredningens direktiv anges att utgångspunkten ska vara att barns rätt till personlig assistans ska säkerställas på ett ändamålsenligt sätt och att föräldrar till barn med funktionsnedsättning ska ha rätt till den avlastning de behöver för att kunna förena familjeliv med arbete på samma sätt som andra föräldrar.¹⁴

I förarbetena till LSS skrivs att:

De offentliga åtgärderna måste vara inriktade på att människor med funktionshinder eller familjer med ett funktionshindrat barn ska kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Båda föräldrarna ska, om de vill, kunna ha kvar sitt förvärvsarbete, ska ha samma möjligheter som andra

¹⁴ Dir. 2020:3 *Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn.*

familjer att ha kvar sina vänner och odla sina intressen utanför hemmet. Strävan skall vara att människor med funktionshinder – precis som andra medborgare – ska ges möjligheter att få en god utbildning, ha ett förvärvsarbete, ha en trygg och värdig bostad, delta i olika kultur- och fritidsaktiviteter. Målet för handikappolitiken är att uppnå full delaktighet och jämlikhet.¹⁵

Därutöver skriver Anna Bruce i sin fördjupande text om personlig assistans under konventionen om mänskliga rättigheter (bilaga 3) att även barnets föräldrar och syskon erhåller ett visst skydd under konventionerna. I de intervjuer vi gjort har föräldrar berättat att den tid som finns tillgänglig för familjens övriga barn påverkas av det omfattande ansvar som föräldrarna behöver ta för barnet med funktionsnedsättning. Syskon uppges inte få tillräcklig tid och uppmärksamhet för sina behov och aktiviteter.

För att kvalificera sig för personlig assistans ska barnet omfattas av personkretsen enligt LSS och hens funktionsnedsättning ska vara stor och varaktig. Som har beskrivits i avsnitt 8.4 och 8.5 har föräldrar till barn som uppfyller dessa kriterier generellt en arbetsbörda som inte kan jämföras med den som föräldrar till barn utan funktionsnedsättning har. Inspektionen för socialförsäkringen har tidigare visat att föräldrar till barn med funktionsnedsättning har större sjukfrånvaro och ett lägre arbetsutbud än andra föräldrar.¹⁶ För att utjämna dessa skillnader och ge barn med funktionsnedsättning tillgång till sina föräldrar och sociala och ekonomiska förutsättningar på liknande nivå som andra barn är det viktigt att schablonavdraget inte sätts på en för hög nivå.

Föräldrar behöver sova, arbeta och även ha viss tid till sitt förflögande för egna behov. Dygnet har ju också en begränsning på 24 timmar. Statistiska centralbyråns tidsanvändningsundersökning visar hur befolkningen fördelar sin tid på olika aktiviteter, så som fritids- och hemarbetsaktiviteter. Statistiken visar skillnader i kvinnors och mäns tidsanvändning, men också hur tidsanvändningen varierar i livets olika faser.¹⁷ I undersökningen framgår att föräldrar tillbringar i genomsnitt mellan fem och nio vakna timmar om dygnet med sina barn beroende på vilken dag det är, vardag eller veckoslutsdag. Det

¹⁵ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 43–44.

¹⁶ Inspektionen för socialförsäkringen (2013). Rapport 2013:18 *Vårdbidrag och framtida inkomster. De långsiktiga ekonomiska konsekvenserna av att få barn med särskilda behov.*

¹⁷ www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-arnne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/tidsanvandningsundersokningen/.

är dock inte all denna tid som ägnas åt barnomsorg. Mammor till små barn (under sex år) ägnar drygt två timmar per dygn åt barnomsorg och mammor till äldre barn runt en halvtimme per dygn åt samma aktivitet.¹⁸ Pappor ägnar, enligt samma rapport, mindre tid per dygn åt omsorg för sina barn men den exakta tiden anges inte. I samma undersökning redovisas att kvinnor och män i åldersgruppen 20–64 år ägnar i genomsnitt cirka fem timmar per dygn åt olika former av fritidsaktiviteter (tv, radio, social samvaro osv). Föräldrar har dock normalt mindre fritid, cirka fyra timmar per dygn för småbarnsföräldrar och fyra och en halv timmar för föräldrar till barn sju år eller äldre.¹⁹

Vår uppfattning är att en schablon för föräldraavdrag bör ta hänsyn till den tid som föräldrar normalt har till sitt förfogande för att hjälpa sina barn. Schablonen tar då hänsyn till föräldrars behov av sömn och ger möjlighet för förvärvsarbete utanför familjen. Det ger också utrymme för olika former av fritidsaktiviteter i samma utsträckning som föräldrar generellt har.

Förslag till schablon

I Tabell 11.1 ges förslag på föräldraavdrag i barnets olika åldrar. Föräldraavdraget ska göras per barn. Detta innebär att en ensam vårdnadshavare själv står för allt ansvar och att flera vårdnadshavare delar ansvar. Efter 18 års ålder görs inget föräldraavdrag även om den assistansberättigade fortfarande skulle bo tillsammans med sina föräldrar eftersom den assistansberättigade inte längre är ett barn.

Tabell 11.1 Förslag till föräldraavdrag i barnets olika åldrar

Barnets ålder	Föräldraavdrag grundläggande behov (timmar per dygn)	Föräldraavdrag andra personliga behov (timmar per dygn)	Total per dygn	Total per vecka
>1	12	0	12	84
1–6	2,5	0,5	3	21
7–11	1	1	2	14
12–17	0	1	1	7

¹⁸ Statistiska centralbyrån (2011). *Nu för tiden. En undersökning om svenska folkets tidsanvändning år 2010/11*, s. 75.

¹⁹ Statistiska centralbyrån (2011). *Nu för tiden. En undersökning om svenska folkets tidsanvändning år 2010/11*, s. 101.

I nedanstående avsnitt (11.5.2) anges hur vi tänkt att föräldraavdraget ska tillämpas i praktiken.

Schablonens storlek bör följas upp

Vår bedömning är att den föreslagna schablonen är väl avvägd utifrån vad vi ovan redogjort för samt med beaktande av de övriga förändringar som vi samtidigt föreslår, dels avseende införande av nya grundläggande behov (kapitel 10), dels avseende att inget föräldraavdrag ska göras från vissa typer av hjälpbehov (avsnitt 11.4). Vi anser även att den är väl avvägd utifrån den information som vi har om hur avdrag för föräldraansvar görs i dag. Under utredningens gång har det dock också diskuterats om det finns en risk för att det föreslagna timantalet kan leda till att någon får mindre assistans än hen annars skulle ha fått.

Att införa en schablon på ett område som tidigare präglats av individuella bedömningar och där det dessutom varit många olika aktörer som gjort bedömningarna innebär en omställning. Det exakta utfallet av schablonen på individnivå är beroende av flera olika omständigheter som är relaterade till den enskilde, bland annat inom vilka områden som den enskildes stödbehov finns. Vi bedömer därför att det – oavsett på vilken nivå som föräldraavdraget slutligen fastställs – är viktigt att följa upp reformen så att schablonens storlek svarar mot de behov som finns. Se mer om vårt förslag i denna del i avsnitt 12.10.3.

11.5.2 Tillämpningen av föräldraavdraget

I detta avsnitt beskrivs närmare hur vi föreslår att föräldraavdraget ska tillämpas i praktiken.

Övergripande om tillämpningen

Det nya föräldraavdraget är inte avsett att förändra bedömningen av rätten till personlig assistans på något annat sätt än att avdraget ersätter den individuella bedömning som tidigare gjorts avseende vilket hjälpbehov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose. Be-

dömningen av vad som utgör grundläggande behov respektive andra personliga behov enligt 9 a § LSS ska göras på samma sätt som tidigare och det är från dessa behov som avdraget ska göras.

Det hjälpbehov som återstår efter att avdraget gjorts ska anses gå utöver vad som är normalt för ett barn i ifrågavarande ålder, det vill säga bero på funktionsnedsättningen. Det hjälpbehov som återstår efter avdraget ska således läggas till grund för bedömningen av rätten till personlig assistans.²⁰

Föräldraavdraget avser den tid i timmar föräldrar normalt har för omsorg om sina barn

Schablonen är tänkt att spegla den tid som föräldrar normalt kan använda för aktiv omsorg och tillsyn för sina barn och därmed omfattningen av det behov barn har av sina föräldrar. Om barnet tillbringar en del av sin tid i skola eller annan barnomsorg påverkar det därför inte storleken på föräldraavdraget. Detta förhållningssätt medför ingen skillnad från dagens tillämpning – behov som tillgodoses på annat sätt kan inte ligga till grund för rätt till personlig assistans.

Att föräldraavdraget är avsett att vara en schablon som ska tillämpas för tid i timmar får också konsekvenser för beräkningen av antal timmar dubbel assistans, för så kallad beredskap och för väntetid.

För dubbel assistans innebär ovanstående att om ett barn på exempelvis 7 år bedöms behöva dubbel assistans i 4 timmar för grundläggande behov som omfattas av föräldraavdraget så kan föräldraavdraget om 1 timme göras från den totala summan av 8 assistanstimmar. Konsekvensen blir att barnet får 3 timmar med dubbel assistans och en timme enkel. En förälder kan inte anses klara mer på en klocktimme än vad en assistent kan klara på en klocktimme.

Vad gäller väntetid ersätts i dag 4 klocktimmar med 1 assistanstimme.²¹ Föräldraavdraget ska dock göras från klocktimmarna. Skälet till detta är att väntetid innebär att närvaro krävs. Om föräldern är närvarande hos sitt barn kan det inte garanteras att föräldern kan använda tiden till något annat så som sömn eller arbete. Avdraget behöver således avse klocktimmar.

²⁰ Jmf bet. 1995/96:SoU15 *Vissa frågor om personlig assistans*, s. 18.

²¹ 2 § andra stycket Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2016:4) om assistansersättning.

När det gäller beredskap ersätts detta i dag med 1 assistanstimme per 7 klocktimmar.²² Assistans för beredskap beviljas mycket sällan för barn.²³ Om beredskap skulle behövas ska dock föräldraavdraget göras från klocktimmarna.

Föräldraavdrag vid grundläggande behov

Efter att barnet har konstaterats tillhöra personkretsen enligt 1 § LSS och även har bedömts kunna vara aktuell för att uppfylla kraven på stor och varaktig funktionsnedsättning²⁴ blir det aktuellt att utreda i vilken omfattning barnet har hjälpbehov som uppfyller kriterierna för grundläggande behov enligt 9 a § LSS. Ingen förändring är avsedd i fråga om hur bedömningen av behovens art ska göras. Det vill säga att denna bedömning ska göras på samma sätt som om ansökan hade avsett en vuxen.

Det är omfattningen av barnets totala behov av hjälp med grundläggande behov som ska utredas. Beslutsmyndigheterna bör vägleda den som ansöker så att barnets totala hjälpbehov blir korrekt utredda. Enligt 23 § förvaltningslagen (2017:900) ska en myndighet se till att ett ärende blir utrett i den omfattning som dess beskaffenhet kräver. Om det behövs ska myndigheten genom frågor och påpekanden verka för att den sökande förtydligar eller kompletterar framställningen. Den beslutande myndigheten utreder redan i dag omfattningen av respektive grundläggande behov. För att det nya föräldraavdraget ska kunna tillämpas ska hela barnets behov av hjälp med respektive grundläggande behov först utredas och fastställas. Behov som redan tillgodoses på annat sätt ska inte beaktas enligt 7 § LSS.

Det totala behovet av hjälp med grundläggande behov ska sedan läggas ihop, dock med undantag för sådana behov som ska undantas från avdrag, det vill säga vissa behov relaterade till andning, sondmatning och det nya grundläggande behovet *kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik*. Från denna summa ska föräldraavdraget dras av enligt den schablon som fastställts för grundläggande behov. Efter att avdraget gjorts ska eventuella hjälpbehov relaterade till andning, sondmatning och det nya

²² 2 § fjärde stycket Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2016:4) om assistansersättning.

²³ Statistik från Försäkringskassan.

²⁴ 9 a § första stycket LSS.

grundläggande behovet *kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik* återförs.

Det antal timmar med behov av hjälp med grundläggande behov som återstår kan anses gå utöver vad som är normalt för ett barn i ifrågavarande ålder, det vill säga anses föreligga på grund av funktionsnedsättningen, och ska läggas till grund för bedömningen av om det finns en rätt till personlig assistans eller assistansersättning.²⁵ Avseende bedömningen om barnets grundläggande behov är av tillräcklig omfattning för att berättiga till kommunalt finansierad personlig assistans se avsnitt 11.6 om den så kallade ventilen.

Föräldraavdrag andra personliga behov

Den som behöver hjälp med sina grundläggande behov och som med anledning av detta har beviljats personlig assistans kan också beviljas assistans för andra personliga behov enligt 9 a § andra stycket LSS. I de fall då det har konstaterats att barnet är berättigat till personlig assistans eller assistansersättning blir det således aktuellt att utreda i vilken omfattning barnet har hjälpbehov som till sin art är sådana att de utgör andra personliga behov i den mening som avses i denna bestämmelse. Ingen förändring är avsedd i fråga om hur bedömningen av behovens art ska göras, det vill säga att denna bedömning ska göras på samma sätt som om ansökan hade avsett en vuxen.

Omfattningen av barnets totala behov av hjälp med andra personliga behov ska utredas. Behov som redan tillgodoses på annat sätt ska inte beaktas enligt 7 § LSS. På samma sätt som för grundläggande behov bör beslutsmyndigheterna vägleda den som ansöker så att barnets totala hjälpbehov blir korrekt utredda. Enligt 23 § förvaltningslagen ska en myndighet se till att ett ärende blir utrett i den omfattning som dess beskaffenhet kräver. Om det behövs ska myndigheten genom frågor och påpekanden verka för att den sökande förtydligar eller kompletterar framställningen.

Från summan av de andra personliga behoven, beräknade som klocktimmar, ska föräldraavdrag enligt schablonen göras. Det hjälpbehov som återstår efter avdraget kan då anses gå utöver vad som är normalt för ett barn i ifrågavarande ålder, det vill säga anses föreligga

²⁵ Jmf bet. 1995/96:SoU15 *Vissa frågor om personlig assistans*, s. 18.

på grund av funktionsnedsättningen, och ska läggas till grund för bedömningen av behovet av personlig assistans.²⁶

Beslut måste ta hänsyn till barnets stigande ålder

Beslut om rätt till personlig assistans för barn behöver ta hänsyn till att schablonen för föräldraavdraget minskar med barnets stigande ålder. Det kan göras exempelvis genom ny ansökan och nytt beslut när barnet uppnått en sådan ålder att schablonen ändras, eller genom att det initiala beslutet innehåller beslut om fler timmar med ökande ålder under förutsättning att inga andra omständigheter ändrats.

11.6 Ventilen – Hänsyn till det enskilda barnets situation

Förslag: Vid kommunens bedömning av om ett barns behov av hjälp med de grundläggande behoven är av sådan omfattning att det finns en rätt till personlig assistans enligt 9 a § LSS ska hänsyn tas till det som bedöms vara barnets bästa.

11.6.1 Kommunen ska ta hänsyn till vad som bedöms vara barnets bästa vid bedömningen av om behovet av hjälp med grundläggande behov är tillräckligt för att ge rätt till personlig assistans

Genom våra förslag bedömer vi att det finns goda förutsättningar för barn som tillhör personkretsen enligt LSS och som har hjälpbehov till följd av stora och varaktiga funktionsnedsättningar att ges ändamålsenlig tillgång till insatsen personlig assistans. Tillgången garanteras dels av det undantag vi föreslår avseende det nya grundläggande behovet *kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv eller hälsa*, dels av att nivån på den schablon som vi föreslår är väl avvägd. Vid införande av en schablon finns det dock alltid en viss risk att enskilda individer kommer i kläm, oavsett på vilken nivå

²⁶ Jmf bet. 1995/96:SoU15 *Vissa frågor om personlig assistans*, s. 18.

schablonen sätts. Det är enligt vår mening mycket angeläget att det schabloniserade föräldraavdraget inte i något fall är för stort i den bemärkelsen att barnet inte får sina behov tillgodosedda på ett sätt som är i överensstämmelse med principen om barnets bästa. Vi bedömer därför att det bör införas en möjlighet att ta individuella hänsyn. Vårt förslag är att detta ska göras genom införande av ett krav att kommunen –vid bedömningen av om de grundläggande behov som återstår efter att föräldraavdraget har gjorts är tillräckligt för att grunda en rätt till personlig assistans enligt 9 a § första stycket LSS – ska ta särskild hänsyn till insatsens betydelse för vad som bedöms vara det enskilda barnets bästa.

Som tidigare har beskrivits i avsnitt 2.5.2 finns det avseende kommunalt finansierad personlig assistans enligt LSS inte någon allmänt gällande undre tidsgräns avseende hur mycket hjälp med grundläggande behov som den enskilde ska behöva för att ha rätt till insatsen.²⁷ I rättspraxis har dock uttalats att någon som bara i mycket begränsad omfattning har behov av hjälp med något av de grundläggande behoven inte utan vidare kan anses berättigad till personlig assistans. Det har också uttalats att för att avgöra om en person har rätt till personlig assistans ska det göras en individuell bedömning i varje enskilt fall med en sammanvägning av såväl kvalitativa som kvantitativa aspekter.²⁸ Vårt förslag innebär att när denna bedömning görs avseende ett barn ska kommunen ta särskild hänsyn till insatsens betydelse för vad som bedöms vara det enskilda barnets bästa. Bedömningen ska kunna leda till att barnet beviljas inträde i assistansen vid ett lägre antal timmars grundläggande behov än vad som hade gällt utan denna bedömning. I avsnitt 11.6.2 nedan beskriver vi närmare vad som ska beaktas vid bedömningen.

Mot bakgrund av att personlig assistans är en utkrävbar rättighet för de personer som uppfyller kriterierna för insatsen kan frågan ställas om det är lämpligt att i fråga om möjligheten till inträde i insatsen införa ett sådant förhållandevis oprecist bedömningskriterium som *barnets bästa* (jfr prop. 2009/10:176 s. 31 ff.). Eftersom

²⁷ Detta kan jämföras med assistansersättningen där behovet av personlig assistans för grundläggande behov ska vara mer än i genomsnitt 20 timmar per vecka.

²⁸ Se RÅ 2009 ref. 57 och HFD 2018 ref. 13. I HFD 2018 ref. 13 gjordes bedömningen att ett hjälpbehov på tre timmar per vecka inte var tillräckligt omfattande för att medföra rätt till personlig assistans utifrån karaktären av den hjälp som den enskilde i målet behövde. I vår utredning har vi också fått beskrivet att det inom vissa kommuner uppställs krav att den enskilde behöver ha behov av hjälp med grundläggande behov i 6-10 timmar per vecka för att beviljas personlig assistans enligt LSS.

vårt förslag innebär att bedömningen endast kan leda till ett för den enskilde mer förmånligt utfall bedömer vi dock att ändamålet med bestämmelsen motiverar införandet av detta relativt sett oprecisa kriterium. Alla insatser enligt LSS innebär att individuella bedömningar ska göras, vilket inte i något fall är en exakt vetenskap.

En kompletterande reglering behövs

I 6 a § LSS framgår att när åtgärder rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Av förarbetena till bestämmelsen framgår dock att den enskildes rätt till insatser är uttömmande reglerad i lagen och inte ska begränsas eller utvidgas av denna bestämmelse.²⁹ Vi bedömer därför att 6 a § LSS inte kan tillämpas på ett sätt som påverkar möjligheten för ett barn att beviljas inträde till insatsen personlig assistans.

Enligt artikel 3 i barnkonventionen ska det som bedöms vara barnets bästa beaktas vid alla beslut som rör barnet, men det är alltså i dag inte tydligt när i processen en sådan bedömning ska genomföras. Sammantaget bedömer vi därför att en kompletterande reglering behövs.

En förändring inom befintligt system

Vårt förslag ger ökad flexibilitet till fördel för barnet utan att medföra att den grund som rätten till personlig assistans i dag är uppbyggd kring förändras. Ventilen förändrar inte den omständigheten att rätten till personlig assistans är avhängig att den enskilde på grund av stora och varaktiga funktionsnedsättningar har behov av hjälp med sina grundläggande behov.³⁰

²⁹ Prop. 2009/10:176 *Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet*, s. 31 ff. och 74. Där anges också att bestämmelsen främst har betydelse vid införandet av insatserna i 9 §, vid kommunens uppgifter enligt 15 § och vid tillstånds- och tillsynsverksamhet.

³⁰ Enligt 9 a § första stycket LSS är en förutsättning för personlig assistans att den enskilde har behov av hjälp med sina grundläggande behov. Enligt 51 kap. 3 § socialförsäkringsbalken är en förutsättning för rätt till assistansersättning att den enskilde har behov av hjälp med grundläggande behov i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan.

Varför en ventil bara i kommunens prövning enligt LSS?

Ett barn som utifrån omfattningen av sina grundläggande behov (efter föräldraavdrag) ligger strax under gränsen till att komma in i den statliga assistansersättningen kommer i stället in i den kommunalt finansierade insatsen och får då personlig assistans för alla sina behov, såväl grundläggande behov som andra personliga behov. Ett barn som ligger strax under gränsen för vad som hade gett inträde i den kommunala personliga assistansen riskerar däremot att hamna helt utanför insatsen och inte beviljas assistans för någon del av sina stödbehov. Det är därför i just den situationen som vi bedömer att det behöver finnas utrymme för individuella hänsyn genom en ventil. Kommunen ska i denna situation bevilja personlig assistans om det bedöms vara till barnets bästa, trots att behovet av hjälp med grundläggande behov endast omfattar ett fåtal timmar.

Vi bedömer också att denna konstruktion är lämplig utifrån att det är kommunerna som har det yttersta ansvaret för att personer som tillhör personkretsen enligt LSS får sina behov av stöd och service tillgodosedda på ett sätt som tillförsäkrar den enskilde goda levnadsvillkor.³¹ För det enskilda barnets bästa bör det inte vara av betydelse om barnet får sin insats som assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken eller som kommunalt finansierad personlig assistans enligt LSS.

11.6.2 Vad ska beaktas vid bedömningen?

Vårt förslag är att kommunen vid bedömningen om ett barns behov av hjälp med de grundläggande behoven är av sådan omfattning att det finns en rätt till personlig assistans enligt 9 a § LSS ska ges möjlighet att bevilja assistans om det bedöms vara till barnets bästa. Bedömningen ska göras som en del i den individuella bedömning som redan görs för att avgöra om en person utifrån omfattningen av sina stödbehov har rätt till personlig assistans.

Bedömningen avser de grundläggande behov som återstår efter att föräldraavdraget gjorts, det vill säga behov som till sin karaktär är sådana att de kan berättiga till insatsen. Vid bedömningen ska hänsyn tas till barnets individuella situation. Omständigheter som ska beaktas vid bedömningen är omfattningen och karaktären av barnets

³¹ 7 § LSS.

funktionsnedsättningar och hjälpbehov. Vid bedömningen av om det grundläggande behov som återstår efter föräldraavdraget är tillräckligt för att berättiga till personlig assistans ska särskilt beaktas betydelsen av insatsen för barnets möjlighet att växa upp i föräldrahemmet utifrån de omständigheter som råder i det individuella fallet. Av förarbetena till LSS framgår att personlig assistans alltid bör övervägas som alternativ för barn och ungdomar till att bo utanför föräldrahemmet.³²

Inom kommunerna finns det redan stor erfarenhet att göra bedömningar utifrån barns bästa. Barnombudsmannen har också, i syfte att stötta andra myndigheter i detta arbete, tagit fram ett metodstöd. Där specificeras att en prövning av barnets bästa bör inkludera barnets rätt till familjemiljö och relationer och barnets rätt till omsorg. Med barnets rätt till omsorg menas att det är av yttersta vikt att tillförsäkra barnet det skydd och den omvårdnad som behövs för att säkerställa barnets välfärd och utveckling. Barns välfärd omfattar deras grundläggande materiella, fysiska, utbildningsmässiga och emotionella behov, liksom även deras behov av ömhet och trygghet.³³ Också Sveriges kommuner och regioner (SKR) har tagit fram stödmaterial.³⁴ Exakt samma tillvägagångssätt kommer inte att passa alla kommuner – varje kommun måste därför själva utarbeta sina rutiner för hur barnets bästa tas tillvara inför ett beslut om personlig assistans. Hjälp i att utarbeta rutiner kan hämtas i Barnombudsmannens metodstöd.

11.7 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Förslag: De föreslagna ändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2023. Äldre bestämmelser ska fortfarande gälla för personlig assistans och assistansersättning som avser tid före ikraftträdandet.

³² Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 64.

³³ Barnombudsmannen (2020). *Prövning av barnets bästa. Ett stödmaterial för beslutsfattare och tjänstepersoner*, s. 13.

³⁴ Se till exempel Sveriges kommuner och regioner (2018). *Prövning av barnets bästa. Ett verktyg för styrning och ledning*, eller Sveriges kommuner och regioner (2015) *Barnets rättigheter i svensk praktik. FN:s stöd för regionalt och lokalt barnrättsarbete*.

Att säkerställa en rättssäker och avgränsad tillämpning av föräldraansvaret är angeläget. De föreslagna ändringarna bör därför träda i kraft vid tidigast möjliga tidpunkt, vilket med hänsyn till den föreslagna ändringens omfattning bedöms vara den 1 januari 2023.

11.8 Konsekvenser av förslaget om föräldraansvar

Vårt förslag leder till att fler barn blir berättigade till personlig assistans och assistansersättning samt till att barn som redan är berättigade till insatsen får fler assistanstimmar. Nedan görs uppskattningar av hur många barn som berörs och hur många timmar extra det gäller. De ekonomiska konsekvenserna av att genomföra förslaget om ett schabloniserat föräldraavdrag med ventil beskrivs. Övriga konsekvenser finns i kapitel 12. Där redogörs för de sammantagna konsekvenserna av att genomföra alla våra förslag.

11.8.1 Fler barn kommer att beviljas personlig assistans

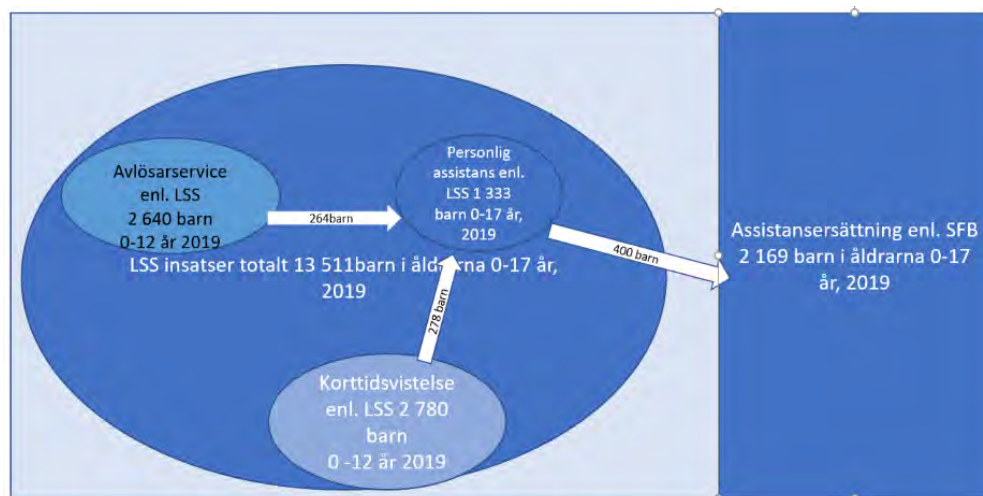
Förslaget om föräldraavdrag kommer att leda till att antalet barn med personlig assistans ökar och att de barn som redan har insatsen får fler assistanstimmar. Flera förändringar kommer troligtvis att ske:

- barn som i dag står helt utanför den personliga assistansen kommer att kunna beviljas personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken,
- barn som i dag har personlig assistans enligt LSS kommer att i stället kunna beviljas assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken.

Av de cirka 75 000 personer som under år 2019 hade någon insats enligt LSS, var 5 844 barn mellan 0–12 år och 7 650 barn i åldrarna 13–17.³⁵ De barn mellan 0–12 år som i dag inte erhåller personlig assistans från kommunen får andra insatser enligt LSS eller socialtjänstlagen, vanligast är korttidsvistelse samt avlösarservice. Ett möjligt scenario visas nedan i figur 11.1 där förslaget om avsmalnat avdrag för föräldraansvaret innebär byten av insatser för barnen.

³⁵ Uppgifter från Socialstyrelsen.

Figur 11.1 Flöden mellan olika insatser, möjligt scenario



Källa: Egna antaganden.

Antaganden

För att kunna beräkna hur många barn som efter vårt förslag finns i olika typer av insatser behöver vi göra vissa antaganden:

1. Med våra förändringar kommer barn in i assistansen vid en lägre ålder.
2. Hälften av de barn 0–17 år som motsvarar minskningen i denna åldersgrupp mellan åren 2015–2019 kommer att få bifall vid en ny ansökan³⁶.
3. En tiondel av de barn som i dag har avlösarservice eller korttidsvistelse får med våra förändringar i stället personlig assistans enligt LSS. De barn som beviljas personlig assistans antas vara de barn inom dessa insatser som har de mest omfattande behoven.
4. Vi antar att de barn som får personlig assistans får 110 timmar per vecka vilket motsvarar cirka de antal timmar som barn i motsvarande ålder i assistansen har. Detta är troligtvis en överskattning då de barn som tidigare inte kvalificerat sig för insatser per definition inte har lika stora behov som de barn som gjort det.
5. Alla förflyttningar mellan insatser antas vara klara efter 3–5 år.

³⁶ Motsvarar även hälften av de barn som de senaste två åren fått avslag med motiveringen att grundläggande behov inte uppnår 20 timmar per vecka.

6. De barn som redan är inne i den personliga assistansen antas få lika många timmar extra i genomsnitt oavsett om de har assistansersättning eller personlig assistans enligt LSS.

Antaganden motiveras nedan.

Antal barn som kommer få assistansersättning

Över tid har antalet barn med statlig assistansersättning minskat samtidigt som antalet barn med kommunalt beslutad personlig assistans har ökat. Enligt statistik från Försäkringskassan var det 499 barn mellan 0–6 år, 1 044 barn mellan 7–11 år och 1 483 barn mellan 12–17 år i assistansersättningen år 2015. Motsvarande siffra för år 2020 var 178, 635 respektive 1 353 barn. Det var således 821 barn färre i åldrarna 0–17 år som fick assistansersättning år 2020 jämfört med år 2015. De barn som inte har stödbehov i tillräcklig omfattning för att få assistansersättning får ofta i stället insatser enligt LSS eller socialtjänstlagen (se avsnitt 8.1).

Att barn får avslag på sin ansökan om assistansersättning beror i vissa fall på föräldraansvaret. De barn som får avslag av detta skäl får ofta assistansersättning när de blivit äldre och föräldraansvarets omfattning minskat (se avsnitt 8.1).

Av de cirka 1 300 barn i åldrarna 0–11 år som i dag får personlig assistans från kommunen enligt LSS, antas cirka 400 barn i stället få assistansersättning (tabell 11.2).

Tabell 11.2 Antagande om antal ytterligare barn som får assistansersättning

Ålder	Antal nya i ASE	Genomsnittstimmar/vecka
Antal barn	400	110

Källa: Statistik från Försäkringskassan och Socialstyrelsen. Utredningens egna bearbetningar.

Antagandet utgår ifrån att cirka hälften av de barn 0–11 år som de senaste två åren³⁷ fått avslag med motiveringen att grundläggande behov inte uppnår mer än 20 timmar per vecka i genomsnitt, med vårt förslag i stället kommer att få bifall vid en ny ansökan. Att detta antal är rimligt understöds av att den förväntade ökningen motsvarar

³⁷ Försäkringskassan (2020). *Rapport – Indikatorer för att följa utvecklingen av assistansersättningen.*

cirka hälften av den minskning av antal barn med assistansersättning som skett under åren 2015–2019. Det är också värt att notera att dessa 400 barn redan är inkluderade i de 800 barn som beräknas kunna kvalificera sig för personlig assistans genom våra förslag om nya grundläggande behov. Samma barn berörs av bägge förslagen.

De barn som får assistansersättning antas få i genomsnitt samma antal timmar som de barn i samma åldersgrupp som redan har personlig assistans. Under perioden 2010–2020 hade åldersgruppen 0–11 år i genomsnitt 110 timmar per vecka. Eftersom vårt förslag syftar till att inkludera fler barn i assistansersättningen så förväntar vi oss att barn med relativt sett mindre omfattande behov, jämfört med dagens barn i assistansersättningen, får assistansersättning. Detta innebär att 110 timmar troligtvis är en överskattning.

Med anledning av att många av de barn som genom våra förslag förväntas kvalificera sig för statlig personlig assistans redan tidigare har andra insatser förväntar vi oss att alla barn inte ansöker om statlig assistans när förändringarna träder i kraft. Vi förväntar oss att de barn som har exempelvis kommunal personlig assistans i stället kommer att ansöka när deras tidsbegränsade beslut går ut. Med anledning av detta förväntar vi oss att implementeringen kommer att pågå under 3–5 års tid. Om detta stämmer kommer antalet barn med assistansersättning öka med 85–150 barn årligen under 3–5 år till följd av förslaget.

Antal barn som kommer in i den kommunala assistansen

År 2019³⁸ hade 5 844 barn 0–12 år och cirka 7 650 barn 13–17 år insatser enligt LSS och mer än hälften av barnen 0–12 år fick insatserna avlösarservice (2 640 barn) och korttidsvistelse (2 780 barn). Vissa av barnen får mer än en insats och antalet insatser ökar med åldern. Enligt en kartläggning från Socialstyrelsen från 2015 hade cirka en tredjedel av de barn som har avlösarservice även insatsen korttidsvistelse.³⁹ Det är inte alla de barn som har insatser enligt LSS som kommer att kvalificera sig till insatsen personlig assistans utan bara de barn som har de mest omfattande behoven och där korrigeringen av föräldraavdraget leder till att barn kvalificerar sig för personlig assi-

³⁸ Den senaste statistiken från Socialstyrelsen är från 2019, vi har statistik för åldersgruppen 0–12 år och 13–17 år.

³⁹ Socialstyrelsen, underlag till lägesrapporten från 2020.

stans. Det är därför troligt att de barn som har mest omfattande insatser enligt LSS också är de barn som mest sannolikt kommer kvalificera sig till insatsen personlig assistans.

År 2019 hade 5 844 barn i åldrarna 0–12 år minst en LSS insats, varav 838 barn (14 procent) hade insatsen personlig assistans. Vanligaste insatserna bland barn var avlösarservice, korttidsvistelse och personlig assistans. Vi antar därför att de barn som kommer att kvalificera sig för personlig assistans i dag har endera avlösarservice eller korttidsvistelse. Vi antar också att de barn som kommer att kvalificera sig för personlig assistans har behov av större omfattning än ett genomsnittligt barn som beviljats insatser enligt LSS.

Med vårt förslag antas knappt 10 procent av barnen, sammanlagt cirka 460⁴⁰ barn i åldrarna 0–11, komma in i den kommunalt finansierade personliga assistansen (tabell 11.3). De barn som går över antas ha en omfattning av sin tidigare insats som är 40 procent högre än genomsnittet. Vi antar att dessa barn kommer att få personlig assistans i samma omfattning som de barn som redan befinner sig i den kommunala personliga assistansen. Detta innebär att de får i genomsnitt 56,3 timmar per vecka med hänsyn tagen till det nya föräldraavdraget. Genom att dessa barn beviljas personlig assistans minskar antalet barn i insatserna avlösarservice och korttidsvistelse med uppskattningsvis 264 och 278 barn (10 procent av respektive grupp).

Tabell 11.3 Antal barn som kommer in i den kommunala assistansen

Tidigare insatser	Antal barn som fick insatsen 2019	Omfattning av tidigare insats	Barn som övergår till personlig assistans
Avlösarservice	2 640	10 timmar/vecka	264
Korttidsvistelse	2 780	1,5 dygn/vecka	199
Totalt	5 420		463

Källa: Socialstyrelsen och egna beräkningar.

Antal timmar extra för barn som redan har personlig assistans

Genom vårt förslag om föräldraavdrag kan också de barn som redan har personlig assistans få fler timmar om de ansöker om det. Vårt förslag berör cirka 3 985 barn i åldrarna 0–17.

Enligt Socialstyrelsens lägesrapport från år 2020 *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning* var det 1 266 barn i åldrarna 0–

⁴⁰ Där en tredjedel av de som kommer från avlösarservice även räknas ha även korttidsvistelse.

17 år som år 2019 fick insatsen personlig assistans enligt LSS. Enligt statistik från Försäkringskassan för året 2020 var det 2 166 barn i åldrarna 0–17 år som fick insatsen personlig assistans enligt socialförsäkringsbalken.

För att kunna uppskatta hur många timmar extra assistans vårt förslag innebär så måste vi uppskatta storleken av det avdrag för det normala föräldraansvaret som görs i dag. Ingen statistik över storleken på det normala föräldraansvaret finns hos vare sig Försäkringskassan eller hos Socialstyrelsen.

Vi baserar våra beräkningar på statistik från Försäkringskassan på antalet använda timmar med assistansersättning per vecka baserat på genomsnittligt använda timmar per dag under helger i november 2019 för åldersgrupperna 1⁴¹–6 år, 7–12 år, 13–17 år och 22–25 år.

Vi har valt att använda statistik från Försäkringskassan eftersom den statistik vi fått från Socialstyrelsen avseende genomsnittligt antal timmar per vecka och åldersgrupp inte håller tillräcklig kvalitet.⁴² Valet av åldersintervall 22–25 år som jämförelse används eftersom inget föräldraavdrag görs i den åldersgruppen samtidigt som de åldersrelaterade behoven inte hunnit öka. Vi har därutöver valt att basera beräkningarna på timmar använda under helger eftersom vi då kan bortse från tid i skola eller daglig verksamhet.

Tabell 11.4 Genomsnittliga skillnader i timmar med personlig assistans under november 2019, timmar som dras av för det normala föräldraansvaret samt antal timmar extra med vårt föräldraavdrag

Uppskattat antal timmar per vecka

	0–6 år	7–12 år	13–17 år	22–25 år
Timmar med assistans (faktiska timmar)	115	117	126	157
Skillnad i timmar jämfört med referensgruppen 22–25 år	42	40	31	
Uppskattad tid i skola eller förskola	10	20	20	
Uppskattat antal timmar avdrag för normalt föräldraansvar	32	20	11	
Föräldraavdrag enligt schablon	21	14	7	
Antal timmar extra med föräldraavdrag	11	6	4	

Källa: Försäkringskassans statistik. Utredningens egna beräkningar.

⁴¹ Det finns inga barn under 1 i denna grupp eftersom det år 2020 inte fanns sådana som hade assistansersättning.

⁴² Socialstyrelsens register över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade innehåller osannolika extremvärden för uppgiften om användningen vilket påverkar statistiken över den genomsnittliga användningen i alltför stor utsträckning.

I tabell 11.4 kan utläsas hur stort avdrag vi uppskattar att det görs i nuläget samt hur många timmar extra per vecka barn i olika åldersgrupper skulle få med vårt föräldraavdrag.

Det skiljer i genomsnitt 42 timmar personlig assistans mellan åldersgruppen 1–6 år och 22–25 år. Gruppen 22–25 år har 40 assistanstimmar fler i genomsnitt per vecka jämfört med gruppen 7–12 år. Genom att implementera förslaget om ett schabloniserat föräldraavdrag förväntas assistanstimmarna öka för barn som har assistansersättning, och som får ett nytt beslut, med i genomsnitt 11 timmar per vecka för barn 0–6 år, med i genomsnitt 6 timmar per vecka för barn 7–12 år och med i genomsnitt 4 timmar för barn 13–17 år.

Den sammantagna effekten av förslaget på antal barn och antal timmar

Som visats i tidigare avsnitt ökar antalet barn 0–11 år i assistansersättningen med våra förslag. Dessa barn kommer in med samma genomsnittliga antal timmar som dagens bestånd 0–17 år. För de barn som fanns i assistansersättningen år 2020 ökar antalet timmar per vecka enligt beräkningarna i tabell 11.4 ovan. Effekten redovisas i tabell 11.5 nedan.

Tabell 11.5 Antal barn och timmar med vårt förslag

Ålder	Antal barn i ASE 2020	Timmar/vecka år 2020	Antal barn efter förslagets implementering	Timmar/vecka efter implementering
0–6	178	130,2	338	126,4
7–11	635	106,1	875	101,5
12–17	1 353	109,0	1 353	113,0

Anm: Barn som beviljas assistansersättning för första gången till följd av förslaget kommer in med 110 timmar per vecka. Timmarna ökar också för de barn som redan har assistans. I denna tabell vägs timmarna ihop och resultatet blir ett högre antal timmar per vecka.

Källa: Försäkringskassan och egna beräkningar.

Det genomsnittliga antalet timmar minskar i två åldersgrupper och ökar i en åldersgrupp. Detta beror på att de barn som kommer in i assistansersättningen antas få ett genomsnittligt antal timmar baserat på alla barn. De yngre barn som redan har assistansersättning har dock ett högre antal timmar. Således blir det genomsnittliga antalet timmar lägre när även barn med mindre omfattande behov släpps in genom våra förslag.

11.8.2 Offentligfinansiella effekter

Statens ökade utgifter

Statens ökade utgifter består dels i fler timmar för de barn som redan är kvalificerade till assistansersättning, dels i att fler barn kvalificerar sig till assistansersättning.

Utgifter med anledning av fler timmar för de barn som redan har personlig assistans

Enligt statistik från Försäkringskassan för år 2020 fanns det 178 barn i åldrarna 0–6 år, 635 barn i åldrarna 7–11 samt 1 353 barn i åldrarna 12–17 år som erhöll assistansersättning. I genomsnitt fick de 130,2, 106,1 respektive 109,0 timmar per vecka 2020. Dessa beräknas nu få 11 timmar, 6 timmar respektive 4 timmar extra per vecka, vilket utgör en ökning med drygt 580 000 timmar motsvarande en kostnadsökning för staten till följd av fler timmar med cirka 183 miljoner kronor räknat med 2020 års schablonersättning på 315 kronor per timme, se tabell 11.6 nedan.

Tabell 11.6 Statens ökade utgifter för de barn som redan i dag har assistansersättning när förändringen implementeras helt

	0–6 år	7–11 år	12–17 år
Antal timmar extra	11	6	4
Antal barn med assistansersättning år 2020	178	635	1353
Totalt antal timmar extra	101 816	198 120	281 424
Kostnad för staten i miljoner kronor*	32	62	89

Anm. *Kostnaden är beräknad under antagandet att schablonen om 315 kronor/timme i ersättning används.

Den beräknade kostnaden är osäker på grund av bristande underlag om hur stort avdrag som i nuläget görs för det normala föräldraansvaret.

Beräkningarna ovan avser de barn som i dag har assistansersättning och som vid en nyansökan kan antas få fler timmar i genomsnitt. Eftersom tvåårsprövningarna har pausats kommer kostnaderna att uppstå när personerna aktivt ansöker om fler timmar och därmed implementeras förändringen under en längre period.

Utgifter med anledning av fler barn med assistansersättning

Efter implementering av föräldraavdraget beräknas cirka 400 barn i åldrarna 0–12 år komma in i den statligt finansierade personliga assistansen. Vi antar att barnen kommer att fördelas i åldersgrupperna 0–6 år och 7–11 år i relationen 40 respektive 60 procent. Detta är ett rimligt antagande då relationen motsvarar fördelningen bland de barn som lämnat assistansersättningen med anledning av förändrad praxis. Vi räknar inte med att barn mellan 12–17 år får assistansersättning till följd av förslaget då inget föräldraavdrag för grundläggande behov görs i denna åldersgrupp (se avsnitt 11.5.2).

De barn som får assistansersättning antas få 110 timmar i veckan i genomsnitt.⁴³ Detta är något lägre än det genomsnittliga antal timmar barn hade år 2020 men det är sannolikt så att när förslaget möjliggör för fler att få assistans så har de barnen per definition behov av lägre omfattning än de barn som redan beviljats assistans. Kommunerna kommer fortsättningsvis betala för de första 20 timmarna per vecka. Eftersom dessa beräkningar bygger på antaganden om antal är det rimligt att beräkna kostnaderna enligt ett intervall. I tabell 11.7 redovisas vilka kostnader som staten skulle få om antal barn ökar inom intervallet 300–500 barn.

Tabell 11.7 Statens ökade kostnader till följd av att fler barn beviljas assistansersättning

Alternativa kostnader för intervallet 300 till 500 nya barn.

Antal barn som beviljas assistansersättning	Timmar per år extra	Kostnad* för staten (miljoner kronor)
300	1 716 000	541
400	2 288 000	721
500	2 860 000	901

Anm: *Kostnaden är beräknad under antagandet att schablonen om 315 kronor/timme i ersättning används

Om antalet barn med assistansersättning ökar med 300–500 barn innebär det en utgiftsökning för staten på 500–900 miljoner kronor.

Eftersom många av de barn som förväntas kvalificera sig till den statliga assistansersättningen troligtvis i dag har insatser enligt LSS

⁴³ Samma antagande som i kapitel 10.

med tidsbegränsade beslut kommer förflyttningen från kommun till stat att ske successivt och kostnaden fördelas på flera år.

Tabell 11.8 Statliga utgifter med anledning av fler barn och ökat antal timmar

	0–6 år	7–11 år	12–17 år	0–17 år
Antal barn med ASE 2020	178	635	1 353	2 166
Timmar/vecka i 2020	130	106	109	110
Antal barn med ASE efter implementering	338	875	1 353	2 566
Timmar/vecka efter implementering	126	112	113	114
Statens ökade utgifter efter implementering	320	495	89	904

Anm: *Kostnaden är beräknad under antagandet att schablonen om 315 kronor/timme i ersättning används

Kommunernas utgifter

Att barn som i dagsläget har insatser via LSS i stället kvalificerar sig för statlig personlig assistans innebär en utgiftsminskning för kommunerna.

År 2018⁴⁴ hade barn med kommunalt beslutad personlig assistans i genomsnitt 56,3 timmar i veckan. De barn som går från den kommunala personliga assistansen till assistansersättning kommer ha mer omfattande behov än genomsnittet inom den kommunala assistansen. Enligt Socialstyrelsen hade år 2018 cirka 13 procent av användarna inom kommunal personlig assistans mer än 100 timmar per vecka. Det är en fördubbling sedan 2009. Som en av förklaringarna till ökningen anges indragningarna av statlig assistansersättning.

I våra beräkningar adderar vi 40 procent till det genomsnittliga antalet timmar i syfte att ta hänsyn till att dessa barn har behov som är mer omfattande än genomsnittet.

I beräkningen nedan tas det hänsyn till föräldraavdraget genom att dra av 21 timmar för barn mellan 0–6 år och 20+14 timmar (20 timmar för skolgång) för barn mellan 7–11 år från genomsnittet.

Besparingen för kommunerna till följd av att 400 barn flyttas till statlig assistansersättning och med hänsyn tagen till att kommunerna betalar de första 20 timmarna per vecka, blir drygt 100 miljoner kronor.

⁴⁴ Den senaste statistiken från Socialstyrelsen är från år 2018.

Ett tydligt föräldraavdrag leder dessutom sannolikt till en ökning av antalet barn som erhåller personlig assistans från kommunen enligt LSS. Vi antar att 10 procent, det vill säga 264 barn i åldrarna 0–11 övergår från avlösarservice till personlig assistans samt att 278 barn i samma åldersgrupp går från insatsen korttidsvistelse till personlig assistans. Detta antal antas inkludera även de barn som får personlig assistans enligt LSS genom att ventilen tillämpas. I praktiken innebär det att, efter att hänsyn tagits till att en tredjedel av barnen som har avlösarservice även har korttidsvistelse, sammanlagt 460 barn som antas flytta över till insatsen personlig assistans enligt LSS. Dessa barn antas dessutom tidigare ha beviljats avlösarservice och/eller korttidsvistelse i högre omfattning än genomsnittet.

Beräkningarna för kommunernas utgifter redovisas i tabell 11.9 nedan. Återigen vill vi betona att beräkningarna är behäftade med osäkerhet.

Tabell 11.9 Kommunernas utgifter

	Miljoner kronor
Besparing avlösarservice med antagande om 10 timmar per vecka*	-43
Besparing korttidsvistelse med antagande om 1,5 dygn per vecka**	-94
Kostnad 460 barn i Personlig assistans enligt LSS***	207
Besparing att barn 400 övergår till ASE****	-252
Kommunens fortsatta kostnad för barn som övergår till assistansersättning, de första 20 timmarna	131
Kommunernas ökade utgifter till följd av timkorrigeringsarna i personlig assistans	129
Netto för kommunen	78

Anm:

*Något högre än genomsnittet 2016 på 6,5 timmar per vecka enligt SOU 2018:88 s. 918.

**Genomsnittet låg på 1,1 dygn per vecka enligt SOU 2018:88 s. 918.

***180 barn 0–6 år räknas få 35,3 timmar per vecka i genomsnitt, 270 barn 7–12 år beräknas få 22,3 timmar per vecka i genomsnitt.

****160 barn 0–6 år inte längre får personlig assistans från kommunen med i genomsnitt 46 timmar per vecka, samt 240 barn 7–12 år inte får personlig assistans från kommunen med i genomsnitt 29 timmar per vecka.

Implementeringen av schablonen sker omedelbart för de barn som ansöker om assistans för första gången men förändringen kommer gradvis med de nya ansökningar som successivt görs för de barn som redan har personlig assistans och som ansöker om mer tid.

12 Konsekvenser av utredningens förslag

I kapitel 9–11 beskrivs våra förslag och dess finansiella effekter för stat, kommun och regioner. De finansiella effekterna av förslagen som helhet samverkar dock och i detta kapitel specificeras därför de sammantagna konsekvenserna av utredningens förslag. Sist i kapitlet presenterar vi förslag till uppföljning av förslagen.

12.1 Sammantagen effekt av förslagen på antal personer med personlig assistans och antal timmar med personlig assistans

Förslagen om sjukvårdande insatser i kapitel 9 syftar till att assistansanvändare som behöver hälso- och sjukvårdsåtgärder till följd av sina funktionsnedsättningar ska ges ändamålsenligt stöd. En ny lag om egenvård införs som syftar till att säkerställa kvaliteten på den egenvård som utförs. Därutöver ges en ny möjlighet till inträde i insatsen för personer vars grundläggande behov till stor del utgörs av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Genom förslagen återtar sjukvårdshuvudmannen kostnaderna för den sjukvård som ges till assistansanvändare. Kostnaderna för staten och, till mindre del, kommunerna minskar därigenom. En viss ökning av de administrativa kostnaderna för uppföljning och dokumentation av egenvårdsåtgärder för regionerna och assistansbolagen sker också.

Förslaget om nya grundläggande behov i kapitel 10 innebär i korthet att det grundläggande behovet *annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade* upphävs och ersätts. Fler personer kommer därmed att kvalificera sig för assistansersättning. Genom förslaget sker en återställning av kostnaderna för den personliga assistansen så att staten återtar de kostnader som skjutits

över på kommunerna med anledning av nekad assistansersättning under perioden från 2015 och framåt.

Förslaget i kapitel 11 innebär att ett nytt schabloniserat föräldraavdrag införs i stället för att en bedömning av föräldraansvaret görs i varje enskilt fall. Därutöver införs en ventil som innebär att barn i vissa fall ska beviljas kommunalt finansierad personlig assistans även om det endast återstår ett fåtal timmars behov av hjälp med grundläggande behov efter det att föräldraavdraget har gjorts. Förslagen förväntas leda till att barn får personlig assistans i en lägre ålder än i dag. Vidare kommer de barn som redan har personlig assistans att kunna beviljas fler timmar vid ett nytt beslut.

Genom förslaget kommer nya kostnader att uppstå för stat och kommun. Att barnen kommer in i den personliga assistansen kommer också att innebära en minskad belastning på föräldrar till barn med omfattande funktionsnedsättning, vilket kan medföra att deras arbetsutbud ökar och sjukfrånvaro minskar. När stödbehovet tillgodoses av personlig assistans minskar också behovet av andra insatser enligt LSS eller socialtjänstlagen vilket leder till minskade kostnader för kommunerna.

De förslag vi lägger i detta betänkande samverkar. Samma individer berörs av flera olika förslag och effekten av förslagen är beroende av att alla förslag genomförs. Genom de nya grundläggande behoven kommer fler personer att kvalificera sig för insatsen personlig assistans. Fler personer kvalificerar sig också för personlig assistans genom vårt förslag om ett schabloniserat föräldraavdrag. Dessa två förslag berör i viss utsträckning samma barn. De konsekvensbeskrivningar som finns i respektive kapitel kan därför inte summeras rakt av. Vidare samverkar vårt förslag avseende sjukvårdande insatser med det nya grundläggande behovet kontinuerligt stöd som föranleds av medicinsk problematik. Därutöver är det nya grundläggande behovet kontinuerligt stöd som föranleds av medicinsk problematik en viktig del av vårt förslag avseende föräldraansvaret eftersom sådana stödbehov undantas från föräldraavdrag.

12.1.1 Antaganden om att fler personer beviljas personlig assistans

Våra förslag att införa nya grundläggande behov förväntas leda till en omfördelning av personer från andra insatser enligt LSS och socialtjänstlagen, samt av vissa personer utan insatser, till personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken. Därutöver kan personer som idag får personlig assistans enligt LSS komma att få statlig assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken.

Som vi beskrev i kapitel 10 minskade det totala antalet individer med statlig och kommunal personlig assistans med 4,4 procent under perioden 2015–2019 till följd av en minskning av den statliga assistansersättningen. Befolkningstillväxten under samma period var 4,8 procent. Under antagandet att andelen som behöver personlig assistans¹ i befolkningen är konstant beräknas antalet personer med behov av personlig assistans år 2019 vara 21 427, det vill säga drygt 2 000 personer fler än som faktiskt hade personlig assistans år 2019.

Förslaget om nya grundläggande behov samverkar i hög grad med förslaget om ett schabloniserat föräldraavdrag. Samma barn som kvalificerar sig till personlig assistans genom förslaget om nya grundläggande behov kvalificerar sig samtidigt genom förslaget om ett schabloniserat föräldraavdrag. Därmed är konsekvenserna av dessa förslag inte summerbara.

Förslaget om förstärkt rätt till assistans vid behov av sjukvårdande insatser berör cirka 12,5 procent av alla assistansanvändare och omfördelar det finansiella ansvaret för den sjukvård som kan utföras inom den personliga assistansen.

12.1.2 Antaganden om att fler barn beviljas personlig assistans och att barn beviljas fler timmar

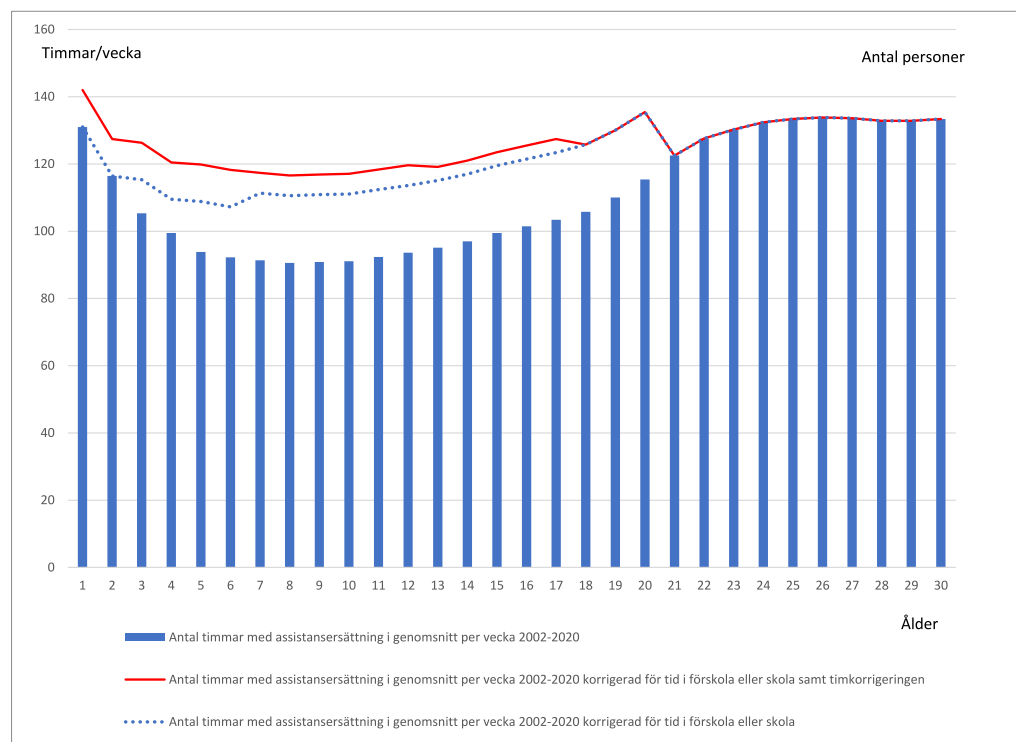
Genom våra förslag får fler barn insatsen personlig assistans vid en lägre ålder. Vi beräknade i kapitel 10 att förslaget om de nya grundläggande behoven leder till att cirka 800 fler barn i åldrarna 0–17 år får assistansersättning. Ökningen av antalet barn sker i samma proportion som minskningen skedde mellan 2015–2019, det vill säga att 44 procent av dessa 800 barn förväntas vara i åldrarna 0–6 år, 44 procent

¹ Både kommunalt och statligt.

är i åldrarna 7–11 och 12 procent i åldrarna 12–17 år. Vi beräknade i kapitel 11 att till följd av ett avsmalnat föräldraansvar övergår 400 barn i åldrarna 0–12 år till assistansersättningen² och att ytterligare cirka 460 barn skulle få kommunalt finansierad personlig assistans. Detta inkluderar även de barn som får personlig assistans enligt LSS genom att ventilen tillämpas.

När föräldraansvaret schabloniseras till ett föräldraavdrag ökar också möjligheten att beviljas ett större antal timmar. År 2020 hade sammanlagt 2 166 barn 0–17 år assistansersättning. I kapitel 11 beräknas barn 0–6 år få 11 timmar extra per vecka, barn 7–11 år 6 timmar extra per vecka och barn 12–17 år 4 timmar extra per vecka. Dessa beräkningar är baserade på statistik från Försäkringskassan och visas i figur 12.1 nedan. Vi har inte tillräckligt underlag om kommunernas sätt att beräkna föräldraansvaret och den åldersindelade statistik vi fått från Socialstyrelsen är inte användbar för detta ändamål. Med anledning av detta gör vi antagandet att samma korrigering av antalet extra antal timmar för barn kommer att ske i de fall kommunen beslutar om insatsen som i de fall Försäkringskassan beslutar.

Figur 12.1 Effekten av timkorrigeringarna för barnen mellan 0–17 år i assistansersättningen



² Dessa 400 barn är en delmängd av de ovannämnda 800 barnen.

I figur 12.1 kan ses att den modell vi föreslår, om den tillämpas på avsett sätt, skulle komma att utjämna skillnaderna i antal timmar över åldrarna.

De blå staplarna visar genomsnittligt antal timmar med assistansersättning som faktiskt beviljas i åldrarna 1–30 år. Det går att se att barn får ett mindre antal timmar än vuxna. Detta beror inte enbart på att det görs ett avdrag för föräldraansvar, utan en anledning till skillnaden är också att barn går i förskola och skola. Den blå prickade linjen visar det antal timmar som barn skulle få om man också lägger till timmar i förskola och skola till det faktiska antalet timmar som barnen beviljas. I figuren syns att även med denna justering får barn inte lika många timmar som vuxna. Den röda linjen visar det antal timmar som barn skulle få om man lägger till timmar i förskola och skola till det faktiska antalet assistansersättningstimmar som barnen får samt adderar det antal timmar som vi bedömer att vårt förslag kommer att innebära.

12.2 Konsekvenser för individen

Våra förslag syftar till stärkt assistans både i bemärkelsen att fler får tillgång till insatsen och att stöd som ges med sjukvårdande insatser präglas av större delaktighet och trygghet. Vi kommer med förslag som stärker assistansen för barn och för personer med stödbehov som i dag faller utanför insatsen trots att assistans vore en ändamålsenlig insats. Våra förslag ökar också möjligheten för god vård på lika villkor för personer med omfattande funktionsnedsättningar. Nedan beskrivs konsekvenserna för assistansanvändare. Sedan ges en beskrivning av konsekvenser för anhöriga och för jämställdheten mellan män och kvinnor.

12.2.1 Konsekvenser för personer med funktionsnedsättning

Fler personer med omfattande funktionsnedsättningar kommer genom våra förslag att kunna få rätt till personlig assistans.

De nya grundläggande behov som vi föreslår ökar möjligheten för personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar att på ett ändamålsenligt sätt kunna få sina behov av stöd tillgodosedda, kunna bo i eget hem och kunna delta i samhällslivet på samma villkor

som andra. Det handlar om personer som har behov av stöd all vaken tid, eller dygnet runt, för att inte riskera att komma till skada till följd av riskfyllt beteende eller medicinsk problematik. Det gäller även personer som på grund av till exempel kognitiva svårigheter inte själva förmår tillgodose sina basala behov så som personlig hygien eller måltider. Vi bedömer att detta är en förändring som ligger i linje med de internationella konventionerna och den funktionshinderpolitiska målsättningen.

När det gäller sjukvårdande insatser har vi i vår kartläggning kunnat se att det finns omfattande förbättringspotential och förändringsbehov när det gäller patientmedverkan, trygghet och säkerhet. Genom att förändra incitamenten, möjliggöra att fler alternativ finns att tillgå och skapa förutsättningar för ökad patientsäkerhet bidrar våra förslag till att personer i den aktuella målgruppen får ett mer ändamålsenligt stöd vid behov av sjukvårdande insatser. Personer som behöver hjälp med egenvård får ett tryggare stöd och personer som behöver sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen ges möjlighet att få stödet på ett sätt som i större utsträckning möjliggör att leva ett liv som andra. Vi bedömer att våra förslag även i denna del ligger i linje med den nationella funktionshinderspolitiska målsättningen samt leder till att Sverige i högre utsträckning än i dag kommer att leva upp till internationella konventioner om rättigheter för barn samt för personer med funktionsnedsättning.

De personer som omfattas av den nya möjligheten till inträde i assistansen genom att sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvården kan beaktas vid bedömningen, kan komma att få en begränsad valfrihet i fråga om tänkbara utförare av de sjukvårdande insatserna. Det är dock en naturlig följd av att de insatser som den enskilde behöver få hjälp med utgör just hälso- och sjukvård. Assistansanvändare måste vara garanterade god vård liksom övriga i samhället. Genom vårt förslag möjliggörs dock inträde i den personliga assistansen i situationer där detta inte tidigare varit möjligt, och det är alltså inte fråga om någon avgränsning i förhållande till vad som i dag gäller för personer med denna typ av stödbehov.

12.2.2 Särskilt om konsekvenser för barn med funktionsnedsättning

De konsekvenser som beskrivits ovan gäller givetvis även för barn. Förslagen om nya grundläggande behov i kombination med vårt förslag avseende föräldraavdraget kommer att leda till att barn med stora och varaktiga funktionsnedsättningar i högre utsträckning får tillgång till personlig assistans. En viktig konsekvens är också att rättssäkerheten stärks vid bedömningen av barns rätt till insatsen.

Genom förslagen ges barn som har stora stödbehov till följd av funktionsnedsättningar större förutsättningar till frigörelse från sina föräldrar. Barnen ges också möjlighet till att ha föräldrar som utövar föräldraskap i stället för föräldrar som behöver ägna all sin tid åt assistansliknande insatser. Barn med omfattande stödbehov ges således också ökade möjligheter att växa upp i föräldrahemmet.

Enligt barnkonventionen och FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning har barn med funktionsnedsättning rätt till ett fullvärdigt och anständigt liv och att få delta i samhället på lika villkor. För att utöva denna rättighet ska barnet erbjudas stöd som är anpassat till deras funktionsnedsättning. Konventionsstaterna ska respektera och tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion de rättigheter som anges barnkonvention utan åtskillnad av något slag. Inget barn ska diskrimineras och det som bedöms vara barnets bästa ska beaktas vid alla beslut som rör barnet. Sammantaget bedömer vi att våra förslag bör stärka barnets rättigheter genom möjligheten för de barn som berörs av förslagen att bo tillsammans med sina familjer och även i övrigt leva sitt liv som andra i enlighet med den övergripande målsättningen i internationella konventioner och de funktionshinderspolitiska målen. Förslagen bör även leda till att anhöriga i högre utsträckning får avlastning vilket i förlängningen även bör gynna barnet, se avsnitt 12.2.3.

12.2.3 Konsekvenser för anhöriga

Förslagen bedöms gynna föräldrar och anhöriga som kan få den avlastning de behöver för att kunna förena familjeliv med arbete på samma sätt som andra. Förslagen bedöms också gynna de andra barn som finns i familjen.

Genom att införa *kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv eller hälsa* som ett grundläggande behov och komplettera med att undanta detta stödbehov från föräldraavdrag, uppnås en förändring som vi bedömer kommer att ha särskilt stor betydelse för föräldrar och syskon till barn med funktionsnedsättningar. I praktiken innebär förändringen att barn med omfattande stödbehov kommer att få tillgång till personlig assistans och att föräldrar inte regelmässigt exempelvis ska behöva vara vakna under natten för att hantera krampanfall eller andra allvarliga medicinska tillstånd. Eftersom det stödbehov som ska undantas från föräldraavdrag per definition tar en stor del av dygnet i anspråk kan det antas ha stor inverkan på föräldrarnas möjligheter att sova, sköta sitt arbete, hantera vardagssysslorna och ta hand om övriga barn i familjen.

I våra samtal framkommer att många anhöriga hjälper assistansanvändare med saker som genom våra förslag skulle kunna omfattas av den personliga assistansen. I vår enkät fick var tionde assistansanvändare hjälp av sina anhöriga. Genom våra förslag kommer således fler anhöriga, ofta kvinnor, omvandla obetalt arbete till betalt arbete.

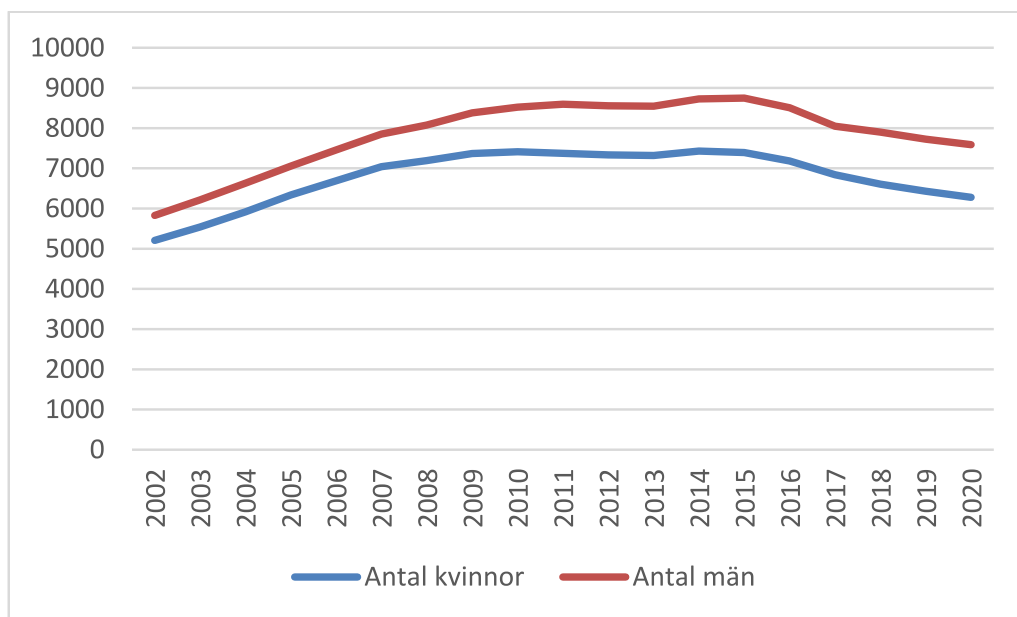
Enlig en rapport från Försäkringskassan är var femte assistent en nära anhörig och en genomsnittlig assistansmottagare har en tredjedel av sin assistans från anhöriga³. Samma rapport visar att hushållens ekonomi förbättras när ett barn i hushållet beviljas assistansersättning, dels genom att anhöriga arbetar som assistenter dels genom att anhöriga kan öka sitt arbetsutbud.

Effekten av våra förslag blir dessutom att sjukfrånvaron minskar för anhöriga då adekvat stöd fås i familjen vilket medför att statens utgifter för sjukpenning (i någon mån) minskar.

12.2.4 Konsekvenser för jämställdheten

Enligt Försäkringskassans statistik var under året 2020 mer än hälften, 55 procent, av mottagarna av assistansersättning män (se figur 12.2). Även bland individer med insatser enligt LSS är andelen män högre. Det är 59 procent av mottagarna som är män och dessutom får män och pojkar 59 procent av insatserna enligt LSS.

³ Försäkringskassan (2018). Socialförsäkringsrapport 2018:5 *Anhöriga till personer med statlig assistansersättning. En beskrivning av anhöriga som personliga assistenter, mottagare av personlig assistans och assistansersättningen.*

Figur 12.2 Antal kvinnor och män i den statliga assistansersättningen

Källa: Försäkringskassan.

Förslaget om förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser förväntas inte ha effekter på jämställdheten.

Förslaget om nya grundläggande behov förväntas förbättra jämställdheten. Vi förväntar oss att det är fler män och pojkar som blir berörda när 2 000 individer i stället för att få andra insatser enligt socialtjänstlagen och LSS kan kvalificera sig in i assistansen. Detta påverkar inte jämställdheten i sig. Dock förbättras jämställdheten då assistansanvändarna får ett mer omfattande stöd. Socialstyrelsen har i sin kartläggning om könsskillnader inom LSS och socialtjänstlagen⁴ visat att kvinnor har ett större ansvar för omsorgsarbetet än män oavsett om det avser partnern eller barnen. Detta går ut över både deras hälsa och deras möjligheter på arbetsmarknaden. I det avseendet ger ökat stöd positiva effekter för kvinnornas hälsa och livskvalitet. Därutöver ökar assistansanvändares möjlighet att leva sitt liv som andra vilket minskar skillnaderna i livsmöjligheter mellan de med och utan funktionsnedsättningar.

Även förslaget om avsmalnat föräldraansvar har positiva effekter för jämställdheten. Enligt en rapport från Inspektionen för socialförsäkringen tar kvinnor ett större ansvar för omsorgen om barn

⁴ Socialstyrelsen (2011). *Insatser till kvinnor och män med funktionsnedsättning Kartläggning och analys av könsskillnader inom LSS och SoL.*

med funktionshinder och deras arbetskraftsutbud minskar när de får ett barn med särskilda behov.⁵ Våra förslag ger mer stöd till familjer med barn som har funktionsnedsättning och förväntas därför leda till att jämställdheten mellan män och kvinnor ökar. Dessutom minskar skillnaderna i förutsättningar mellan föräldrar till barn med och utan funktionsnedsättning.

Våra förslag innebär också att fler assistenter behövs. Även då påverkas kvinnor i större utsträckning än män. Detta då det är fler kvinnor än män som arbetar som personliga assistenter. Detta gäller både när assistenten är en anhörig och när assistenten är en utomstående.⁶

12.3 Offentligfinansiella konsekvenser

Våra förslag innebär att fler personer kommer att beviljas personlig assistans. Det innebär också att det genomsnittliga antalet assistanstimmar för barn kommer att öka. Vi bedömer inte att det genomsnittliga antalet assistanstimmar för vuxna kommer att öka då de personer som kommer in i insatsen genom våra förslag kommer att ha både större och mindre omfattande behov än de som redan befinner sig i insatsen. Vi antar därför att det genomsnittliga antalet assistanstimmar är oförändrat. I nedanstående beräkningar redovisas de sammanlagda konsekvenserna av att genomföra alla våra förslag. När förslagen genomförs kommer kostnader att omfördelas mellan stat, kommuner och regioner. Den sammanlagda effekten under hela infasningen av det nya regelverket, uppskattningsvis mellan 3–5 år, blir att staten får ökade kostnader om cirka 3,6 miljarder kronor, att kommunernas kostnader minskar med cirka 1,0 miljarder kronor och att regionernas kostnader ökar med cirka 156 miljoner kronor. Den offentliga sektorn ökar således sina kostnader med cirka 2,7 miljarder kronor när förslagen är fullt genomförda. Nedan beskrivs beräkningarna i mer detalj.

⁵ Inspektionen för socialförsäkringen (2013). *Rapport 2013:18 Vårdbidrag och framtida inkomster. De långsiktiga ekonomiska konsekvenserna av att få barn med särskilda behov.*

⁶ Försäkringskassan (2018). *Socialförsäkringsrapport 2018:5 Anhöriga till personer med statlig assistansersättning. En beskrivning av anhöriga som personliga assistenter, mottagare av personlig assistans och assistansersättningen.*

12.3.1 Statens utgifter ökar

I kapitel 9 beskrivs hur förslaget förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser innebär att regionerna i högre utsträckning än i dag finansierar den sjukvård som assistansanvändare behöver. Detta innebär en minskning av kostnaden för staten med cirka 130 miljoner⁷ kronor.

Som vi beskrev i kapitel 10 beräknas cirka 2 000 nya individer komma in i den statliga assistansersättningen när förslaget är implementerat, vilket innebär en ökning av statens utgifter med drygt 3,4 miljarder kronor under infasningen. De 400 barn som kommer in genom det schabloniserade föräldraavdraget (enligt beräkningar i kapitel 11) ingår i dessa 2 000 nya individer, men förslaget om föräldraavdraget leder därutöver till ökade utgifter för staten med cirka 200 miljoner kronor genom att barn får fler timmar assistansersättning vid nya beslut.

I tabell 12.1 nedan redovisas statens ökade utgifter till följd av utredningens förslag. Genom förslagen ökar statens utgifter med 3,6 miljarder kronor. Med ett antagande om 3 års implementering innebär det ökade utgifter för staten motsvarande knappt 1,2 miljarder kronor årligen de första 3 åren efter implementeringen.

Tabell 12.1 Statens ökade utgifter under infasningen till följd av utredningens förslag

	Antal berörda*	Utgiftsförändring för staten i miljoner kronor
Effekten av nya grundläggande behov	2 000	3 420
Effekten av ett schabloniserat föräldraavdrag, överföring av 400 barn till ASE	400	ingår i beloppet ovan
Effekten av föräldraavdragsförslaget, korrigering av timmar för barnbeståndet	2 166	183
Effekten av förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser**	1 983	-130
Myndigheternas ökade utgifter		86
Sammanlagda effekten		3 559

Källa: Egna beräkningar byggda på KOLADA, SCB.

Anm: * Ej summerbart.

**Förslaget berör alla med egenvård men kostnaderna berör bara 12,5 procent av brukarna.

⁷ Med hänsyn taget till ökningen av antalet personer med assistansersättning.

De barn som med vårt förslag får personlig assistans har troligtvis inte alla stått helt utan stöd innan reformen. Om föräldrarna till de barn som kommer att beviljas personlig assistans (860 barn⁸) tidigare fått vårdbidrag eller omvårdnadsbidrag och dessa insatser upphör i och med att personlig assistans beviljas leder det till en besparing för staten. Under antagandet att föräldrarna till dessa 860 barn tidigare fått helt vårdbidrag, motsvarande 2,5 gånger prisbasbeloppet per år⁹, minskar statens utgifter med cirka 100 miljoner kronor. Detta är dock en väldigt osäker beräkning och därför kan de 100 miljonerna ses som ett högsta belopp för besparing.

Myndigheternas kostnader ökar

Enligt uppgifter från Försäkringskassan kostar ett beslut som leder till beviljande i genomsnitt 10 000 kronor mer än ett som leder till ett avslag. Då vi antar att våra förslag innebär att cirka 670 personer fler årligen beviljas assistansersättning leder detta till att Försäkringskassans handläggningskostnader (inklusive overhead och stöd med mera) beräknas öka under infasningsperioden med 6,7 miljoner kronor per år.

Försäkringskassan anger dessutom att det behövs IT-utveckling till en engångskostnad av 2 miljoner kronor.

Förvaltningskostnaden för Försäkringskassan avseende assistansersättningen¹⁰ angavs ligga på 444 miljoner kronor år 2020. Våra förslag leder till en successiv volymökning (cirka 670 nya personer med assistansersättning årligen under en 3-årsperiod) och förväntas resultera i 2 000 personer med assistansersättning ytterligare. Detta motsvarar en volymökning om 14,4 procent. Om vi antar att förvaltningskostnaden är konstant leder denna volymökning till en ökning av myndighetens kostnader med 64 miljoner kronor när infasningen är klar. Försäkringskassans kostnader ökar således med totalt 86 miljoner kronor (se tabell 12.1).

⁸ 460 barn som flyttas till kommunal personlig assistans och 40 procent av 1 000 personer, dvs 400 barn som får assistansersättning i stället för andra eller inga insatser.

⁹ Prisbasbeloppet är för närvarande 47 600 kronor per år.

¹⁰ Enligt Försäkringskassans årsredovisning för 2020, tabell 122 s. 115.

12.3.2 Kommunernas utgifter minskar

Den sammanlagda effekten av utredningens förslag för kommunerna beräknas bli en utgiftsminskning på knappt 1,0 miljarder kronor. I tabell 12.2 nedan redovisas för kommunernas minskade utgifter till följd av alla förslag under infasningsperioden.

Tabell 12.2 Kommunernas minskade utgifter under infasningen till följd av utredningens förslag

	Antal berörda*	Utgiftsförändring för kommunen i miljoner kronor
Effekten av nya grundläggande behov	1 900	-1 179
Effekten av ett schabloniserat föräldraavdrag - minskning av antal personer i kommunal PA	400	ingår i beloppet ovan
Nettoeffekten av ett schabloniserat föräldraavdrag - ökning av antal personer i kommunal PA och minskning i andra insatser	460	70
Effekten av ett schabloniserat föräldraavdrag - timkorrigerering av beståndet	1 327	129
Effekten av förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser	585	-38
Sammanlagda effekten		-1 018

Källa: Egna beräkningar byggda på KOLADA, SCB.

Anm: * Ej summerbart.

Av de 2 000 personer som går till den statliga assistansersättningen till följd av förslag om nya grundläggande behov kommer merparten¹¹ från andra kommunala insatser enligt LSS och socialtjänstlagen. Detta leder till att kommunerna får minskade utgifter motsvarande cirka 1,0 miljarder kronor. Kommunernas minskade kostnader i denna beräkning är troligtvis överskattade eftersom kostnaderna för tillfälliga utökningar och merkostnader för statligt beslutad assistans är desamma oavsett huvudman. Nettoeffekten av att 460 barn flyttas från andra insatser till kommunal assistans uppskattas medföra en ökad kostnad för kommunerna med cirka 70 miljoner kronor. Under antagandet att kommunernas timkorrigerering till följd av det schabloniserade föräldraavdraget motsvarar statens tillkommer utgifter om cirka 100 miljoner kronor. Därutöver antar vi att cirka 12,5 procent av personerna i kommunal personlig assistans har behov

¹¹ 1 900 personer.

av sjukvård för vilken kostnaden kommer att överföras till regionerna. Detta motsvarar en besparing för kommunerna om 38 miljoner kronor.

Som vi tidigare antagit kommer implementeringen att ske successivt. Därmed kommer även besparingen att ske under en längre period, uppskattningsvis mellan 3–5 år.

12.3.3 Regionernas utgifter ökar

I huvudsak innebär förslaget om förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser att regionerna kommer att återta finansieringsansvaret för den hälso- och sjukvård assistansanvändare behöver. Effekterna av förslagen på regionerna redovisas i tabell 12.3 nedan.

Tabell 12.3 Regionernas ökade utgifter till följd av utredningens förslag

	Antal berörda	Utgiftsförändring givet 4 timmar/vecka och 315 kronor i schablonersättning
Överföring från staten	1 983	130
Överföring från kommunerna	585	38
Regionernas ökade utgifter	2 384	168

Källa: Egna beräkningar byggda på KOLADA, SCB.

I enlighet med resonemang i kapitel 9 antar vi att 12,5 procent av de assistansberättigade kommer att få sjukvårdande insatser med regionen som huvudman. Dessa individer antas få 4 timmar sjukvårdande insatser per vecka i genomsnitt. I syfte att kunna beräkna kostnaderna för dessa timmar gör vi antagandet att de avtal som regionerna och assistansanordnarna kommer att sluta kommer att följa den schablon som är satt för assistansersättningen, som år 2021 ligger på 315 kronor per timme. Detta är ett rimligt antagande då åtminstone en av de regioner som redan i dag sluter denna typ av avtal använder sig av schablonen.

12.3.4 Den sammanlagda offentligfinansiella effekten

Utredningens förslag antas leda till att antalet personer i statlig assistansersättning ökar med 2 000 personer vilket innebär en utgiftsökning för staten. Antalet personer i kommunal personlig assistans minskar med 540¹² personer, samt personer i andra insatser enligt socialtjänstlagen och LSS minskar med 900 personer vilket leder till minskade utgifter till kommunerna. Förslagen i kapitel 9 innebär minskade utgifter för stat och kommuner men ökade utgifter för regionerna efter implementeringen. I tabell 12.4 nedan redovisas den offentligfinansiella effekten av förslagen.

Tabell 12.4 Offentligfinansiella effekten av förslagen under infasningsperioden, i miljoner kronor

	Staten	Kommunerna	Regionerna	Offentliga sektorn
Effekten av nya grundläggande behov	3 506	-1 179	0	2 327
Effekten av ett schabloniserat föräldraavdrag	183	199	0	382
Effekten av förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser	-130	-38	168	0
Sammanlagda effekten	3 559	-1 018	168	2 709

Källa: Egna beräkningar byggda på KOLADA, SCB.

Offentligfinansiella effekter avseende barn och ungdomar

I detta avsnitt särredovisas den del av kostnaderna som hör till barn. Dessa kostnader är en delmängd av ovanstående sammanlagda kostnader.

Effekten av de nya grundläggande behoven tillsammans med förslaget om ett schabloniserat föräldraavdrag innebär att cirka 800 barn beräknas att få assistansersättning. Barn står således för 40 procent av de totalt 2 000 nya personer som beräknas få assistansersättning. Därutöver beräknas det schabloniserade föräldraavdraget innebära att uppskattningsvis 460 barn i åldrarna 0–12 år som i dag får andra insatser från kommunen, kommer in i den kommunala personliga assistansen.

¹² Minskning med 1 000 men ökning med 460 barn=netto 540.

Förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser har också effekter för barn men hur många barn som berörs är svårt att beräkna.

Därmed kan vi säga att 1 260 barn och ungdomar, merparten i åldrarna 0–12 år, berörs av förslagen. Barn beräknas således stå för 48 procent av den sammanlagda offentligfinansiella effekten, se tabell 12.5 nedan.

Tabell 12.5 Offentligfinansiella effekten av förslagen avseende barn 0–17 år, i miljoner kronor

	Staten	Kommunerna	Regionerna	Offentliga sektorn
Effekten av tillsynsförslaget	1 402	-472	0	931
Effekten av föräldraavdragsförslaget	183	199	0	382
Effekten av förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser	*	*	*	0
Sammanlagda effekten	1 585	-273	*	1 313

Källa: Egna beräkningar byggda på KOLADA, SCB.

Anm: *Har inte kunnat beräknas.

12.3.5 Förslag till finansiering

Förslagen innebär att statens utgifter för assistansersättning ökar med knappt 3,6 miljarder kronor. Med en implementering på 3 år motsvarar det knappt 1,2 miljarder kronor årligen, motsvarande 5 procent av statens budget för anslaget år 2020. Kommunernas utgifter kommer att minska med knappt 1 miljard kronor som en följd av förslagen. Detta motsvarar cirka 339 miljoner kronor årligen vid en implementering på 3 år.

I enlighet med finansieringsprincipen kan statens utgifter delvis finansieras genom att en minskning görs av anslag 1.1 *Kommunal-ekonomisk utjämning, utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner* motsvarande utgiftsminskningen för kommunerna. Resterande utgiftsökningen föreslås finansieras genom utökade anslag för assistansersättningen.

Ur en offentligfinansiell synpunkt är våra förslag inte kostnadsneutrala eftersom utgiftsökningen för staten är högre än besparingen för kommunerna. Kostnadsökningen kan dock motiveras av att assistansanvändare, såväl vuxna som barn, får bättre vård och adekvat stöd samt att anhöriga får bättre stöd och mer avlastning – något

som bidrar till att Sverige i högre utsträckning lever upp till såväl den nationella funktionshinderspolitiska målsättningen som de åtaganden som staten har enligt internationella konventioner.

Efter implementeringen tillkommer inte längre några kostnadsökningar vare sig för kommunerna eller för staten.

12.4 Övriga samhällsekonomiska konsekvenser

12.4.1 Konsekvenser för sysselsättningen

Genom att obetalt arbete omvandlas till betalt arbete och personer får utökat stöd via personlig assistans bedömer vi att sysselsättningen kommer att påverkas i positiv riktning.

Vi bedömer att våra förslag kommer att påverka efterfrågan av personliga assistenter och därmed antalet jobb som personlig assistent. De 2 000 nya personer som kommer in i den statliga assistanssättningen genom förslaget om nya grundläggande behov kan generera drygt 6 200 nya heltidsarbeten. Samtidigt minskar antal personer i den kommunala assistansen med 540¹³ personer vilket leder till en minskning med cirka 1 100 heltidsarbeten. Sammantaget förväntas en nettoökning av efterfrågan på personliga assistenter med 5 100 personer.

En del av dessa nya tjänster kommer att kunna fyllas med de personer som tidigare arbetat med samma individer men då i andra insatser så som avlösarservice, korttidsvistelse, hemtjänst och boendestöd. Det exakta antalet nya personliga assistenter som kommer att krävas är svårt att uppskatta. Det är dock helt säkert att en stärkt rätt till assistans ger en ökad efterfrågan på personliga assistenter.

12.4.2 Konsekvenser för assistansanordnare och personliga assistenter

Assistansanordnare påverkas på så sätt att efterfrågan på personlig assistans ökar. Förslagen innebär också att den som ansöker om tillstånd att bedriva enskild verksamhet som avses i 9 § 2–10 LSS och som har för avsikt att erbjuda hjälp med egenvård, i samband med

¹³ = (1000–460) dvs. minskning med 1 000 genom förslaget om nya grundläggande behov och ökning med 460 genom förslaget om schabloniserat föräldraavdrag.

ansökan om tillstånd ska redovisa de rutiner som verksamheten har i fråga om egenvård. De som redan bedriver sådan verksamhet kommer att behöva ta fram rutiner i fall de har för avsikt att erbjuda hjälp med egenvård. Detta syftar till att öka tryggheten och säkerheten för den enskilde. Det kan också få följden av minskade risker för att oseriösa aktörer erhåller och behåller tillstånd.

Assistansanordnare påverkas också då de ges möjlighet att, enligt avtal med sjukvårdshuvudmannen, utföra sjukvårdsåtgärder. Vi antar att förslaget i denna del mestadels berör de verksamheter som kan möta kravet att bli vårdgivare (och som kanske redan i dag är vårdgivare i andra delar av sin verksamhet). För assistansanordnare kan våra förslag i någon utsträckning innebära ökade kostnader för administration och försäkring samt ökade krav på utbildning för de anställda i vissa fall. Eftersom assistansbolagen och regionerna är fria att avtala om villkoren för att bolagen ska utföra sjukvård inom den personliga assistansen är det dock inte säkert att denna kostnad tas av bolagen själva. Syftet är att öka patientsäkerheten för den enskilde.

Den som i dag får personlig assistans utförd av en eller flera personliga assistenter, får tjänsten utförd av assistenter som är anställda direkt av den assistansberättigade, av ett privat bolag eller av kommunen. Våra förslag har viss påverkan på sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet och på små företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga. Med våra förslag ökar dock tryggheten för den enskilde väsentligt.

När det gäller de personliga assistenterna anfördes i betänkandet *Översyn av yrket personlig assistent* att:

Vi kan konstatera att det är svårt att avgöra vilket ansvar assistenter och deras arbetsgivare har för de olika arbetsuppgifter som kan omfattas av egenvård och vård på delegation. Enligt vår bedömning innebär otydligheter om ansvar och befogenheter risker, både ur ett patientsäkerhetsperspektiv och ur ett arbetsmiljöperspektiv.¹⁴

Genom våra förslag ökar tydligheten både när det gäller egenvårdsåtgärder och sjukvårdande insatser som tidigare delegerats. Detta torde påverka arbetsmiljön för de personliga assistenterna i positiv riktning.

¹⁴ SOU 2020:1 *Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor*, s. 227.

12.4.3 Dynamiska effekter

Förslaget om förstärkt rätt till personlig assistans vid behov av sjukvårdande insatser kan ha positiva dynamiska effekter på sikt. I och med utvecklingen mot mer sjukvård i hemmet och med den medicintekniska utvecklingen kommer mer sjukvård kunna utföras inom ramen för den personliga assistansen. Detta kommer att kunna medföra vinster för de enskilda assistansanvändarna vars frihet kommer att kunna öka.

Vi bedömer inte att personkretstillhörigheten kommer att påverkas med anledning av våra förslag. Vi stärker rätten till personlig assistans för de individer som tillhör personkretsen men förslagen innebär inte någon förändring av personkretsen. Att det endast är individer som tillhör personkretsen som beviljas personlig assistans är fortsatt de beslutande myndigheternas ansvar.

De effekter utredningen vill åstadkomma med förslaget om nya grundläggande behov är att fler personer som tillhör LSS personkrets kommer att ha rätt till personlig assistans enligt LSS och assistansersättning enligt SFB. Risken för dynamiska effekter, det vill säga att fler eller färre personer än den grupp som förslagen åsyftar ska få rätt till personlig assistans över tid försöker vi undvika genom att formulera lagstiftningen på ett balanserat sätt. Vi vill att den ska vara tillräckligt specifik för att identifiera rätt personer men inte så pass specifik att bedömningsutrymmet i det enskilda fallet blir så litet att personer som borde omfattas av förslaget inte gör det.

12.5 Konsekvenser för möjligheterna att uppnå det funktionshinderspolitiska målet

I november 2017 antogs ett nytt nationellt mål för funktionshinderpolitiken. Det är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhället för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas. Våra förslag bidrar till att dessa mål uppnås, se mer i avsnitt 12.2.

12.6 Konsekvenser för möjligheterna att uppnå de integrationspolitiska målen

De integrationspolitiska målen säger bland annat att alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund ska ha lika rättigheter och möjligheter.

Att få ett arbete som personlig assistent kan vara en bra väg in på arbetsmarknaden. Vi bedömer därför att våra förslag med syfte att ge personer med funktionsnedsättning den vård och omsorg samt stöd och service de behöver leder till att fler personer som är födda utanför Sverige kan få jobba som personliga assistenter vilket kan bidra till att nå de integrationspolitiska målen.

12.7 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

I våra direktiv finns inget explicit uppdrag att beivra fusk inom den personliga assistansen. Förslagen avseende sjukvårdande insatser kan dock ändå innebära vissa ökade möjligheter till kontroll.

Assistansanordnare som enligt avtal tillhandahåller sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen kommer sannolikt framöver att i högre utsträckning anmäla sig som vårdgivare hos Inspektionen för vård och omsorg, vilket ökar möjligheterna för ändamålsenlig tillsyn av sådana insatsers kvalitet. Förslagen innebär också att den som ansöker om tillstånd att bedriva enskild verksamhet som avses i 9 § 2–10 LSS och som har för avsikt att erbjuda hjälp med egenvård, i samband med ansökan om tillstånd ska redovisa de rutiner som verksamheten har i fråga om egenvård. De som redan bedriver sådan verksamhet kommer att behöva ta fram rutiner i fall de har för avsikt att erbjuda hjälp med egenvård. Detta medför att det kommer att finnas förbättrade möjligheter till uppföljning och kontroll av kvaliteten även på de insatser som ges i form av egenvård. Detta kan bidra till att förhindra oseriösa utförare på assistansmarknaden.

12.8 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget om förstärkt rätt till personlig assistans vid behov av sjukvårdande insatser påverkar den kommunala självstyrelsen i liten utsträckning. Kommunerna kommer fortsätta att vara skyldiga att an-

ordna personlig assistans till de assistansberättigade som så önskar, samt i de fall som andra anordnare inte lever upp till sitt åtagande gentemot den assistansberättigade. Detta handlar inte om ett nytt ansvar för kommunerna jämfört med i dag. Kommunerna är skyldiga att anordna personlig assistans till alla assistansberättigade som vill det och att garantera att assistans utförs när ordinarie assistansanordnare inte klarar av att utföra tjänsten. I de fall en assistansanvändare har en anordnare som har avtal med regionen om utförande av vissa sjukvårdande åtgärder och användaren är missnöjd med anordnaren finns det inget krav på kommunen att sluta avtal med regionen om utförande av de sjukvårdande uppgifterna. Kommuner kan överta vissa uppgifter från regionerna men måste inte – detta regleras redan i dag via avtal mellan kommuner och regioner.

De nya grundläggande behov som vi föreslår ska införas innebär ett ökat åtagande för kommunerna och därmed en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Förslaget innebär dock också ett minskat åtagande vad avser andra LSS-insatser och att personer med kommunal personlig assistans går över till den statligt finansierade assistansersättningen. Nettoeffekten är att kommunernas åtagande minskar.

Förslaget om ett schabloniserat föräldraavdrag påverkar självstyrelsen då kommunerna inte själva får avgöra hur avdrag för föräldransvar ska göras. Fördelarna med schabloniseringen överväger dock. Tillämpningen blir enhetlig över landet och därmed rättssäker.

Förslagets syfte är att personer med funktionsnedsättning som tillhör personkretsen för LSS och som på grund av stora och varaktiga funktionshinder ska kunna få personlig assistans för att kunna bo kvar hemma och även i övrigt kunna leva sitt liv på lika villkor som andra. De syftar också till ökad rättssäkerhet vid bedömningen av barns rätt till en lagstadgad rättighet. Förslagets syfte bedöms inte kunna uppnås på mindre ingripande sätt. Sammantaget är bedömningen att inskränkningen i den kommunala självstyrelsen är proportionerlig.

Den nettominskning av ansvar som våra förslag sammantaget innebär för kommunerna bör innebära minskade statsbidrag och på så sätt blir våra förslag kostnadsneutrala för kommunerna.

12.9 EU-rättsliga konsekvenser

Vi bedömer att de förslag som vi lämnar inte ger några unionsrättsliga konsekvenser. EU-lagstiftningen har inte på något avgörande sätt påverkat våra vägval.

12.10 Förslag om uppföljning och utvärdering av förslagen

I samband med genomförande av förändringar är det viktigt att följa effekterna av dessa. Nedan finns därför ett antal förslag till uppföljning av förslagen.

12.10.1 Förslag om uppföljning av förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser

Förslag:

- Försäkringskassan bör ges i uppgift att registrera det antal timmar hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen som grundar rätt till personlig assistans.
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bör ges i uppdrag att följa hälso- och sjukvårdens och utförarverksamheternas följsamhet till det nya regelverket om egenvård samt hur hälso- och sjukvården lever upp till kravet på att ta särskilda hänsyn när vård ska ges till personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar.
- Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att följa hur möjligheterna att sluta avtal om sjukvårdsåtgärder inom ramen för den personliga assistansen tillämpas i olika regioner.

Vad gäller förslaget om förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser anser vi att regeringen bör ge ansvariga myndigheter i uppgift att följa införandets effekter med särskild betoning på assistansberättigades hälsa, vårdkonsumtion samt fördelningen av kostnaderna. Försäkringskassan bör ges i uppgift att registrera det antal timmar

sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen som grundar rätt till personlig assistans.

Vi bedömer att förslaget om förstärkt stöd vid behov av sjukvårdande insatser har förutsättningar att leda till att personer som tillhör personkretsen i högre utsträckning ges ett ändamålsenligt stöd med sjukvårdande insatser. Vi bedömer dock att inte alla de problem som vi sett kan avhjälpas genom nya regler, bland annat eftersom vissa problem handlar om bristande regelefterlevnad. I detta har tillsynsmyndigheten en viktig roll att uppmärksamma när hälso- och sjukvården eller LSS-verksamheter inte uppfyller de kvalitetsmässiga krav som gäller. Regeringen bör därför ge IVO i uppgift att följa:

- hälso- och sjukvårdens och utförarverksamheternas följsamhet till det nya regelverket om egenvård, och
- hur hälso- och sjukvården lever upp till det nya kravet på att ta särskilda hänsyn när vård ska ges till personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar.

Det kan bli så att möjligheterna att sluta avtal om sjukvårdsåtgärder inom ramen för den personliga assistansen kommer att tillämpas olika i olika regioner. Detta behöver då inte bero på godtycke utan kan också vara hänförligt till olika regionala förutsättningar. Det är dock viktigt att regeringen ger exempelvis Socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen.

12.10.2 Förslag till uppföljning av de nya grundläggande behoven

Förslag: Försäkringskassan och Socialstyrelsen bör ges i uppgift att tillsammans följa flödena av assistansanvändare mellan stat och kommun. Antal assistansanvändare bör rapporteras årligen de första fem åren efter att nya grundläggande behov införs.

Vad gäller förslagen om nya grundläggande behov rekommenderar vi att flödena av assistansanvändare mellan stat och kommun följs longitudinellt. Syftet med förslagen är att återställa tillämpningen såsom den var innan praxisförändringarna. Om tillämpningen mot förmodan skulle glida så att syftet inte nås kan justeringar av lagstiftningen behöva göras.

12.10.3 Förslag till uppföljning av det schabloniserade föräldraavdraget

Förslag:

- Försäkringskassan bör ges i uppgift att följa hur många barn som beviljas assistansersättning och det genomsnittliga antalet timmar beviljad assistansersättning för barn i olika åldrar.
- Socialstyrelsen bör ges i uppgift att följa hur många barn som beviljas personlig assistans och det genomsnittliga antalet timmar personlig assistans för barn i olika åldrar.
- Inspektionen för socialförsäkringen bör ges i uppgift att följa effekter av det schabloniserade föräldraavdraget, exempelvis föräldrars arbetsutbud och föräldrars sjukfrånvaro.
- Myndigheten för delaktighet bör ges i uppdrag att följa effekter av det schabloniserade föräldraavdraget, exempelvis barns möjligheter till inflytande över sin personliga assistans samt möjligheter att leva sitt liv som andra barn.

Förslaget om ett schabloniserat föräldraavdrag beräknas innebära att fler barn kommer att beviljas personlig assistans eller assistansersättning och att de i genomsnitt får fler assistanstimmar. Det är dock mycket viktigt att följa effekterna av reformen så att vissa åldersgrupper inte får en otillräcklig assistans med anledning av de schabloner som införs. Det är också viktigt att följa upp reformen så att det inte finns vissa grupper som med det schabloniserade föräldraavdraget får ett sämre stöd än vad de annars skulle ha fått.

Vi föreslår därför att regeringen ger Försäkringskassan och Socialstyrelsen i uppgift att följa hur många barn som beviljas insatsen och hur många timmar de får.

Vi föreslår också att regeringen ger Inspektionen för socialförsäkringen i uppgift att följa effekten av det schabloniserade föräldraavdraget. Effekter som bör följas upp är exempelvis föräldrars arbetsutbud och sjukfrånvaro.

Därutöver anser vi att Myndigheten för delaktighet bör ges i uppgift att följa effekterna av reformen ur ett barnperspektiv.

12.11 Stöd till införande av ny lagstiftning om egenvård.

Förslag: Regeringen bör ge ekonomiskt stöd till kommuner och regioner i samband med införande av ny lagstiftning om egenvård.

En ny lagstiftning kring egenvård berör många verksamheter och medarbetare från olika professioner i kommuner och regioner samt Försäkringskassan. För att lagen ska få god och avsedd effekt behövs stöd för införandet. Det handlar om utbildningsinsatser till personal, men också om stöd för att skapa effektiva rutiner och bygga en god samverkan mellan berörda parter. I vår utredning har vi fått beskrivet att goda erfarenheter finns av införandestöd till lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, där kommuner och regioner erhöll gemensamt ekonomiskt stöd och SKR bidrog med stöd till erfarenhetsutbyte för att säkra en jämlik vård och omsorg i hela landet.

13 Författningskommentar

13.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

9 a §

Paragrafen, som behandlas i avsnitt 10.4, reglerar begreppet personlig assistans och rätten till personlig assistans.

I *första stycket* regleras personlig assistans för grundläggande behov. Med sådana behov avses enligt hittillsvarande lydelse behov av hjälp med andning, personlig hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade. Första stycket ändras på så sätt att formuleringen ”annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade” tas bort. Två nya grundläggande behov införs. De grundläggande behoven numreras 1–7.

I *första stycket punkten 6* införs ett nytt grundläggande behov, ”kontinuerligt stöd som den enskilde till följd av sitt funktionshinder behöver för att förebygga att han eller hon fysiskt skadar sig själv, någon annan eller egendom”. Det grundläggande behovet, som behandlas i avsnitt 10.4.1, tar sikte på situationer då den enskilde till följd av sin funktionsnedsättning behöver stöd för att förebygga att det uppkommer ett beteende som innebär risk för att hen fysiskt skadar sig själv, någon annan eller egendom. Även insatser för att minska riskerna för skada när ett visst beteende väl har uppkommit kan anses som sådant förebyggande stöd som omfattas av det grundläggande behovet. Det grundläggande behovet är tillämpligt i situationer då den enskilde behöver kontinuerligt stöd. Med detta avses att närvaron av en annan person som kan ge stödet ska behövas löpande under en stor del av personens vakna tid.

Det ska vara fråga om stöd som behövs för att förebygga beteenden som på ett direkt och uppenbart sätt riskerar att leda till fysisk skada för den enskilde själv, för andra eller på egendom. Det saknar betydelse om beteendet är att beskriva som utagerande, självskadande eller något annat. Behovet omfattar inte situationer då den enskilde försätter sig i situationer som på ett mer indirekt sätt innebär en risk för skada, till exempel genom kontakter på internet eller liknande.

Om den skada som riskerar att uppkomma är obetydlig bör stödbehovet inte beaktas som grundläggande behov. Skada i form av förstörda egna förbrukningsvaror till följd av exempelvis ett tvångsmässigt beteende torde i normalfallet inte vara sådant att det grundläggande behovet ska tillämpas. Även skador som var och en för sig framstår som obetydliga kan dock få stora sammantagna konsekvenser för den enskilde eller för personer i hans närhet och de sammantagna konsekvenserna av ett uteblivet stöd ska därför beaktas vid bedömningen. Här kan det vara aktuellt att göra skillnad mellan skador på person och skador på egendom. Utrymmet för att bedöma en personskada som obetydlig bör vara avsevärt mindre än när det är fråga om skador på egendom.

Stödet ska vara förebyggande. Det innebär att det vid bedömningen av behovet inte bör ställas krav på att exempelvis faktiska episoder med ett visst beteende ska inträffa, eller att skador uppstår, med en viss frekvens. Det är således tillräckligt att det framgår att det utifrån de individuella svårigheter som den enskildes funktionsnedsättning innebär finns en påtaglig risk för att ett visst beteende ska uppkomma och att det skulle kunna leda till sådan skada som omfattas av bestämmelsen. Även om det sannolikt många gånger är så att den som ger stödet behöver ha en viss grad av kännedom om den enskilde för att kunna ge stödet på ett ändamålsenligt sätt, är detta dock inte ett krav för att det grundläggande behovet ska vara tillämpligt.

Personen som ger stödet ska inte ständigt behöva vara i personens omedelbara fysiska närhet. För att det ska vara fråga om sådant stöd som omfattas av detta grundläggande behov bör det dock vara nödvändigt att den som ger stödet är tillräckligt nära för att löpande kunna bedöma vilket slags stöd som behöver ges, till exempel genom att vara på plats i den enskildes bostad.

I *första stycket punkten 7* införs ytterligare ett nytt grundläggande behov, ”kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv eller hälsa”. Detta behandlas i avsnitt 10.4.2. Att stödbehovet ska vara kontinuerligt innebär att det ska behövas löpande under hela eller en stor del av dygnet. Stödbehovet kan avse såväl praktiska åtgärder som sådan uppsikt som behövs för att uppmärksamma och ta ställning till när eller vilka praktiska åtgärder som behöver vidtas. Att praktiska stödinsatser behöver ges mycket frekvent eller att det när som helst kan uppstå situationer när praktiska insatser behövs talar för att det är fråga om ett behov av kontinuerligt stöd. Det kan till exempel röra sig om att de praktiska åtgärder som behöver utföras är av teknisk eller på annat sätt avancerad karaktär, eller att åtgärderna av annan anledning inte kan utföras av den enskilde själv. Det kan också vara fråga om situationer där det finns en överhängande risk för att ett visst medicinskt tillstånd kan inträffa och den enskilde till följd av sin funktionsnedsättning inte själv har möjlighet att hantera situationen eller påkalla hjälp.

Uteblivet stöd ska innebära en allvarlig risk för den enskildes liv eller hälsa. Risken ska vara påtaglig. Hjälpens ska behövas på grund av den enskildes stora och varaktiga funktionsnedsättningar, men det krävs också att den ifrågavarande medicinska problematiken är varaktig eller långvarig. Detta innebär att så väl kronisk medicinsk problematik som medicinsk problematik som är övergående men långvarig kan beaktas. Det grundläggande behovet omfattar inte behov av stöd som föranleds av medicinsk problematik som är av helt tillfällig karaktär.

Det finns inte någon uppräkningslista över de olika typer av medicinsk problematik som skulle kunna medföra sådana stödbehov som omfattas av det nya grundläggande behovet. Detta måste avgöras i det enskilda fallet utifrån stödbehovets omfattning och de risker som uteblivet stöd innebär. Exempel på medicinsk problematik som under vissa förhållanden skulle kunna föranleda sådana stödbehov som omfattas av bestämmelsen kan dock vara grav epilepsi eller vissa allvarliga ämnesomsättningssjukdomar.

I *andra stycket* regleras att behov av kvalificerat motiverande eller vägledande stöd som är en förutsättning för att den enskilde ska klara de grundläggande behoven, ska beaktas som en del i det grund-

läggande behov som det avser att tillgodose. Detta behandlas i avsnitt 10.4.3.

Ett behov av motiverande eller vägledande stöd kan vara kvalificerat på olika sätt. Om det motiverande eller vägledande stöd som den enskilde behöver förutsätter en omedelbar fysisk närhet i samband med integritetsnära situationer och innehåller sådana moment som i det närmaste är att betrakta som praktiska, kan detta vara att anse som kvalificerat. Även annat slags motiverande eller vägledande stöd kan vara kvalificerat i den mening som avses i bestämmelsen, till exempel om det är fråga om behov av individanpassad motivering eller vägledning och den enskilde har stora begränsningar i kommunikationsförmåga eller det av andra skäl som har samband med den enskildes funktionsnedsättningar krävs att den som ger stödet har god kännedom om den enskilde och om hur stödet bör ges.

Stödet ska vara en förutsättning för att den enskilde ska klara de grundläggande behoven. Bestämmelsen syftar på personer som trots att de har de fysiska förutsättningar som krävs ändå på grund av sin funktionsnedsättning är ur stånd att på egen hand klara av sina grundläggande behov. Stödet ska betraktas som en del i det grundläggande behov som det avser att tillgodose.

I *tredje stycket* regleras att hjälp med andning, måltider i form av sondmatning och det nya grundläggande behovet ”kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv och hälsa” ska anses som personlig assistans för grundläggande behov oavsett hjälpens karaktär. Avseende andning och måltider i form av sondmatning har detta tidigare reglerats i bestämmelsens andra stycke (se prop. 2019/20: 92 s. 18 ff. och 46). Ändringen innebär att även hjälp med det nya grundläggande behovet ”kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv och hälsa” ska anses som personlig assistans för grundläggande behov oavsett hjälpens karaktär. Bestämmelsen innebär att det vid bedömningen av rätten till personlig assistans för dessa behov saknar betydelse i vilken utsträckning hjälpen är av privat eller integritetskänslig karaktär (jfr prop. 1992/93:159 s. 64 och 174 f., RÅ 2009 ref. 57, HFD 2018 ref. 21 och HFD 2019 ref. 56). Samtliga hjälpmoment ska alltså vara assistansgrundande när det gäller dessa behov. Att ett hjälpbehov är assistansgrundande innebär att det ger rätt till personlig assistans, såvida inte något annat följer

av en annan bestämmelse eller rättsprincip. Som exempel kan nämnas att hjälpbehovet tillgodoses på annat sätt (se 7 § första stycket) eller att hjälpbehovet avser sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (se prop. 2019/20: 92 s. 18 ff. och 46).

I *fjärde stycket* regleras rätten till personlig assistans för andra personliga behov. Detta reglerades tidigare i bestämmelsens andra stycke.

Ändringen i styckets *andra mening* innebär att åtgärder som är direkt nödvändiga för att ”kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv och hälsa” ska kunna ges, på samma sätt som gäller för andning, alltid ska vara assistansgrundande som andra personliga behov (jfr prop. 2019/20:92 s. 46 f.). Kravet på att åtgärden ska vara direkt nödvändig innebär att det ska finnas ett omedelbart samband mellan hjälpåtgärden och den nämnda insatsen. Som exempel på sådana åtgärder kan nämnas iordningsställande och skötsel av hjälpmedel eller apparatur som ska användas under själva hjälpinsatsen. Däremot omfattas inte sådana saker som exempelvis inköp av medicintekniska produkter och kontakter med hälso- och sjukvården. Även behov av hjälp med åtgärder som inte är direkt nödvändiga i den mening som avses här kan ge rätt till personlig assistans för andra personliga behov, om hjälpen bedöms vara kvalificerad på det sätt som krävs enligt avgörandet HFD 2017 ref. 27. Den nu gjorda ändringen innebär således inte någon uttömmande reglering av vilka andra personliga behov som kan ge rätt till personlig assistans för ”kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv och hälsa” (jfr prop. 2019/20:92 s. 46 f.).

9 f §

Paragrafen, som behandlas i kapitel 11, reglerar hur bedömningen ska göras i fråga om personlig assistans för barn. Paragrafen har sin motsvarighet i 51 kap. 6 § socialförsäkringsbalken.

Första stycket första meningen är oförändrad. Där regleras att när behovet av personlig assistans bedöms för ett barn ska det bortses från det hjälpbehov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose

enligt föräldrabalken med hänsyn till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter.

I *andra meningen* regleras att detta ska ske genom att ett schablonavdrag görs från barnets totala hjälpbehov. Avdraget kallas för föräldraavdrag. Schablonen för föräldraavdrag regleras i 6 a § förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Själva schablonen framgår av bilaga till den förordningen. Se mer om tillämpningen av föräldraavdraget i avsnitt 11.5.2.

I *tredje meningen* regleras att inget avdrag ska göras för vissa i bestämmelsen uppräknade stödbehov. Sedan tidigare har vissa behov av stöd med andning och sondmatning varit undantagna på så sätt att det vid bedömningen av behovet av personlig assistans inte ska bortses från någon del av dessa behov med hänvisning till det hjälpbehov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose enligt föräldrabalken med hänsyn till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter. Ändringen består i att detta nu gäller även behov av stöd som omfattas av det nya grundläggande behovet *kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv och hälsa* och åtgärder som är direkt nödvändiga för att ett sådant stöd ska kunna ges. Detta behandlas närmare i avsnitt 11.4.

I *andra stycket* regleras att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om beräkningen av föräldraavdrag enligt första stycket.

I *tredje stycket* regleras vad som tidigare stod i bestämmelsens andra stycke.

9 g §

Paragrafen, som behandlas i avsnitt 11.6, är ny. I bestämmelsen regleras vad som särskilt ska beaktas vid kommunens bedömning av rätten till personlig assistans för barn.

I bestämmelsen framgår att vid bedömningen om ett barns behov av hjälp med de grundläggande behoven är av sådan omfattning att det finns rätt till personlig assistans enligt 9 a § ska hänsyn tas till vad som bedöms vara barnets bästa. Bedömningen ska göras som en del i den individuella bedömning som redan görs för att avgöra om en person utifrån omfattningen av sina stödbehov har rätt till per-

sonlig assistans (jfr RÅ 2009 ref. 57 och HFD 2018 ref. 13). Bestämmelsen innebär att personlig assistans ska beviljas även om barnets behov av hjälp med grundläggande behov endast omfattar ett fåtal timmar ifall detta bedöms vara till barnets bästa.

Bedömningen avser de grundläggande behov som återstår efter att föräldraavdraget gjorts, det vill säga behov som till sin karaktär är sådana att de kan berättiga till insatsen. Vid bedömningen ska hänsyn tas till barnets individuella situation. Omständigheter som ska beaktas vid bedömningen är omfattningen och karaktären av barnets funktionsnedsättningar och hjälpbehov. Vid bedömningen av om det grundläggande behov som återstår efter föräldraavdraget är tillräckligt för att berättiga till personlig assistans ska särskilt beaktas betydelsen av insatsen för barnets möjlighet att växa upp i föräldrahemmet utifrån de omständigheter som råder i det individuella fallet. Av förarbetena till LSS framgår att personlig assistans alltid bör övervägas som alternativ för barn och ungdomar till att bo utanför föräldrahemmet (se prop. 1992/93:159 s. 64).

Bestämmelsen utgör en komplettering till 6 a § som inte kan tillämpas på ett sätt som påverkar möjligheten för ett barn att beviljas inträde till insatsen personlig assistans (se prop. 2009/10:176 s. 31 ff. och 74).

9 b §

Paragrafen, som behandlas i avsnitt 9.9, är ny. I paragrafen regleras hur behov av hjälp som utgör sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska hanteras vid bedömningen av rätten till personlig assistans.

Första stycket kodifierar praxis om att personlig assistans inte lämnas för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (jfr HFD 2012 ref. 41). Detta stycke innebär inte någon ändring i sak. Stycket motsvarar 51 kap. 5 § första stycket socialförsäkringsbalken.

I *andra stycket* regleras en möjlighet att i vissa fall beakta behov av hjälp med grundläggande behov som utgör sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen vid bedömningen om en person har rätt till personlig assistans. Det innebär inte att någon personlig assistans faktiskt ska utges för den tid som utgör sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, utan behovet av sådana insatser ska

enbart ha betydelse för själva inträdet i insatsen. Denna utökade möjlighet att bli berättigad till insatsen personlig assistans gäller endast under förutsättning att den ansvariga sjukvårdshuvudmannen har ingått en överenskommelse med en arbetsgivare till personliga assistenter om utförande av de sjukvårdande insatserna.

Med sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen avses sådana hälso- och sjukvårdsåtgärder som sjukvårdshuvudmännen enligt hälso- och sjukvårdslagen är ansvariga för. Bedömningen av om de sjukvårdande insatserna utgör grundläggande behov ska göras på samma sätt som görs i fråga om sådana insatser som har karaktären av egenvård (jfr HFD 2018 ref. 21).

Av bestämmelsen framgår att överenskommelsen ska avse ”de sjukvårdande insatserna”. Detta innebär att för att bestämmelsens krav på en överenskommelse ska vara uppfyllt krävs att överenskommelsen är individuell, det vill säga att den gäller just den enskilde och omfattar de aktuella sjukvårdande insatserna. Överenskommelsen ska ha ingåtts. Det är dock inte ett krav att assistenternas utförande av de sjukvårdande insatserna ska ha inletts. Även en överenskommelse vars ikraftträdande är villkorat av att den enskilde beviljas personlig assistans bör kunna godtas.

Det är kommunen som i sitt beslut om personlig assistans fastställer hur mycket av de sjukvårdande insatserna enligt hälso- och sjukvårdslagen som kan anses avse grundläggande behov och som därmed kan ligga till grund för rätt till personlig assistans. Till stöd för bedömningen behövs underlag som visar att förutsättningarna är uppfyllda. Ifall överenskommelsen mellan sjukvårdshuvudmannen och arbetsgivare till personliga assistenter skulle innehålla uppgifter om beräknat antal timmar för utförande av de sjukvårdande insatserna bör detta också kunna ligga till grund för bedömningen. Den som ansöker om en insats ska medverka i utredningen genom att så långt som möjligt ge in den utredning som hen vill åberopa (se till exempel HFD 2021 ref. 11).

Om rätt till personlig assistans bedöms föreligga ska inte personlig assistans enligt 9 § 2 LSS utges för tid som avser de sjukvårdande insatserna. Personlig assistans utges då endast för det övriga stöd och service som den enskilde behöver som omfattas av 9 a § LSS.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Av *första punkten* framgår att lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2023.

Enligt *andra punkten* gäller äldre bestämmelser fortfarande för personlig assistans som avser tid före ikraftträdandet.

13.2 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

51 kap.

5 §

I paragrafen, som behandlas i avsnitt 9.9, regleras hur behov av hjälp som utgör sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska hanteras vid bedömningen av rätten till assistansersättning. Bestämmelsen motsvarar 9 h § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Första stycket är oförändrat.

I *andra stycket* regleras en möjlighet att i vissa fall beakta behov av hjälp med grundläggande behov som utgör sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen vid bedömningen om en person har rätt till assistansersättning. Det innebär inte att någon assistansersättning faktiskt ska utges för den tid som utgör sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, utan behovet av sådana insatser ska enbart ha betydelse för själva inträdet i insatsen. Denna utökade möjlighet att bli berättigad till insatsen gäller endast under förutsättning att den ansvariga sjukvårdshuvudmannen har ingått en överenskommelse med en arbetsgivare till personliga assistenter om utförande av de sjukvårdande insatserna.

Med sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen avses sådana hälso- och sjukvårdsåtgärder som sjukvårdshuvudmännen enligt hälso- och sjukvårdslagen är ansvariga för. Bedömningen av om de sjukvårdande insatserna utgör grundläggande behov ska göras på samma sätt som görs i fråga om sådana insatser som har karaktären av egenvård (jfr HFD 2018 ref. 21).

Av bestämmelsen framgår att överenskommelsen ska avse ”de sjukvårdande insatserna”. Detta innebär att för att bestämmelsens

krav på en överenskommelse ska vara uppfyllt krävs att överenskommelsen är individuell, det vill säga att den gäller just den enskilde och omfattar de aktuella sjukvårdande insatserna. Överenskommelsen ska ha ingåtts. Det är dock inte ett krav att assistenternas utförande av de sjukvårdande insatserna ska ha inletts. Även en överenskommelse vars ikraftträdande är villkorat av att den enskilde beviljas personlig assistans bör kunna godtas.

Det är Försäkringskassan som i sitt beslut om assistansersättning fastställer hur mycket av de sjukvårdande insatserna enligt hälso- och sjukvårdslagen som kan anses avse grundläggande behov och som därmed kan ligga till grund för rätt till assistansersättning. Till stöd för bedömningen behövs underlag som visar att förutsättningarna är uppfyllda. Ifall överenskommelsen mellan sjukvårdshuvudmannen och utföraren skulle innehålla uppgifter om beräknat antal timmar för utförande av de sjukvårdande insatserna bör detta också kunna ligga till grund för bedömningen. Den som ansöker om en insats ska medverka i utredningen genom att så långt som möjligt ge in den utredning som hen vill åberopa (se till exempel HFD 2021 ref.11).

Om rätt till assistansersättning bedöms föreligga ska inte sådan ersättning utges för tid som avser de sjukvårdande insatserna. Assistansersättning utges då endast för det övriga stöd och service som den enskilde behöver som omfattas av 9 a § LSS.

51 kap.

6 §

Paragrafen, som behandlas i kapitel 11, reglerar hur bedömningen ska göras ifråga om assistansersättning till barn. Paragrafen motsvaras av 9 f § lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

I *första stycket* regleras att när behovet av personlig assistans bedöms för ett barn ska det bortses från det hjälpbehov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose enligt föräldrabalken med hänsyn till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter. Detta utgör inte någon förändring från tidigare lydelse.

I *andra meningen* regleras att detta ska ske genom att ett schablonavdrag görs från barnets totala hjälpbehov. Avdraget kallas för

föräldraavdrag. Föräldraavdrag ska göras från barnets totala hjälpbehov. Schablonen för föräldraavdrag regleras i 4 a § förordningen (1993:1091) om assistansersättning. Själva schablonen framgår av bilaga till den förordningen. Se mer om tillämpningen av föräldraavdraget i avsnitt 11.5.2.

I *tredje meningen* regleras att inget avdrag ska göras för vissa i bestämmelsen uppräknade stödbehov. Sedan tidigare har vissa behov av stöd med andning och sondmatning varit undantagna på så sätt att det vid bedömningen av behovet av personlig assistans inte ska bortses från någon del av dessa behov med hänvisning till det hjälpbehov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose enligt föräldrabalken med hänsyn till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter. Ändringen består i att detta nu gäller även behov av stöd som omfattas av det nya grundläggande behovet *kontinuerligt stöd som föranleds av varaktig eller långvarig medicinsk problematik där uteblivet stöd utgör en allvarlig risk för liv och hälsa* och åtgärder som är direkt nödvändiga för att ett sådant stöd ska kunna ges. Detta behandlas närmare i avsnitt 11.4.

I *andra stycket* regleras att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om beräkningen av föräldraavdrag enligt första stycket.

I *tredje stycket* regleras vad som tidigare stod i bestämmelsens andra stycke.

51 kap.

12 §

I paragrafen, som behandlats i avsnitt 9.10.2, regleras att rätten till assistansersättning ska omprövas i den utsträckning som denna rätt har minskat i omfattning på grund av väsentligt ändrade förhållanden som är hänförliga till den försäkrade.

Bestämmelsens *andra stycke* är nytt. Där regleras att en omprövning med anledning av upphörande av en sådan överenskommelse som avses i 51 kap. 5 § andra stycket inte får göras tidigare än 90 dagar efter att överenskommelsen ska anses ha upphört. Det är endast ändringar som består i att en överenskommelse har upphört som omfattas av den fördröjda omprövningen.

51 kap.

13 §

I paragrafens första stycke regleras att en ändring av assistansersättning vid väsentligt ändrade förhållanden ska gälla från och med den månad när anledningen till ändring uppkom.

I *andra stycket*, som är nytt och har behandlats i avsnitt 9.10.2, framgår att detta dock inte gäller i den utsträckning som anledningen till ändringen är att en sådan överenskommelse som avses i 51 kap. 5 § andra stycket har upphört att gälla. Detta innebär att den fördröjda omprövningen inte kan leda till att enskilda blir föremål för återkrav för assistansersättning som utgetts innan de 90 dagarna har passerat.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Av *första punkten* framgår att lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2023.

Enligt *andra punkten* gäller äldre bestämmelser fortfarande för assistansersättning som avser tid före ikraftträdandet.

13.3 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

5 kap.

9 §

Paragrafen, som behandlas i avsnitt 9.8, är ny. Paragrafen avser att bidra till uppfyllelsen av FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

I bestämmelsen regleras att när hälso- och sjukvård ges till personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar ska särskilt övervägas om vård- och behandlingsinsatserna kan ges på ett sätt som i högre utsträckning möjliggör för den enskilde att leva och delta i samhällslivet på samma villkor som andra. Ansvaret handlar om *hur* vården ska ges och aktualiseras när hälso- och sjukvården har bedömt att patienten behöver och ska få en viss vård. I ansvaret kan

ingå att vid planeringen av vården samarbeta med andra aktörer för att åstadkomma ett sammanhållet och flexibelt stöd till den enskilde.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Här framgår att lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2023.

13.4 Förslag till lag om ändring av patientlagen (2014:821)

5 kap.

2 §

Paragrafen, som behandlas i avsnitt 9.5, handlar om patienters medverkan i hälso- och sjukvården.

I *första stycket* regleras förutsättningarna för patientens medverkan i hälso- och sjukvården genom att själv utföra vissa vård- eller behandlingsåtgärder. Ändringen består i att det nu uttryckligen framgår att medverkan kan ske genom att patienten själv, *eller med hjälp av någon annan*, utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder. Detta är en kodifiering av en redan väletablerad ordning (se prop. 2018/19:145 s. 15) och är inte avsett att innebära någon ändring i sak.

Det *andra stycket* är nytt. Där hänvisas till att det i den nya lagen (0000:00) om egenvård finns särskilda bestämmelser om sådana vård- och behandlingsåtgärder som avses i första stycket.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Här framgår att lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2023.

13.5 Förslag till lag om egenvård

Lagen är ny. Allmänna överväganden angående behovet av en ny lag finns i avsnitt 9.4.1.

1 kap. Inledande bestämmelser

Lagens syfte, innehåll och tillämpningsområde

1 §

Paragrafen, som behandlas i avsnitt 9.4.2, beskriver lagens syfte, tillämpningsområde samt övergripande innehåll.

I *första stycket* framgår att lagen syftar till att främja hög patient-säkerhet när hälso- och sjukvårdsåtgärder utförs som egenvård.

Att en hälso- och sjukvårdsåtgärd bedöms kunna utföras som egenvård innebär att hälso- och sjukvården överlämnar utförandet till den enskilde själv, eller till någon annan som ska hjälpa den enskilde. Detta är normalt personer som saknar medicinska kunskaper. Det är viktigt att fokus i alla moment alltid är att åtgärden ska kunna utföras på ett sätt som är tryggt och säkert för den enskilde. Bestämmelserna i lagen ska tolkas med utgångspunkt i detta.

I *andra stycket* beskrivs lagens innehåll. I lagen finns dels generella bestämmelser om bedömningen av om en patient själv, eller med hjälp av någon annan, kan utföra vissa vård- eller behandlingsåtgärder, dels bestämmelser som särskilt berör situationer då patienten behöver hjälp att utföra åtgärden av någon som gör det i sin yrkesutövning.

I *tredje stycket* regleras att lagen gäller inom sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Lagen reglerar således inte vilka krav som gäller för de som erbjuder att hjälpa personer med utförande av egenvård. I fråga om verksamheter enligt 9 § 2–10 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade finns bestämmelser om detta i förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Uttryck i lagen

2 §

I paragrafen, som behandlats i avsnitt 9.4.3, definieras vissa av de uttryck som används i lagen.

Med uttrycket *hälso- och sjukvårdsåtgärd* avses åtgärd för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till

skillnad från definitionen av hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen omfattar definitionen i denna lag inte sjuktransporter eller omhändertagande av avlidna (jfr 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen).

Med uttrycket *egenvård* avses en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har bedömt att patienten kan utföra själv eller med hjälp av någon annan. Detta är en kodifiering av en gällande ordning (jfr prop. 2018/19:145 s. 15) och innebär inte någon ändring i sak.

Med uttrycket *egenvårdsbedömning* avses bedömning att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

I *andra stycket* regleras att utförandet av egenvård inte faller inom tillämpningsområdet för hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Även detta utgör en kodifiering av vad som generellt anses gälla och innebär inte någon ändring i sak. De delar som hälso- och sjukvården ansvarar för och som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal, exempelvis bedömning, planering och uppföljning, omfattas dock av det regelverk som gäller för hälso- och sjukvården.

2 kap. Bedömning och patientmedverkan

Vem som får göra en egenvårdsbedömning

1 §

I paragrafen, som behandlats i avsnitt 9.4.4, regleras vem som får göra en egenvårdsbedömning.

En bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård får enligt bestämmelsen endast göras av behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Det är viktigt att den som bedömer om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård har kompetens inom det område som det gäller. Att exempelvis inte göra några egenvårdsbedömningar eller att fatta beslut inom områden som inte ligger inom det egna kompetensområdet får dock anses följa av det yrkesansvar som åligger hälso- och sjukvårdspersonal enligt 6 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). En egenvårdsbedömning får inte göras av någon som inte har behandlingskontakt med patienten.

Patienten ska vara delaktig och få information

2 §

I paragrafen, som behandlats i avsnitt 9.4.5, regleras att egenvårdsbedömningen ska göras i samråd med patienten och med respekt för dennes självbestämmande och integritet samt behov av trygghet och säkerhet.

Bestämmelsen syftar till att synliggöra patientens roll i samband med egenvårdsbedömningen. Bestämmelser om samtycke, delaktighet och trygghet finns även i 4 kap. och 5 kap. 1–2 §§ patientlagen (2014:821), 5 kap. 1 § 2 och 3 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Att egenvårdsbedömningen ska göras med respekt för patientens självbestämmande innebär inte att patienten kan kräva att en hälso- och sjukvårdsåtgärd ska bedömas kunna utföras som egenvård om den som ansvarar för att göra egenvårdsbedömningen anser att detta skulle vara oförenligt med kravet på god vård.

3 §

Paragrafen, som behandlats i avsnitt 9.4.5, kompletterar de regler om information som finns i 3 kap. patientlagen. I bestämmelsen regleras att patienten ska få den information som behövs för att han eller hon ska kunna utöva sitt självbestämmande. Detta innebär exempelvis information om vad det innebär att en åtgärd utförs som egenvård, vilka eventuella risker som kan vara förknippade med utförandet av åtgärden och vilka alternativ som finns till att åtgärden utförs som egenvård. I bestämmelsen regleras också när informationen ska ges, det vill säga i samband med bedömningen och inte efteråt.

I *första stycket* regleras att information till patienten ska ges på det sätt som framgår av 3 kap. 6–7 §§ patientlagen (2014:821). Enligt dessa bestämmelser ska informationen bland annat anpassas till mottagarens individuella förutsättningar och den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

I *andra stycket* upplyses om att reglering om vilken information som en patient ska få även finns i 3 kap. patientlagen.

Egenvårdsbedömningen

4 §

I paragrafen, som behandlas i avsnitt 9.4.7, regleras vad som ska beaktas vid egenvårdsbedömningen.

I *första stycket* regleras vad som generellt ska beaktas vid bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, det vill säga oavsett om åtgärden ska utföras av den enskilde själv eller med hjälp av någon annan, så som en anhörig eller någon som gör det inom ramen för sin yrkesutövning.

En hälso- och sjukvårdsåtgärd får endast bedömas som egenvård om det är förenligt med kravet på god vård. Utgångspunkten vid bedömningen ska vara patientsäkerheten. Detta innebär bland annat att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska beaktas (se 5 kap. 1 § 2 hälso- och sjukvårdslagen).¹ Det innebär också att bedömningen ska överensstämja med hälso- och sjukvårdens skyldighet att ge en sakkunnig och omsorgsfull vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (se 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen och 1 kap. 7 § patientlagen).

Att en hälso- och sjukvårdsåtgärd endast får bedömas kunna utföras som egenvård om det är förenligt med kravet på god vård innebär att samtliga omständigheter av betydelse ska beaktas. Vid bedömningen ska hänsyn bland annat tas till patientens individuella förutsättningar och livssituation, exempelvis patientens önskemål, fysiska och psykiska hälsa och levnadsförhållanden. Hänsyn ska också tas till hälso- och sjukvårdsåtgärdens art, exempelvis om åtgärden är svår att utföra på ett korrekt sätt. Hänsyn ska även tas till vilka följder som ett felaktigt utförande skulle kunna få för patienten. Detta är självklara delar i en bedömning som ska göras med utgångspunkt i patientsäkerhetsöverväganden.

I *andra stycket* regleras vad som särskilt ska beaktas när patienten behöver få hjälp att utföra egenvården.

I första punkten framgår att det särskilt ska beaktas förutsättningarna för patienten att vara delaktig i utförandet, praktiskt eller genom instruktioner. En särskilt omsorgsfull bedömning ska således göras i dessa fall. En sammantagen bedömning behöver göras utifrån patientsäkerhetsöverväganden i det enskilda fallet.

¹ 5 kap. 1 § 2 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

I andra punkten regleras att det i bedömningen särskilt ska beaktas i vilken utsträckning det är möjligt att, med de som ska hjälpa patienten med egenvården, utbyta information om ordinationer och andra omständigheter som är nödvändigt för att hjälp med egenvården ska kunna ges på ett tryggt och säkert sätt. Att de som ska hjälpa patienten med egenvården har den information som behövs är av stor betydelse för möjligheten att kunna utföra åtgärderna på ett sätt som är tryggt och säkert för den patienten.

Lagen om egenvård innehåller inte någon bestämmelse som möjliggör för hälso- och sjukvården att utan patientens samtycke lämna information till personer som ska hjälpa patienten med egenvården. Om patienten inte samtycker till att de som ska hjälpa till med egenvården får nödvändig information om åtgärden och hur den ska utföras kan detta dock utgöra ett hinder mot att bedöma att åtgärden kan utföras som egenvård, om den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården bedömer att detta påverkar möjligheten att kunna utföra egenvården på ett tryggt och säkert sätt.

I *tredje stycket* regleras att när patienten behöver hjälp att utföra åtgärden av någon som gör det i sin yrkesutövning, kan en hälso- och sjukvårdsåtgärd endast bedömas kunna utföras som egenvård om samverkan först har skett med ansvarig befattningshavare hos dennes arbetsgivare. Formerna för samverkan, vem som ansvarar för denna och vad denna ska innehålla framgår av 3 kap. 1 §.

3 kap. När patienten behöver hjälp att utföra egenvården av någon som gör det i sin yrkesutövning

Kapitlet innehåller bestämmelser om vad som gäller när patienten behöver hjälp att utföra egenvården av någon som gör det i sin yrkesutövning.

Samverkan

1 §

Paragrafen, som behandlas i avsnitt 9.4.8, avser samverkan med aktörer utanför hälso- och sjukvården i situationer då patienten behöver få hjälp med utförandet av någon som gör det inom ramen för sin yrkesutövning.

I *första stycket* regleras att den som är ansvarig för egenvårdsbedömningen ansvarar för att samverkan sker med ansvarig befattningshavare hos arbetsgivaren för de som ska hjälpa den enskilde med egenvården. Detta kan vara exempelvis ansvarig nämnd inom socialtjänsten, ansvarig befattningshavare inom en enskild verksamhet eller egna arbetsgivare för personliga assistenter.

I *andra stycket* regleras vad samverkan ska omfatta. Där anges att samverkan ska ha den form och omfattning som krävs för att en bedömning enligt 2 kap. 4 § ska kunna göras och för att en åtgärd som bedömts som egenvård ska kunna utföras på ett sätt som är tryggt och säkert för patienten. Samverkan ska dock alltid omfatta vad som framgår i punkterna 1–5.

Skriftlig planering för egenvården

2 §

Paragrafen, som behandlas i avsnitt 9.4.9, handlar om skriftlig planering av egenvården. I paragrafen anges att en skriftlig planering för egenvården ska göras om patienten behöver få hjälp med utförandet av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning. En sådan planering behöver inte göras om det med hänsyn till åtgärdens art är uppenbart obehövt. Med detta avses egenvårdsåtgärder som är mycket basala och där det inte finns någon egentlig risk förknippad med ett eventuellt felaktigt utförande.

Den skriftliga planeringen utgör inte en egentlig del av den samverkan som ska ske enligt 3 kap. 1 § utan planeringen ska beskriva förutsättningarna för egenvården, det vill säga hur hälso- och sjukvården bedömer att egenvården ska utföras, samt beskriva vad hälso- och sjukvården ska tillhandahålla för att egenvården ska kunna utföras på ett sätt som är tryggt och säkert för den enskilde. Avseende viss information som ska anges i den skriftliga planeringen kan det dock vara nödvändigt för hälso- och sjukvården att först samråda med ansvarig befattningshavare i den verksamhet som ska utföra egenvården.

Det är den som ansvarar för egenvårdsbedömningen enligt 2 kap. 1 § som ansvarar för att upprätta en skriftlig planering. Vad planeringen ska innehålla regleras i 3 kap. 3 §.

Den skriftliga planeringen avser detaljerna för egenvården och formerna för denna. Denna planering är inte att jämföras med sådana

individuella planeringar som ska göras enligt 16 kap. 14 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) eller 10 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. En skriftlig planering om egenvård kan dock vara en del av en sådan individuell planering.

3 §

I paragrafen, som behandlas i avsnitt 9.4.9, regleras vad den skriftliga planeringen enligt 3 kap. 2 § ska innehålla.

Den skriftliga planeringen ska ha den omfattning som krävs för att egenvården ska kunna utföras på ett sätt som är tryggt och säkert för patienten. Av planeringen ska det dock alltid framgå vad som anges i punkterna 1–7.

Den skriftliga planeringen ska överlämnas till patienten och till ansvarig befattningshavare hos arbetsgivaren för den som ska hjälpa den enskilde med egenvården, om inte bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt hindrar detta.

Dokumentation

4 §

Paragrafen, som behandlas i avsnitt 9.4.10 reglerar vad som ska dokumenteras i patientens journal när patienten behöver hjälp med utförandet av egenvården av någon som gör det inom ramen för sin yrkesutövning. Bestämmelsen kompletterar vad som i övrigt gäller enligt patientdatalagen (2008:355).

Ansvar för instruktion och rådgivning

5 §

I paragrafen, som behandlas i avsnitt 9.4.11, regleras ansvaret för instruktioner, information och rådgivning när patienten behöver få hjälp med egenvården av någon som gör det inom ramen för sin yrkesutövning. Ansvaret gäller ifall den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården bedömt att hälso- och sjukvårdsåtgärden kan utföras som egenvård efter viss instruktion.

Uppföljning

6 §

Paragrafen, som behandlas i avsnitt 9.4.12, reglerar vad som gäller för uppföljning.

I *första stycket* framgår att när patienten får hjälp med egenvården av någon som gör detta inom ramen för sin yrkesutövning ska egenvårdsbedömningen följas upp regelbundet, om detta inte är uppenbart obehövligt. Bestämmelsen innehåller inte något generellt krav på med vilket intervall som uppföljning ska ske. Detta bör bestämmas utifrån omständigheterna i varje enskilt fall. Ställningstagandet ska enligt 3 kap. 4 § dokumenteras i samband med att planeringen upprättas. Regelbunden uppföljning av egenvården kan vara uppenbart obehövligt om det är fråga om en vård- eller behandlingsinsats som är tillfällig, exempelvis en tidsbegränsad läkemedelsbehandling. Det kan också vara uppenbart obehövligt om egenvårdsåtgärden till sin karaktär är mycket basal. I bestämmelsen regleras särskilt vad som gäller i fråga om uppföljning av egenvårdsbedömningen. Givetvis ska även vård- och behandlingsinsatserna i sig själva följas upp på ett sätt som är förenligt med god vård.

I *andra stycket* regleras att det utöver vad som följer av första stycket alltid ska göras en förnyad prövning av egenvårdsbedömningen i vissa fall.

I första punkten regleras att en förnyad prövning ska göras om det kommer till hälso- och sjukvårdens kännedom att de förutsättningar som legat till grund för egenvårdsbedömningen väsentligt har förändrats. Det kan till exempel handla om omständigheter som är hänförliga till patientens hälsotillstånd eller att förutsättningarna att få hjälp med egenvården på ett tryggt och säkert sätt har förändrats. Att möjligheten att utbyta nödvändig information med den som hjälper den enskilde med egenvården har förändrats kan också vara ett sådant förhållande.

I andra punkten regleras att en förnyad prövning ska göras om det kommer till hälso- och sjukvårdens kännedom att det inträffat en skada eller risk för skada i samband med egenvården.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Här framgår att lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

13.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade

4 a §

Paragrafen, som beskrivs i avsnitt 9.6.1, är ny. I paragrafen uppställs vissa krav som samtliga ska vara uppfyllda för att hjälp med sådana uppgifter som avses i lag (0000:00) om egenvård ska kunna ges i en verksamhet enligt 9 § 2–10 LSS. Kraven är ett förtydligande av vad som ska anses utgöra god kvalitet enligt 6 § LSS när hjälp med egenvård ges i en verksamhet enligt LSS.

I *första punkten* regleras att en första förutsättning för att hjälp med egenvård ska få ges är att ansvarig befattningshavare i verksamheten har samverkat med behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården avseende den aktuella egenvården. Samverkan ska ha skett före det att hjälp med egenvården ges. Vid större förändringar avseende egenvården bör en ny samverkan ske. Bestämmelse om hälso- och sjukvårdens ansvar för samverkan finns 3 kap. 1 § lagen om egenvård.

I *andra punkten* regleras att en andra förutsättning för att hjälp med egenvård ska få ges är att den personal som ska hjälpa den enskilde med egenvården har tagit del av den skriftliga planering som ska upprättas av behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården i enlighet med 3 kap. 2–3 §§ lagen om egenvård. Ifall en ny planering upprättas avseende åtgärden ska personalen ha tagit del av denna.

I *tredje punkten* regleras att ett tredje krav för att hjälp med egenvård ska få ges är att det finns de förutsättningar som behövs för att nödvändig information som rör egenvårdens utförande ska kunna utbytas med den inom hälso- och sjukvården som är ansvarig för egenvårdsbedömningen. De som ger hjälp med egenvård ska exempelvis kunna få information från hälso- och sjukvården om förändrade ordinationer och andra omständigheter som har betydelse för hur egenvården ska utföras. Den som hjälper den enskilde med egen-

vården ska även kunna utbyta den information som behövs med hälso- och sjukvården för att kunna få rådgivning om utförandet. Hälso- och sjukvården ska också kunna informeras ifall det inträffar skador eller risker för skador, eller om det annars har uppkommit en situation då man bedömer att hjälp med egenvården inte längre kan ges på ett sätt som är tryggt och säkert för den enskilde (se 4 b §). Kravet innebär även en skyldighet för verksamheten att ha klargjort hur kontakter med hälso- och sjukvården ska gå till.

I fråga om överföring av information mellan den utförande verksamheten och hälso- och sjukvården ska hänsyn tas till bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt (se avsnitt 3.7 och 9.4.6). I normalfallet kommer en förutsättning för informationsutbyte vara att det finns ett samtycke från den enskilde om att kunna utbyta information som är nödvändig för att hjälp med egenvården ska kunna ges på ett sätt som är tryggt och säkert och i enlighet med kravet på god kvalitet enligt LSS. Om det inte är möjligt att utbyta nödvändig information får verksamheten inte utföra uppgiften. Om en sådan situation uppstår behöver dialog föras med den enskilde om hur situationen ska lösas.

Kravet ska uppfyllas löpande, det vill säga att det vid varje given tidpunkt ska finnas möjlighet till nödvändigt informationsutbyte. För det fall att den enskildes samtycke till att utbyta uppgifter med hälso- och sjukvården förändras så kan detta medföra att verksamheten enligt regler om sekretess och tystnadsplikt är förhindrad att lämna uppgifter till hälso- och sjukvården. Om samtycket förändras på ett sätt som verksamheten bedömer har betydelse för möjligheten att utföra egenvården på ett tryggt och säkert sätt kan verksamheten inte längre ge hjälpen och en dialog bör då föras med den enskilde om hur situationen ska lösas.

4 b §

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 9.6.2.

I *första stycket* regleras en skyldighet för ansvarig befattningshavare i LSS-verksamhet att i vissa fall lämna information till den inom hälso- och sjukvården som ansvarar för egenvårdsbedömningen. Skyldigheten gäller om det har inträffat en händelse som medfört skada eller en påtaglig risk för skada i samband med att hjälp med

egenvård har givits. Även mindre skador kan utifrån den enskilde patientens hälsotillstånd eller vid en sammantagen bedömning av omständigheterna vara tillräckligt allvarliga för att en tidigare egenvårdsbedömning ska behöva omvärderas. Information om skador eller påtagliga risker för skador som uppenbart saknar betydelse för egenvårdsbedömningen behöver dock inte lämnas. I fråga om risker för skador bör skyldigheten endast omfatta situationer då risken för att en skada skulle inträffa har varit påtaglig. Skyldigheten omfattar inte bara situationer då en aktiv åtgärd har vidtagits som har lett till skada eller påtaglig risk för skada, utan omfattar även situationer av underlåtenhet, det vill säga då hjälp inte har givits trots att detta hade behövts.

Även om det ännu inte inträffat någon särskild händelse i samband med egenvården kan det uppstå omständigheter som medför att ansvarig befattningshavare för den utförande verksamheten bedömer att hjälp med egenvård inte längre kan ges på ett säkert sätt. Denne är då skyldig att informera den inom hälso- och sjukvården som är ansvarig för egenvårdsbedömningen. Det kan till exempel vara fråga om att verksamheten har förändrats så att egenvården inte längre bedöms kunna utföras på ett tryggt och säkert sätt, att förhållanden som är hänförliga till den enskilde har förändrats, eller att den enskilde inte längre samtycker till att verksamhetens personal ska få ta del av nödvändiga uppgifter som rör egenvården.

I *andra stycket* regleras att en förutsättning för informationsskyldighet är att informationen kan lämnas med hänsyn till bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt. I praktiken innebär detta att den enskilde i normalfallet behöver lämna sitt samtycke till informationsöverföringen. Om den enskilde inte samtycker till att informationen lämnas till den inom hälso- och sjukvården som är ansvarig för egenvårdsbedömningen är den utförande verksamheten i normalfallet förhindrad att informera hälso- och sjukvården om detta. I ett sådant fall kan verksamheten vara förhindrad att ge hjälp med egenvård. En dialog bör då föras med den enskilde om hur situationen ska lösas.

4 c §

I paragrafen, som är ny, regleras att det i verksamhet som avses i 4 a § ska finnas de rutiner som behövs för att hjälp med egenvård ska kunna ges på ett sätt som är tryggt och säkert för den enskilde. Paragrafen behandlas i avsnitt 9.6.3.

I 7 och 8 §§ framgår att rutiner om egenvård ska redovisas i samband med ansökan om att bedriva enskild verksamhet enligt 9 § 2–10 LSS.

6 a §

Paragrafen, som behandlas i avsnitt 11.5, är ny. I paragrafen och i bilaga till förordningen regleras den schablon för föräldraavdrag som ska användas vid bedömningen av behovet av personlig assistans för barn enligt 9 f § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Schablonen, som varierar med barnets ålder, är indelad i grundläggande behov respektive andra personliga behov enligt 9 a § LSS. Avdraget ska göras från barnets totala behov av hjälp inom respektive kategori. Det hjälpbehov som återstår efter avdraget ska läggas till grund för bedömningen av rätten till personlig assistans.

Tillämpningen av föräldraavdragsschablonen beskrivs närmare i avsnitt 11.5.2.

7 §

I paragrafen, som behandlas i avsnitt 9.7, införs en ny punkt (8) ifråga om vad som ska redovisas vid ansökan om tillstånd att bedriva enskild verksamhet som avses i 9 § 6–10 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Vad rutinerna ska omfatta regleras i 4 c §.

8 §

I paragrafen, som behandlas i avsnitt 9.7, införs en ny punkt (8) ifråga om vad som ska redovisas vid ansökan om tillstånd att bedriva enskild verksamhet som avses i 9 § 2–5 lagen (1993:287) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Vad rutinerna ska omfatta regleras i 4 c §.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Av *första punkten* framgår att ändringarna i förordningen träder i kraft den 1 januari 2023.

Enligt *andra punkten* gäller äldre bestämmelser för ansökningar om tillstånd att bedriva verksamhet som inkommit till Inspektionen för vård och omsorg före den 31 december 2022.

13.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1993:1091) om assistansersättning

4 §

Paragrafen reglerar Försäkringskassans möjlighet att meddela föreskrifter.

Paragrafens andra punkt ändras till följd av ändring i 9 a § lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

4 a §

I paragrafen och i bilaga till förordningen regleras den schablon för föräldraavdrag som ska användas vid tillämpning av 51 kap. 6 § socialförsäkringsbalken.

Paragrafen har sin motsvarighet i 6 a § förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Se kommentar till den bestämmelsen.

Ikraftträdande

Här framgår att ändringarna i förordningen träder i kraft den 1 januari 2023.

Referenser

Internationella konventioner

Förenta Nationernas konvention om barnets rättigheter.

Förenta Nationernas konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna.

Offentligt tryck

Propositioner och utskottsbetänkanden

Prop. 1972:5 *med förslag till skadeståndslag m.m.*

Prop. 1979/80:2 *med förslag till sekretesslag m.m.*

Prop. 1981/82:186 *om ändring i sekretesslagen (1980:100), m.m.*

Prop. 1981/82:97 *om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

Prop. 1981/82:168 *om vårdnad och umgänge m.m.*

Prop. 1990/91:111 *om sekretess inom och mellan myndigheter på vårdområdet m.m.*

Prop. 1992/93:159 *om stöd och service till vissa funktionshindrade.*

Prop. 1993/94:57 *om vårdnadshavares skadeståndsansvar.*

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

Prop. 1995/96:146 *Vissa frågor om personlig assistans.*

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

Prop. 1996/97:187 *Patientskadslag m.m.*

Prop. 1997/98:109 *Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.*

- Prop. 1998/99:4 *Stärkt patientinflytande.*
- Prop. 1999/2000:79 *Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken.*
- Prop. 2004/05:39 *Kvalitet, dokumentation och anmälningsplikt i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), m.m.*
- Prop. 2005/06:161 *Sekretessfrågor – skyddade adresser m.m.*
- Prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*
- Prop. 2008/09:28 *Mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning.*
- Prop. 2008/09:145 *Om reglering av apoteksmarknaden.*
- Prop. 2008/09:150 *Offentlighets- och sekretesslag.*
- Prop. 2008/09:190 *Handel med vissa receptfria läkemedel.*
- Prop. 2008/09:193 *Vissa psykiatrifrågor m.m.*
- Prop. 2008/09:200 *Socialförsäkringsbalk.*
- Prop. 2009/10:176 *Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet.*
- Prop. 2009/10:210 *Patientsäkerhet och tillsyn.*
- Prop. 2012/13:1 *Budgetpropositionen för 2013.*
- Prop. 2013/14:106 *Patientlag.*
- Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag.*
- Prop. 2016/17:122 *Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården.*
- Prop. 2016/17:180 *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag.*
- Prop. 2016/17:188 *Nationellt mål och inriktning för funktionshinderpolitiken.*
- Prop. 2017/18:78 *Vissa förslag om personlig assistans.*
- Prop. 2017/18:186 *Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter.*
- Prop. 2017/18:190 *Reformerat stöd till personer med funktionsnedsättning.*
- Prop. 2018/19:145 *Personlig assistans för hjälp med andning.*
- Prop. 2019/20:1 *Budgetproposition för 2020.*

- Prop. 2019/20:92 *Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning.*
- Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*
- Bet. 1995/96:SoU15 *Vissa frågor om personlig assistans.*
- Bet. 2017/18:SoU17 *Vissa förslag om personlig assistans.*

Föreskrifter och allmänna råd

- Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2016:4)
om assistansersättning.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14)
om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9)
om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om
bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5)
om lex Sarah.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9)
om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:6) om
bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS.
- Socialstyrelsens allmänna råd (2014:2) om kunskaper hos personal
som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till
personer med funktionsnedsättning.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5)
om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL,
LVU, LVM och LSS.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40)
om journalföring och behandling av personuppgifter.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37)
om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1996:9) om personlig assistans och sjukvårdsuppgifter. (upphävt)

Regeringsbeslut

Dir. 2020:3 *Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn.*

Dir. 2020:90 *Tilläggsdirektiv till Utredningen stärkt assistans (S 2020:01).*

Statens offentliga utredningar

SOU 1991:46 *Handikapp, Välfärd, Rättvisa.*

SOU 1994:75 *Patientskadelag.*

SOU 2004:12 *Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen – en översyn.*

SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform.*

SOU 2018:88 *Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen.*

SOU 2020:1 *Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor.*

SOU 2020:63 *Barnkonventionen och svensk rätt.*

Domstolsavgöranden

RÅ 1997 ref. 23 I och II.

RÅ 1997 ref. 28.

RÅ 1997 not. 60.

RÅ 2000 ref. 11.

RÅ 2000 not. 97.

RÅ 2003 ref. 33.

RÅ 2004 ref. 16.

RÅ 2008 ref. 17.
RÅ 2009 ref. 57.
RÅ 2010 ref. 17.
HFD 2011 not. 81.
HFD 2012 ref. 41.
HFD 2013 ref. 81.
HFD 2015 ref. 46.
HFD 2017 ref. 27.
HFD 2018 ref. 13.
HFD 2018 ref. 21.
HFD 2019 ref. 56.
HFD 2020 ref. 7.
HFD 2021 ref. 1.
HFD 2021 ref. 11.

Justitieombudsmannen

JO:s beslut dnr 4207-2000 (2002-10-23).
JO:s beslut dnr 2031-2015 (2016-10-25).
JO:s beslut dnr 589-2016 (2017-10-02).
JO:s beslut dnr 921-2017 (2018-06-14).
JO:s beslut dnr 1696-2018 (2019-05-23).
JO:s beslut dnr 1809-2018 (2020-01-17).

Publikationer från myndigheter

Barnombudsmannen (2020). *Prövning av barnets bästa. Ett stödmaterial för beslutsfattare och tjänstepersoner.*
Försäkringskassans vägledning 2003:06 *Assistansersättning*, version 13 (2015), version 20 (2018) samt version 27 (2020).
Försäkringskassan (2011). *Socialförsäkringsrapport 2011:18 Statlig personlig assistans – resultat från undersökning av gruppen assistansberättigade.*

- Försäkringskassan (2015). Rättsligt ställningstagande
FKRS 2015:05 *Föräldraansvarets omfattning vid hjälp med kommunikation i vanliga sociala situationer inom assistansersättning.*
- Försäkringskassan (2015). Rättsligt ställningstagande
FKRS 2015:07 *Psykisk funktionsnedsättning vid bedömning av grundläggande behov.*
- Försäkringskassan (2015). Socialförsäkringsrapport 2015:13
Assistansersättningens utveckling, Orsaker till ökningen av antalet assistansmottagare och genomsnittligt antal timmar.
- Försäkringskassan (2015). Rättslig uppföljning 2015:1
Rättsfallsöversikt – personlig assistans (föräldraansvar).
- Försäkringskassan (2017). Rättsligt ställningstagande
FKRS 2017:05 *Assistansersättning – hjälp med andra personliga behov.*
- Försäkringskassan (2017) Socialförsäkringsrapport 2017:4
Assistansersättning. Inflöde, utflöde och konsekvenser av förändrad rättspraxis.
- Försäkringskassan (2018). Rättsligt ställningstagande
FKRS 2018:01 *Bedömning av föräldraansvar och väntetid under dygnsvilan inom assistansersättning.*
- Försäkringskassan (2018). Socialförsäkringsrapport 2018:5
Anhöriga till personer med statlig assistansersättning. En beskrivning av anhöriga som personliga assistenter, mottagare av personlig assistans och assistansersättningen.
- Försäkringskassan (2019). *Rapport – resultatindikatorer för assistansersättningen 2019.*
- Försäkringskassan (2019). Socialförsäkringsrapport 2019:01
Funktionsnedsättning i arbetsliv och välfärd – Rapport från forskarseminariet i Umeå 16–17 januari 2019. Bäckman, T., Omprövning av personlig assistans – Vems intressen väger tyngst?
- Försäkringskassans vägledning 2003:6 *Assistansersättning*,
version 27 (2020).
- Försäkringskassan (2020). *Rapport – Indikatorer för att följa utvecklingen av assistansersättningen.*

- Försäkringskassan (2020). *Rapport – Analys av minskat antal mottagare av assistansersättning.*
- Försäkringskassan (2020). *Rapport – Uppföljning av lagändring om andning som grundläggande behov.*
- Försäkringskassans årsredovisning 2020.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2013). Rapport 2013:18 *Vårdbidrag och framtida inkomster. De långsiktiga ekonomiska konsekvenserna av att få barn med särskilda behov.*
- Inspektionen för socialförsäkringen (2014). Rapport 2014:6 *Vad är normalt? Föräldraansvaret i assistansersättningen.*
- Inspektionen för socialförsäkringen (2016). Rapport 2016:16 *Sjukvårdande insatser och personlig assistans.*
- Inspektionen för vård och omsorg (2019). *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019.*
- Riksrevisionen (2011). *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Ett (o)lösligt problem.*
- Socialstyrelsen (1995). Meddelandeblad *Personlig assistans och sjukvårdsuppgifter.*
- Socialstyrelsen (2003). Meddelandeblad *Information om gränsdragning mellan egenvård i form av personlig assistans och hälso- och sjukvård m.m.*
- Socialstyrelsen (2011). *Insatser till kvinnor och män med funktionsnedsättning Kartläggning och analys av könsskillnader inom LSS och SoL.*
- Socialstyrelsen (2012). *Sekretess- och tystnadspliktsgränser i socialtjänsten och hälso- och sjukvården.*
- Socialstyrelsen (2013). Meddelandeblad nr 6/2013 *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård.*
- Socialstyrelsen (2014). *Barn med personlig assistans – Möjligheter till utveckling, självständighet och delaktighet.*
- Socialstyrelsen (2015). *Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet, Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal.*
- Socialstyrelsen (2015). *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten.*

- Socialstyrelsen (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal, riktad till vårdgivare, chefer, personal.*
- Socialstyrelsen (2017). *Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning.*
- Socialstyrelsen (2017). *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning.*
- Socialstyrelsen (2017). *Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet - En analys av hur kommuner och brukare påverkas.*
- Socialstyrelsen (2017). *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning – Kunskapsstöd om samordnad information, gemensam planeringsprocess och praktiskt stöd.*
- Socialstyrelsen (2019). *Handbok om tillämpning av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.*
- Socialstyrelsen (2020). *Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Handbok för rättstillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser.*
- Socialstyrelsen (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020.*
- Socialstyrelsen (2020). *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).*
- Socialstyrelsen (2020). *Meddelandeblad nr 9/2020 Kommunal hälso- och sjukvård.*

Webbsidor

- www.autismforum.se/stod-och-insatser/vardagsfardigheter1/.
Hämtad 2021-03-10.
- www.autismforum.se/stod-och-insatser/problembeteenden/.
Hämtad 2021-03-10.

www.forsakringskassan.se/statistik/statistikdatabas!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfIjo8ziLQI8TDy8DIx8Ddy8jQwCfZ3dLUxDPY1dnE30w8EKDHAARwP9KGL041EQhd_4cP0osBITDxdnQ3dnA293L083A8eQID9TTyNfQ4NgY6gCPGYU5IZGGGQ6KgIAcdXorg!/#!/fn/ase-mottagare-atyp-alder. Hämtad 2021-04-14.

www.intressegruppen.info/nyheter/artikel/personlig-assistans-handlar-inte-om-att-tillgodose-behov-hanna-egard-forskare-och-universitetsle/. Hämtad 2020-12-17.

<https://lof.se/filer/Statistik-2020-Hela-Sverige.pdf>. Hämtad 2021-03-26.

www.lof.se/patient/faq/. Hämtad 2021-03-26.

www.ivo.se/tillsyn/prioriterade-riskomraden-2018-2020/personer-med-funktionsnedsattning/riskomrade-personer-med-funktionsnedsattning/. Hämtad 2021-03-27.

www.laholm.se/globalassets/upload/socialnamnd/socialforvaltning/funktionshinder/riktlinjer-for-handlaggning-och-insatser-enligt-lag-om-stod-och-service-till-vissa-funktionshindrade-lss-och-so.pdf. Hämtad 2021-04-02.

<https://neuro.se/diagnoser/epilepsi/behandling-vid-epilepsi/>. Hämtad 2021-03-12.

www.norrkoping.se/download/18.53d2b23c176f5b1a2923158/1612803215602/Riktlinjer%20enligt%20LSS.pdf. Hämtad 2021-04-02.

www.atvidaberg.se/download/18.4a09469f17225dd434befbe/1589873738106/Riktlinjer%20enligt%20lagen%20om%20st%C3%B6d%20och%20service%20till%20vissa%20funktionshindrade%20-%20antagen%20av%20KF%202020-04-29.pdf. Hämtad 2021-04-02.

www.gislaved.se/omsorg-stod-och-hjalp/funktionsnedsattning/hjalp-stod-och-service-enligt-lagarna-sol-och-lss. Hämtad 2021-04-02.

www.osteraker.se/download/18.2a9bbe92160d7ec50881cf9f/1526649845370/V%C3%A4gledning%20%20LSS%202017-01-01.pdf. Hämtad 2021-04-02.

- www.askersund.se/download/18.4fce50ab17431524ba7d3c61/1599487650486/Riktlinjer%20f%C3%B6r%20bist%C3%A5nds-handling%20LSS. Hämtad 2021-04-02.
- www.sodertalje.se/globalassets/socialkontoret/omsorgsnamndens-riktlinjer-for-handlaggning-av-insatser-enligt-lss.pdf. Hämtad 2021-04-02.
- www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/tidsanvandningsundersokningen/. Hämtad 2021-04-20.
- www.youtube.com/watch?v=E7cNQEeqx7bo. Hämtad 2021-04-02.

Övriga referenser

- Barnperspektiv i LSS-handläggning – En aktgranskning*, FOU Södertörns skriftserie nr 115/13 (2013).
- Bruce, A., (2020). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'*.
- Bäckman, T., (2018). *Omprövning av personlig assistans och balansen mellan den enskildes trygghet och det allmännas intresse av ändringar. Forskning om personlig assistans – en antologi*. Red. Altermark, Knutsson, Svensson Chowdhury.
- Bäckman, T., *Omprövning av personlig assistans – Vems intressen väger tyngst?* Försäkringskassan (2019). Socialförsäkringsrapport 2019:01 Funktionsnedsättning i arbetsliv och välfärd – Rapport från forskarseminariet i Umeå 16–17 januari 2019.
- Egard, H., (2020). *Stöd eller vård? Om gränsdragningar mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård. Forskning om personlig assistans – en antologi*. Red. Altermark, Knutsson, Svensson Chowdhury (2018).
- Gustafsson, H., (2020). *Om rättighetslagar: rättigheter och rättssäkerheter*.
- Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf). *Årsredovisning 2019*.

- Region Stockholm Habilitering och Hälsa. *Vardagsfärdigheter hos barn och ungdomar.*
- Region Stockholm Habilitering och Hälsa. *Vardagsfärdigheter hos vuxna.*
- Statistiska centralbyrån (2011). *Nu för tiden. En undersökning om svenska folkets tidsanvändning år 2010/11.*
- Sveriges kommuner och regioner (2009). Cirkulär 09:71, dnr 09/5292.
- Sveriges kommuner och regioner (2018). *Prövning av barnets bästa. Ett verktyg för styrning och ledning.*
- Sveriges kommuner och regioner (2015) *Barnets rättigheter i svensk praktik. FN:s stöd för regionalt och lokalt barnrättsarbete.*
- Van der Sluijs, J. *Obligatorisk ansvarsförsäkring – en patentrösning?*, Nordisk försäkringstidskrift, NFT 3/2008.
- Wilder, J., Axelsson, A.K. *Personlig assistans i familjen för barn och ungdomar med omfattande funktionsnedsättningar, Forskning om personlig assistans – en antologi*, Red. Altermark, Knutsson, Svensson Chowdhury (2018).

Kommittédirektiv 2020:3

Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn

Beslut vid regeringssammanträde den 23 januari 2020

Sammanfattning

En särskild utredare ska se över vissa frågeställningar inom personlig assistans enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS. Utredaren ska se över möjligheten att stärka rätten till personlig assistans för stöd vid egenvårdsinsatser. Vidare ska utredaren analysera och ge förslag på hur rätten till personlig assistans för behov av hjälp med tillsyn kan stärkas. Utredaren ska även göra en översyn av hur föräldraansvaret vid bedömningen av barns rätt till personlig assistans kan smalnas av.

De förslag som utredaren lämnar ska syfta till att öka kontinuiteten och förutsägbarheten inom personlig assistans och assistansersättning samt präglas av hög kvalitet och rättssäkerhet. Den personliga assistansen är ett av de individuella stöd och lösningar som bidrar till individens självständighet i enlighet med det nationella målet för funktionshinderspolicen. Utgångspunkten för utredaren ska vara att lämna förslag som bidrar till långsiktig stabilitet såväl ur ett individperspektiv som ur ett samhällsperspektiv och som är kostnadsmässigt hållbara.

Utredaren ska bl.a.

- ta ställning till och föreslå hur personlig assistans kan lämnas för stöd vid egenvårdsinsatser,
- analysera och ta ställning till hur personer som omfattas av personkretsen enligt LSS och som behöver hälso- och sjukvårdsåtgärder till följd av sina funktionsnedsättningar kan ges ändamålsenligt stöd,
- analysera gränsdragningen mellan egenvård och hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, och överväga om frågan ska regleras i författning på en högre nivå än myndighetsföreskrifter,
- analysera behovet av ändringar i nuvarande reglering av uppgiftslämnande och sekretess i ärenden om personlig assistans och assistansersättning för egenvårdsåtgärder,
- ta ställning till och föreslå hur rätten till personlig assistans för behov av hjälp med tillsyn kan stärkas,
- ta ställning till om en rättssäker tillämpning av föräldraansvaret vid bedömningen av det enskilda barnets rätt till personlig assistans kan uppnås genom kunskapsstöd eller riktlinjer eller om detta ansvar i stället bör smaltas av genom reglering i författning,
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska redovisas senast den 23 mars 2021.

Bakgrund

Regeringens funktionshinderspolitik utgår från Sveriges internationella åtaganden om mänskliga rättigheter. Målet är att Sverige med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt ska uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhället för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Funktionshinderspolitiken är en del i arbetet för ett mer jämlikt samhälle, där människors olika bakgrund eller förutsättningar inte ska avgöra möjligheten till delaktighet i samhället och där tillhandahållandet av individuella stöd och lösningar är en av de prioriterade inriktningarna för genomförandet

av funktionshinderspolitiken. Som framgår av LSS ska verksamheter enligt den lagen främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet med målet att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Verksamheten ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter, och vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (5 och 6 §§ LSS).

Förutsättningar för rätt till personlig assistans

Med personlig assistans avses enligt 9 a § första stycket LSS ett personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med grundläggande behov. De grundläggande behoven avser hjälp med andning, personlig hygien, måltider, att klä av sig och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade. Den som har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov har även rätt till insatser för andra personliga behov om behoven inte tillgodoses på annat sätt (9 a § andra stycket LSS). Om en person behöver personlig assistans för grundläggande behov som i genomsnitt omfattar mer än 20 timmar i veckan kan han eller hon ha rätt till statlig assistansersättning (51 kap. socialförsäkringsbalken).

Föräldraansvar vid bedömning av rätt till personlig assistans för barn

Barn med funktionsnedsättning som tillhör personkretsen i LSS har rätt till insatser enligt lagen och kan beviljas ersättning för kostnader för personlig assistans av kommunen eller staten. Bestämmelser om vårdnadshavares ansvar för barn finns i 6 kap. föräldrabalken. Av 6 kap. 1 § föräldrabalken framgår bl.a. att barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. Enligt 6 kap. 2 § andra stycket samma balk har den som har vårdnaden om ett barn ett ansvar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets behov av bl.a. omvårdnad, trygghet och en god fostran blir tillgodosedda.

Barnets vårdnadshavare svarar enligt bestämmelsen även för att barnet får den tillsyn som behövs med hänsyn till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter samt ska bevaka att barnet får tillfredsställande försörjning och utbildning. I syfte att hindra att barnet orsakar skada för någon annan ska vårdnadshavaren vidare enligt bestämmelsen svara för att barnet står under uppsikt eller att andra lämpliga åtgärder vidtas.

I 51 kap. socialförsäkringsbalken finns bestämmelser om assistansersättning. Enligt 51 kap. 6 § socialförsäkringsbalken ska det vid bedömningen av behovet av personlig assistans för barn bortses från det hjälpbehov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose enligt föräldrabalken med hänsyn till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter, det så kallade föräldraansvaret.

Någon reglering av föräldraansvaret inom den personliga assistansen finns inte i LSS. Av förarbetena till den ursprungliga regleringen i LSS framgår dock att föräldraansvaret enligt föräldrabalken ska beaktas vid bedömningen av rätten till personlig assistans till barn. Det saknas emellertid i dessa förarbeten uttalanden som kan ge närmare vägledning för hur bedömningen ska göras (jfr prop. 1992/93:159 s. 65 f. och s. 172). I samband med riksdagsbehandlingen av förslag till ändringar i LSS och den numera upphävda lagen (1993:388) om assistansersättning anfördes att det normala föräldraansvaret ska beaktas på så sätt att det bara är hjälpbehov som går utöver vad som är normalt för ett barn i ifrågavarande ålder som ska läggas till grund för bedömningen av behovet av personlig assistent (bet. 1995/96: SoU15 s. 18).

Egenvård och tillsyn

Personlig assistans kan inte lämnas för sjukvårdande insatser enligt HSL. En sjukvårdande insats som utförs som egenvård faller dock utanför HSL och personlig assistans kan då lämnas. Stöd vid egenvård är inte något eget grundläggande behov enligt LSS. Tidigare har dock det grundläggande behovet ”annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade” ansetts kunna omfatta hjälp med egenvårdsåtgärder och tillsyn på grund av medicinsk problematik. År 2015 slog dock Högsta förvaltningsdomstolen, förkortad HFD, fast att det grundläggande behovet ”annan hjälp som

förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade” uteslutande kan beviljas personer med psykisk funktionsnedsättning (HFD 2015 ref. 46). Tillsyn kan dock ingå i bedömningen av andra personliga behov, och kan då innebära mindre aktiva insatser, som inte heller förutsätter ingående kunskaper om personen (RÅ 2010 ref. 17).

Konsekvenser av praxisändring

Avgörandet HFD 2015 ref. 46 fick bl.a. till följd att flera personer som främst eller enbart hade fysiska funktionsnedsättningar och hade behov av stöd vid egenvårdsinsatser fick assistansersättningen indragen eller fick avslag vid nyansökan. Exempelvis gällde det personer med behov av hjälp med andning, sondmatning, shunt, epilepsi eller astma (Socialförsäkringsrapport 2015:13). Socialstyrelsen konstaterar i en uppföljning att den ändrade praxisen för assistansersättning har fått konsekvenser för den som behöver hjälp med egenvård (Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet, en analys av hur kommuner och brukare påverkas, 2017). Vidare konstateras att de som får sin assistansersättning indragen eller har fått avslag på ansökan om assistansersättning på grund av tillämpning av domarna i stället ansöker om och beviljas kommunala insatser enligt LSS och socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. Domarna om det grundläggande behovet ”annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade” har framför allt påverkat förutsättningarna att få personlig assistans för barn med funktionsnedsättning, särskilt vad gäller barn med stora behov av hjälp med egenvård.

Uppdraget att utreda rätten till personlig assistans för stöd vid egenvård

Egenvårdsinsatser kan i vissa fall utföras med stöd av personlig assistans

Egenvårdsinsatser kan i vissa fall utföras med stöd av personlig assistans. HFD har i avgörandet HFD 2018 ref. 21 klargjort att egenvård som avser något av de grundläggande behoven i vissa fall kan, om den hjälp som behövs är av tillräckligt integritetskänslig karaktär, ge rätt till insatsen personlig assistans eller assistansersättning. Egen-

vårdsinsatser som inte avser något av de grundläggande behoven kan vidare berättiga till personlig assistans eller assistansersättning för att tillgodose andra personliga behov i de fall där det konstaterats att den enskilde redan har rätt till personlig assistans för sina grundläggande behov (jfr HFD 2012 ref. 41).

Egenvård och hälso- och sjukvård

Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan. Bestämmelser om egenvård finns i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Egenvårdsinsatser kan vara allt från enklare åtgärder som exempelvis såromläggning till mer avancerade åtgärder som sondmatning, hemdialys eller respiratorvård i hemmet. Det finns inte någon lista av insatser som kan utgöra egenvård, utan det måste avgöras i varje enskilt fall och det är alltid den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen som gör bedömningen. Som en del i bedömningen ska det ingå en analys av om utförandet av egenvården kan innebära att patienten utsätts för risk att skadas (4 kap 5 §). Det anges vidare i 2 kap. 1 § i föreskrifterna att egenvård inte är hälso- och sjukvård i enlighet med HSL. Varken patientskadelagen (1996:799) eller patientsäkerhetslagen (2010:659) är tillämplig vid egenvård. Socialstyrelsens egenvårdsföreskrifter (SOSFS 2009:6) ställer krav på att bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård ska dokumenteras i patientens journal.

Kartläggning av egenvård och behov av tydliggjord gränsdragning

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen undersökt hur hälso- och sjukvården arbetar med egenvårdsinsatser (Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning 2017). Kartläggningen visar att genom att patienten själv eller med stöd av någon annan får utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet ges denne större möjligheter att leva sitt liv på liknande villkor som andra personer. Hälso- och sjukvårdens arbete med bedömningen av egenvård och den information som ges fungerar ofta bra vid kontakt med

patienten, eller när det gäller barn, med föräldrarna. När det är andra som ska hjälpa patienten med egenvården finner Socialstyrelsen att bilden är en annan. Patienter eller föräldrar får rollen som bärare av information om egenvård. När förutsättningarna ändras såsom när en ny assistent börjar eller ett barn börjar vistas på ett korttidshem, medför det inte alltid att hälso- och sjukvården gör en ny bedömning av om åtgärden fortfarande kan utföras som egenvård. Socialstyrelsen framhåller behovet av att hälso- och sjukvården gör en ny egenvårdsbedömning vid förändrade omständigheter. Skador i samband med utförandet av egenvård kan uppkomma även om den behandlande legitimerade yrkesutövaren har gjort bedömningen att egenvården kan ske utan att patienten utsätts för risk att skadas. Dessa skador omfattas inte av regelverken om vårdskador eller patientskadeersättning i hälso- och sjukvården, och information om antal och typ av skador saknas därför.

Vidare har Lagrådet i sitt yttrande över lagrådsremissen Personlig assistans för hjälp med andning haft synpunkter på frågor med anknytning till begreppen hälso- och sjukvård enligt HSL och egenvård och angett att begreppet hälso- och sjukvård är omfattande och delvis oklart. Enligt Lagrådet bör det övervägas om frågor om egenvård ska regleras i en författning på en högre nivå än i myndighetsföreskrifter. Lagrådet anför när det gäller frågan om patientsäkerhet att sedan beslut fattats om egenvård omfattas inte utförandet av vården av patientsäkerhetslagen. Inte heller gäller patientförsäkringen enligt patientskadelagen. Den som utför vård inom ramen för en LSS-insats omfattas inte av krav på att teckna en försäkring motsvarande patientförsäkringen. Om en brukare drabbas av en skada kan patientskadeersättning inte lämnas utan brukaren är hänvisad till att utverka skadestånd av den som kan vara ansvarig enligt skadeståndsrättsliga regler. I propositionen Personlig assistans för hjälp med andning (prop. 2018/19:145 s. 15) har regeringen i likhet med Lagrådet konstaterat att det finns gränsdragningsproblematik och oklarheter kring begreppen hälso- och sjukvård och egenvård. Det framgår vidare av propositionen (s. 22) att även flera remissinstanser såsom bl.a. Sveriges Kommuner och Landsting, numera Sveriges Kommuner och Regioner, och Socialstyrelsen lyfter fram problem som rör patientsäkerheten, gränsdragningen mellan hälso- och sjukvården och det samspel som krävs av de olika aktörerna enligt HSL och LSS för att den enskilde ska kunna få hjälp på ett patient-

säkert sätt. Mot bakgrund av detta har regeringen angett att frågor om rätten till personlig assistans för stöd vid egenvård ska utredas.

Patientsäkerhetsaspekter när egenvårdsbedömningen ändras

Åtgärder som kräver hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens för att tillgodose patientsäkerheten ska utföras inom ramen för HSL. När en åtgärd inte längre kan utföras som egenvård på ett patientsäkert sätt ska hälso- och sjukvården ändra sin egenvårdsbedömning. Innebörden av en sådan ändring är att åtgärden återgår till att vara hälso- och sjukvård enligt HSL och därmed upphör att vara assistansgrundande.

Ett flertal frågeställningar aktualiseras när de förhållanden som ligger till grund för en egenvårdsbedömning ändras. Om detta sker, t.ex. genom att den enskilde byter personlig assistent, måste hälso- och sjukvården få vetskap om det för att kunna ompröva egenvårdsbedömningen. Detta förutsätter oftast att den enskilde eller en anhörig anmäler det ändrade förhållandet till hälso- och sjukvården. Kommunen eller Försäkringskassan behöver vidare kunna ompröva beslutet om personlig assistans eller assistansersättning om en egenvårdsbedömning ändras av hälso- och sjukvården. Detta förutsätter dels att kommunen eller Försäkringskassan faktiskt får information om den ändrade egenvårdsbedömningen, dels att det finns rättsligt stöd för att ompröva rätten till personlig assistans eller assistansersättning.

Av 4 kap. 10 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrifter framgår att den som har gjort egenvårdsbedömningen ansvarar för att egenvården omprövas om förutsättningarna ändras och för att egenvården följs upp regelbundet, om det inte är uppenbart obehövt. Någon skyldighet för den enskilde att anmäla ändrade förhållanden som kan påverka egenvårdsbedömningen följer inte av HSL eller författningar som har meddelats med stöd av bemyndiganden i HSL.

Enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde lider men. Försäkringskassan har påpekat att myndigheten inte får kännedom om ändrade egenvårdsbedömningar, om inte den enskilde eller den som har tagit emot assistansersättningen anmäler det (se

prop. 2018/19:145 s. 16). Det finns därmed en risk att assistansersättning lämnas felaktigt för åtgärder som utgör hälso- och sjukvård enligt HSL. Hos Försäkringskassan gäller enligt 28 kap. 1 § OSL sekretess i ärenden om bl.a. assistansersättning för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs. Inom socialtjänsten gäller enligt 26 kap. 1 § OSL sekretess för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Verksamhet enligt LSS jämföras enligt bestämmelsen med socialtjänst.

Det finns bestämmelser om tystnadsplikt inom den enskilda hälso- och sjukvården och inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som avser insatser enligt LSS. Av 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen framgår att den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården inte obehörigen får röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Vidare framgår av 29 § LSS att den som är eller har varit verksam inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som avser insatser enligt nämnda lag inte obehörigen får röja vad denne därvid har erfarit om enskildas personliga förhållanden.

Enligt 110 kap. 46 § socialförsäkringsbalken ska den som ansöker om, har rätt till eller annars får en förmån enligt balken anmäla sådana ändrade förhållanden som påverkar rätten till eller storleken av förmånen. Enligt bestämmelsens tredje stycke ska anmälan som gäller assistansersättning även göras av den till vilken assistansersättning har betalats ut enligt 51 kap. 19 §, om denne har kännedom om de ändrade förhållandena. Av 51 kap. 19 § socialförsäkringsbalken framgår att Försäkringskassan på begäran av den försäkrade får besluta att betala ut assistansersättning till en kommun eller till någon annan som har tillstånd att bedriva verksamhet med personlig assistans enligt 23 § LSS. Enligt 110 kap. 52 § socialförsäkringsbalken får ersättning enligt balken (t.ex. assistansersättning) dras in eller sättas ned om den försäkrade eller den som annars får ersättningen inte har anmält ändrade förhållanden som påverkar rätten till eller storleken av förmånen. Omprövning av rätten till assistansersättning regleras i 51 kap. 12 § socialförsäkringsbalken. Av bestämmelsen framgår att rätten till assistansersättning ska omprövas i den utsträckning som

denna rätt har minskat i omfattning på grund av väsentligt ändrade förhållanden som är hänförliga till den försäkrade. Det finns inget förarbetsuttalande eller avgörande från HFD som avser frågan hur bestämmelserna om anmälningsskyldighet och omprövning i socialförsäkringsbalken ska tillämpas i ärenden om assistansersättning för egenvårdsåtgärder.

Någon bestämmelse om anmälningsskyldighet för den enskilde vid ändrade förhållanden finns inte i LSS. Det finns inte heller någon bestämmelse om omprövning i LSS. Frågan har uppmärksamats av Justitieombudsmannen som påpekat att det finns anledning för regeringen att överväga behovet av en reglering av förutsättningarna för omprövning och ändring av gynnande beslut enligt LSS (se JO 2018/19 s. 577). Avsaknaden av en omprövningsbestämmelse i LSS innebär att 37 § förvaltningslagen (2017:900) är tillämplig. Av denna bestämmelse framgår att ett beslut som till sin karaktär är gynnande för någon enskild part får ändras till den enskildes nackdel bara om det framgår av beslutet eller de föreskrifter som det har grundats på att beslutet får återkallas under vissa förutsättningar, om tvingande säkerhetsskäl kräver att beslutet ändras omedelbart eller om felaktigheten beror på att parten har lämnat oriktiga eller vilseledande uppgifter. Hänsyn till människors liv och hälsa anges i förarbetena till förvaltningslagen som ett exempel på tvingande säkerhetsskäl (se prop. 2016/17:180 s. 329).

Behovet av en utredning om stöd vid egenvård

Mot bakgrund av förändrad praxis finns det anledning att kartlägga och överväga om personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar får ett ändamålsenligt stöd enligt LSS, SoL och HSL. Det finns även anledning att lämna förslag om hur personlig assistans kan lämnas för stöd vid egenvårdsinsatser. För personer som ingår i personkretsen enligt LSS är det viktigt med möjlighet till en säker vård och stöd med kontinuitet. Personer med omfattande funktionsnedsättningar som behöver hälso- och sjukvårdsåtgärder till följd av sina funktionsnedsättningar behöver kunna ges ett sammanhållet och ändamålsenligt stöd, utan att patientsäkerheten äventyras. Som beskrivits ovan har regeringen i likhet med Lagrådet konstaterat att det finns gränsdragningsproblem och oklarheter kring begreppen hälso- och

sjukvård och egenvård. Det finns anledning att överväga om frågan bör regleras tydligare i författning. Det saknas vidare krav på att den som utför personlig assistans ska teckna en försäkring motsvarande patientförsäkringen. Därutöver är åtgärder som är hälso- och sjukvård enligt HSL inte assistansgrundande. Rätten till personlig assistans och assistansersättning måste av patientsäkerhetsskäl kunna omprövas i sådana fall där en ny bedömning av hälso- och sjukvården innebär att åtgärden inte längre kan utföras som egenvård.

Utredaren ska därför

- ta ställning till och föreslå hur personlig assistans kan lämnas för stöd vid egenvårdsinsatser,
- analysera och ta ställning till hur personer som omfattas av personkretsen enligt LSS och som behöver hälso- och sjukvårdsåtgärder till följd av sina funktionsnedsättningar kan ges ändamålsenligt stöd,
- analysera gränsdragningen mellan egenvård och hälso- och sjukvård enligt HSL och överväga om frågan ska regleras i författning på en högre nivå än myndighetsföreskrifter,
- analysera om det bör införas krav på en försäkring motsvarande patientförsäkring när personlig assistans lämnas för egenvårdsåtgärder,
- analysera behovet av att reglera förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens omprövning av egenvårdsbedömningar,
- analysera behovet av bestämmelser som bryter sekretess och tystnadsplikt för att möjliggöra att nödvändig information kan lämnas mellan hälso- och sjukvården, kommunen, Försäkringskassan och assistansanordnare i ärenden om personlig assistans och assistansersättning för egenvårdsåtgärder,
- analysera om socialförsäkringsbalkens bestämmelser om anmälningsskyldighet och omprövning är ändamålsenliga i ärenden om assistansersättning för egenvårdsåtgärder,
- analysera om det bör införas bestämmelser om anmälningsskyldighet och omprövning av gynnande beslut i LSS i ärenden om personlig assistans för egenvårdsåtgärder,
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Vid de analyser som ska göras ska utredaren beakta Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

Det ingår inte i utredarens uppdrag att lämna förslag på ändringar i skadeståndslagen (1972:207).

Om utredaren föreslår en omprövningsbestämmelse i LSS för ärenden om personlig assistans för egenvårdsåtgärder, ska utgångspunkten vara att omprövning enligt bestämmelsen endast ska göras i den utsträckning som rätten till personlig assistans har förändrats på grund av den ändrade egenvårdsbedömningen (jfr 51 kap. 12 § socialförsäkringsbalken). Någon fullständig omprövning av rätten till personlig assistans ska således inte göras. Utredaren ska inte heller lämna något förslag som innebär att en ändrad egenvårdsbedömning ska föranleda en fullständig omprövning av rätten till assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken.

Uppdraget att utreda rätten till personlig assistans vid hjälp med tillsyn

Det grundläggande behovet ”annan hjälp som förutsätter ingående kunskap om den funktionshindrade” infördes i LSS efter förslag från socialutskottet 1996 (bet. 1995/96:SoU15). Assistans skulle också kunna ges i andra situationer där den enskilde behöver kvalificerad hjälp och som ingår i det dagliga livet. Efter införandet beviljades personer med såväl psykiska som fysiska funktionsnedsättningar tid för detta behov.

Den andel personer som nybeviljades assistansersättning för det grundläggande behovet ”annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade” har ökat över tid, och år 2014 hade 25 procent av dem som beviljades ersättning beviljats tid för detta behov. I dessa direktiv avses med begreppet tillsyn övervakning som behövs på grund av psykisk eller fysisk funktionsnedsättning (inklusive ingripanden) och aktiverings- och motiveringsinsatser.

Genom avgörandet HFD 2015 ref. 46 har praxis ändrats så att det grundläggande behovet ”annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade” endast gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. Det innebär att om personens psy-

kiska funktionsnedsättning kräver att han eller hon ges aktiv tillsyn som snarast är att likna vid övervakning kan en sådan tillsyn utgöra ett grundläggande behov. Det kan också vara en situation där den enskilde har behov av att någon finns till hands för att ge förebyggande stöd eller avbryta situationer som kan vara farliga. Tillsynen ska anses vara kvalificerad och konsekvenserna ska vara allvarliga vid utebliven tillsyn både vad gäller motivering och risker vid utåtagerande beteende.

Den som har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov har dock även rätt till insats enligt 9 § 2 LSS för andra personliga behov om behoven inte tillgodoses på annat sätt. Personer med endast fysiska funktionsnedsättningar som beviljas assistansersättning kan även efter den ändrade praxisen 2015 ha rätt till tid för tillsyn som andra personliga behov. Försäkringskassan anger att den ändrade tillämpningen har inneburit att betydligt färre personer beviljas tid för aktiv tillsyn av övervakande karaktär som ett grundläggande behov (Socialförsäkringsrapport 2017:4). I stället har antalet personer som beviljas tid för tillsyn på grund av andra personliga behov ökat. Det sker alltså en omfördelning från tid för grundläggande behov till tid som ges på grund av andra personliga behov. I båda fallen handlar det om att personer har behov av hjälp med tillsyn. Personer som beviljas tid för tillsyn får i genomsnitt betydligt fler timmar beviljade än andra. Behov av aktiv tillsyn innebär ofta att assistansmottagaren beviljas assistansersättning all vaken tid eller dygnet runt, eftersom man inte vet i förväg när en allvarlig situation kan uppstå.

Andelen personer som beviljas tid för behovet ”annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade” första gången de ansöker om personlig assistans har fortsatt att minska de senaste åren, från cirka 25 procent 2014 till cirka 5 procent 2017. Den förändring som har skett i praxis anges också vara en av orsakerna till att det för tillfället sker en nedgång i ökningen av antalet beviljade timmar i assistansersättningen. Försäkringskassan anger att det kan bero på myndighetens förtydliganden av tillsyn, delvis till följd av avgörandet HFD 2015 ref. 46, men också på grund av ett förtydligande av definitionen i styrande dokument (Försäkringskassan Rapport – Resultatindikatorer för assistansersättning 2019 s. 21).

Behovet av en utredning om rätten till personlig assistans vid behov av tillsyn

Ändringen av praxis har inneburit att färre personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar beviljas personlig assistans för tillsyn för sina grundläggande behov. Det finns därför skäl att utreda hur personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar kan få en stärkt rätt till personlig assistans vid behov av hjälp med tillsyn.

Utredaren ska därför

- kartlägga behovet av hjälp med tillsyn för personer som har stora och varaktiga funktionsnedsättningar och som omfattas av personkretsen enligt LSS,
- analysera hur personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar och som omfattas av personkretsen enligt LSS kan få ändamålsenlig hjälp med tillsyn,
- ta ställning till och föreslå hur rätten till personlig assistans för behov av hjälp med tillsyn kan stärkas,
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att utreda bedömningen av föräldraansvaret inom personlig assistans

När behovet av personlig assistans bedöms för ett barn ska det bortses från det hjälpbehov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose enligt föräldrabalken (51 kap. 6 § socialförsäkringsbalken). Vid bedömning av rätten till assistansersättning för barn ska ersättning således endast betalas ut för sådan hjälp som inte ingår i det ansvar en förälder normalt har för ett barn i motsvarande ålder. Det är en svår uppgift att bedöma vad som ingår i ett normalt föräldraansvar för ett barn i en viss ålder. Tiden och den arbetsinsats som krävs för föräldrar till barn med funktionsnedsättningar motsvarar inte den arbetsinsats som ingår i ett normalt föräldraansvar. För små barn ansvarar föräldern för barnens behov en relativt stor del av tiden, och för denna tid kan assistansersättning inte beviljas. Föräldraansvarets omfattning i den personliga assistansen har varit föremål för prövning i HFD vid ett antal tillfällen (se RÅ 1997 ref. 23, RÅ 2004 ref. 16, RÅ 2008 ref. 17, RÅ 2010 ref. 17 och HFD 2011

not. 81). Försäkringskassans tillämpning av hur föräldraansvar ska bedömas grundar sig på rättspraxis, och som stöd finns bl.a. en rättsfallsöversikt (Rättslig uppföljning 2015:1).

I avgörandet RÅ 1997 ref. 23 uttalar HFD exempelvis att hjälp med de grundläggande behoven enligt LSS är av begränsad omfattning för ett friskt barn i tolv års ålder. Till följd av domen bedömer Försäkringskassan att föräldraansvaret för de grundläggande behoven fasats ut för barn från och med tolv års ålder.

Försäkringskassan har även i ett rättsligt ställningstagande (FKRS 2018:1) angett att vid väntetid under dygnsvila, vilket i princip kan liknas vid jour under nattetid, ska bedömningen göras på samma sätt som under övrig tid på dygnet. Om föräldrarnas aktiva insatser eller uppvaknanden nattetid är så frekventa att deras sömn störs i en omfattning som inte gäller föräldrar till barn utan funktionsnedsättning, ska det inte anses ingå i normalt föräldraansvar.

Barn som har assistansersättning eller personlig assistans

Barn beviljas i genomsnitt färre assistanstimmar än vuxna. I december 2018 fanns det cirka 2 800 barn i åldern 0–19 år som hade beslut om personlig assistans genom Försäkringskassan. Av dessa var 42 procent flickor och 58 procent pojkar.

I genomsnitt får varje barn eller ungdom upp till 19 år som får assistans i genomsnitt 110 timmar assistans per vecka. Antalet timmar skiljer sig åt beroende på barnets ålder. Små barn upp till fem år har i genomsnitt 126 timmar assistans i veckan och barn i åldrarna 6–11 år har 104 timmar. Skillnader i timmar beror på att Försäkringskassan i sin bedömning av behovet av assistans räknar bort det hjälpbehov som en vårdnadshavare normalt ska tillgodose oavsett om barnet har en funktionsnedsättning eller inte samt den tid barnet vistas i barnomsorg, skola eller daglig verksamhet.

Det finns inte någon systematisk skillnad i genomsnittligt antal timmar mellan flickor och pojkar (Försäkringskassan Rapport – Resultatindikatorer för assistansersättning 2019).

I december 2018 fanns det cirka 1 600 barn och ungdomar i åldern 0–22 år som hade beslut om personlig assistans genom kommunen. Av dessa var 38 procent flickor och 62 procent pojkar. För barn i

åldrarna 0–6 år var antalet flickor cirka 75 stycken och pojkar cirka 120 stycken.

Det finns ett stort tolkningsutrymme när det gäller föräldraansvarets omfattning

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) anger i rapporten Vad är normalt? (Rapport 2014:6) att det under åren i olika sammanhang har konstaterats att Försäkringskassan saknat verktyg för att säkerställa en enhetlig och rättssäker tillämpning av principen om föräldraansvar i assistansersättningen. ISF gör i rapporten bedömningen att detta problem kvarstår. ISF påpekar vidare att bestämmelsen om föräldraansvar i socialförsäkringsbalken ger ett stort tolkningsutrymme samtidigt som det inte framgår av förarbetena hur föräldraansvaret ska avgränsas och bedömas. ISF konstaterar att hur reglerna om föräldraansvaret inom personlig assistans tillämpas i stället styrs av prejudikat och Försäkringskassans styrande dokument. ISF:s granskning visar att handläggare på Försäkringskassan anser att det är svårt att bedöma vad som ingår i ett föräldraansvar och att det handläggargröd som finns inte räcker till. Det är enligt ISF svårt för handläggarna att slå fast vad som ligger i ett normalt föräldraansvar, vilket innebär en risk för osakliga skillnader i besluten. ISF rekommenderar därför regeringen att låta utreda den rättsliga regleringen av föräldraansvaret.

Sedan ISF:s rapport har Försäkringskassan publicerat en rättsfallsöversikt och mot bakgrund av kammarrätternas avgöranden gjort vissa uttalanden om vad som ingår i ett normalt föräldraansvar. Syftet anges vara att underlätta handläggarnas bedömning av föräldraansvaret och göra tillämpningen mer förutsägbar och enhetlig (Vägledning 2003:6 ver. 25 s. 58).

I betänkandet Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen (SOU 2018:88) analyseras hur det tydligare kan regleras vad som ska avses med vårdnadshavares ansvar vid bedömningen av behovet av personlig assistans. I betänkandet anges att bedömningen av föräldraansvar bör stödjas på riktlinjer och kunskapsstöd i stället för föreskrifter. Utredaren menar att en reglering av vårdnadshavarens ansvar framstår som komplex och svår att genomföra. Ställningstagandet bygger på svårigheten att slå fast vad varje barn kan förväntas kunna vid en specifik ålder där hänsyn ska tas till barns mognads-

grad. Kunskapsstöd är enligt utredaren en mer framkomlig väg och borde bidra till att enhetlighet uppnås i tillämpningen.

Behovet av en utredning av föräldraansvaret vid bedömningen av barns rätt till personlig assistans

Frågan om föräldraansvar är komplicerad och innebär att barn med funktionsnedsättningar med individuella behov och förutsättningar ska jämföras med vad som är normalt för barn utan funktionsnedsättning i samma ålder. Utredaren ska ta ställning till om föräldraansvaret vid bedömningen av barns rätt till personlig assistans kan förtydligas och smalnas av genom tydliggörande i exempelvis kunskapsstöd eller om det krävs ändringar i regleringen av föräldraansvaret inom personlig assistans.

Vid behov ska utredaren lämna förslag till lagändringar i såväl socialförsäkringsbalken som LSS som innebär att barnets behov av personlig assistans respektive assistansersättning i högre utsträckning än i dag ska bedömas med hänsyn till det enskilda barnets förutsättningar. Utgångspunkten för utredaren ska vara att barns rätt till personlig assistans ska säkerställas på ett ändamålsenligt sätt och att föräldrar till barn med funktionsnedsättning ska ha rätt till den avlastning de behöver för att kunna förena familjeliv med arbete på samma sätt som andra föräldrar. Frågan om relationen mellan föräldraansvaret och barnets behov av tillsyn ska belysas. I detta ingår att analysera föräldraansvaret och barnets behov av personlig assistans nattetid.

Utredaren ska beakta FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Barnkonventionen anger att barnet ska ses som en individ med egna rättigheter. En av barnkonventionens fyra grundprinciper betonar att det vid alla åtgärder som rör ett barn i första hand ska beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Riksdagen har beslutat att anta regeringens förslag att göra barnkonventionen till lag. Lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter trädde i kraft den 1 januari 2020. Denna inkorporering av barnkonventionen innebär ett förtydligande av att rättstillämpare ska beakta de rättigheter som följer av barnkonventionen vid avvägningar och bedömningar som görs i beslutsprocesser i mål och ärenden som rör barn. Vidare innebär en inkorporering att barnets roll som rättssubjekt med egna specifika rättigheter tydlig-

görs, vilket kan förväntas medverka till att barnet i högre grad hamnar i fokus i de situationer som gäller barnet. Vid bedömning och utredning av föräldraansvaret bör därför principen om barnets bästa beaktas och hänsyn tas till de rättigheter barnet har enligt konventionen. Hänsyn måste även tas till att vårdnadshavaren kan ha ansvar för fler barn i familjen som också ska få sina rättigheter tillgodosedda.

Utredaren ska därför

- undersöka om omfattningen av föräldraansvaret vid bedömning av barns rätt till personlig assistans bör regleras på ett tydligare sätt,
- ta ställning till om en rättssäker tillämpning av föräldraansvaret vid bedömningen av det enskilda barnets rätt till personlig assistans kan uppnås genom kunskapsstöd eller riktlinjer eller om detta ansvar i stället bör smalnas av genom reglering i författning,
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Det ingår inte i utredarens uppdrag att föreslå ändringar i föräldrabalken.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska beskriva och kvantifiera de samhällsekonomiska effekterna av de förslag som lämnas. De offentligfinansiella effekterna av förslagen ska beräknas. Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen samt ekonomiska konsekvenser för stat, kommuner och regioner ska beskrivas och beräknas.

I 14 kap. 3 § regeringsformen anges att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen. Det innebär att en proportionalitetsprövning ska göras under lagstiftningsprocessen. Om något av förslagen i betänkandet påverkar det kommunala självstyret ska därför, utöver dess konsekvenser, också de särskilda avvägningar som lett fram till förslagen särskilt redovisas.

Om förslagen innebär offentligfinansiella kostnader ska förslag till finansiering lämnas. De förslag som lämnas ska föregås av en analys av samhällsekonomiska effekter som tar hänsyn till och beskriver

de effekter som uppstår vid omfördelning av ansvar och kostnader mellan stat, regioner, kommuner och individer. Vidare ska utredaren beskriva berörda aktörers ansvar och kostnader för det fall att nuvarande fördelning lämnas oförändrad.

Utredaren ska ta ställning till hur de förslag som lämnas kan utvärderas och om och i så fall hur beskriva hur en utvärdering kan gynnas av t.ex. stegvis införande.

Utredaren ska vidare särskilt beakta konsekvenser av de förslag som lämnas ur ett patientsäkerhetsperspektiv, ett funktionshinderperspektiv utifrån bl.a. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning samt ett barnrättsligt perspektiv, bl.a. utifrån barnkonventionen.

Konsekvensanalysen avseende jämställdhet ska beskriva förslagens eventuella skillnader för kvinnor och män samt flickor och pojkar, såväl för brukare som för vårdnadshavare och anhöriga.

Arbetets genomförande, kontakter och redovisning av uppdraget

De förslag som utredaren lämnar ska syfta till att öka kontinuiteten och förutsägbarheten inom personlig assistans och assistansersättning. Den personliga assistansen är ett av de individuella stöd och lösningar som bidrar till individens självständighet i enlighet med det nationella målet för funktionshinderspolitiken. Utgångspunkten för utredaren ska vara att lämna förslag som bidrar till långsiktig stabilitet såväl ur ett individperspektiv som ur ett samhällsperspektiv och som är kostnadsmässigt hållbara. Möjligheten att säkerställa en god kontroll för ett effektivt och rättssäkert nyttjande av personlig assistans ska också beaktas.

Viktiga ställningstaganden som har gjorts vid utformningen av förslagen ska beskrivas. Vidare ska alternativa lösningar som har övervägts beskrivas liksom skälen till att de har valts bort. De olika offentliga aktörernas ansvar och roller ska övervägas så att rätt insats kan ges.

Eventuella förslag som påverkar skyddet för den personliga integriteten ska följas av analyser samt proportionerliga och tydliga avvägningar där alternativa metoder och mindre integritetskränkande alternativ ska övervägas eller där förslag på särskilda integritetsskyddande åtgärder lämnas.

Utredaren ska i sitt arbete beakta pågående reformarbete med LSS och assistansersättningen.

Utredaren ska lämna tillfälle för berörda myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner och funktionshindersorganisationerna att bidra med kunskap och att framföra sina synpunkter under utredningens gång.

Utredaren ska hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om hur arbetet fortskrider. Uppdraget ska redovisas senast den 23 mars 2021.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2020:90

Tilläggsdirektiv till Utredningen stärkt assistans (S 2020:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 3 september 2020

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 23 januari 2020 kommittédirektiv om stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn (dir. 2020:3). Uppdraget skulle enligt de ursprungliga direktiven redovisas senast den 23 mars 2021.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 24 maj 2021.

(Socialdepartementet)

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning: Rättigheten till personlig assistans och särskilt om begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'.

jur.dr. Anna Bruce
Raoul Wallenberg Institute of Human Rights
Anna.bruce@rwi.lu.se

Innehållsförteckning

1.	INLEDNING	4
2.	ETT HELHETSGREPP PÅ CRPD	6
2.1.	Inledning	6
2.2.	En översikt över rättigheterna i CRPD	6
2.3.	CRPD: s ideologiska kompass	10
2.3.1.	Förståelsen av funktionshinder och personer med funktionsnedsättning i CRPD	10
2.3.2.	CRPD: s grundläggande principer.....	13
3.	STATENS ALLMÄNNA GENOMFÖRANDEANSVAR UNDER CRPD.....	18
3.1.	Inledning	18
3.2.	Med vilka medel ska staten agera?	19
3.2.1.	Lagstiftning	20
3.2.2.	Administrativa och rättsliga processer	20
3.2.3.	Budgetering och tilldelning av medel	21
3.2.4.	Bred integrering av rättigheterna i CRPD och funktionshinderfrågor i styrning och verksamhet	22
3.2.5.	Nära samråd med och involvering av organisationer och personer med funktionsnedsättning...	22
3.2.6.	Insamling av data samt uppföljning och övervakning av CRPD: s genomförande	23
3.2.7.	Kompetensutveckling och medvetandegörande	25
3.2.8.	Normer och riktlinjer för tillgänglighet (inklusive universell utformning)	26
3.2.9.	Forskning, utveckling, information och främjande av tillgång till ny teknik (inklusive universell utformning).....	27
3.3.	När ska staten agera?	27
3.3.1.	Omedelbart eller gradvis förverkligande?.....	27
3.3.2.	Retgression.....	29
3.4.	Vem ska genomföra rättigheterna i CRPD?	30
4.	ALLMÄNT OM ARTIKEL 19 RÄTT ATT LEVA SJÄLVSTÄNDIGT OCH ATT DELTA I SAMHÄLLSGEMENSKAPEN	32
4.1.	Inledning	32
4.2.	Översikt över Artikel 19 och dess mål	32
4.3.	Paragraf (a) om boende	34
4.4.	Paragraf (b) om individanpassad samhällsservice	35
4.5.	Paragraf (c) om allmän samhällsservice	38
4.6.	Samspelet mellan de olika aspekterna i Artikel 19	39

5. SÄRSKILT OM RÄTTEN TILL PERSONLIG ASSISTANS OCH STATENS GENOMFÖRANDEANSVAR ENLIGT CRPD	41
5.1. Inledning	41
5.2. Rättigheten till personlig assistans under CRPD	41
5.2.1. Personlig assistans är en individanpassad stödform med särställning	42
5.2.2. Konturerna av rättigheten till personlig assistans	42
5.2.3. Relationen mellan personlig assistans och andra individanpassade stödformer	44
5.3. Statens genomförandeansvar för rättigheten till personlig assistans under CRPD	44
5.3.1. Med vilka medel ska staten agera?	45
5.3.2. När ska staten agera för att genomföra rättigheten till personlig assistans?	51
5.3.3. Vem ska genomföra rättigheten till personlig assistans i CRPD?	54
5.3.4. Sammanfattning av statens ansvar för genomförandet av rättigheten till personlig assistans.	55
6. ÖVERSIKTLIG JÄMFÖRELSE AV REGLERING AV PERSONLIG ASSISTANS I CRPD OCH CRC ..	58
7. RÄTTIGHETEN TILL PERSONLIG ASSISTANS UNDER CRPD OCH BEGREPPEN 'FÖRÄLDRAANSVAR', 'EGENVÅRD' OCH 'TILLSYN'	64
7.1. Inledning	64
7.2. Begreppet 'föräldraansvar' utifrån CRPD	65
7.2.1. Inledning	65
7.2.2. Rättighetsfrågan	66
7.2.3. Tolkning av artiklar med bäring på frågan om 'föräldraansvar'	67
7.3. Begreppet 'egenvård' utifrån CRPD	74
7.3.1. Inledning	74
7.3.2. Rättighetsfrågan	75
7.3.3. Tolkning av artiklar med bäring på frågan om 'egenvård'	77
7.4. Begreppet 'tillsyn' utifrån CRPD	83
7.4.1. Inledning	83
7.4.2. Rättighetsfrågan	83
7.4.3. Tolkning av artiklar med bäring på frågan om 'tillsyn'	84
7.5. Sveriges genomförandeansvar under CRPD i relation till begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'	88
KÄLLFÖRTECKNING	94

1. Inledning

Denna rapport innehåller en juridisk analys av regleringen av stödformen personlig assistans i Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (Konventionen eller CRPD).¹ Rapporten är en beställning från Utredningen för en stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn.² Uppdraget från Utredningen är att fastställa på vilka sätt CRPD reglerar Sveriges utrymme att tillämpa de juridiska konstruktionerna 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn' på ett sätt som begränsar rättigheten till personlig assistans.

Tillvägagångssättet i rapporten är tolkning av internationell rätt i enlighet med Wienkonventionen om traktaträtten.³ Då rättigheterna i CRPD är allmänt hållna har Allmänna Kommentarer av Kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD-Kommittén eller Kommittén) använts som utgångspunkt för att identifiera centrala aspekter av rättigheten till personlig assistans.⁴

Fokus ligger på hur Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen⁵ tillsammans med de andra artiklarna i CRPD skapar anspråk för individen och skyldigheter för staten. Rapporten behandlar både innehållet i rättigheten till personlig assistans i CRPD och hur denna rättighet ska förverkligas.

Rättigheten till personlig assistans är en nyckel till ett större livssammanhang, utan vilket den svårigen kan förstås. Rapporten har därför en bred ansats som slutligen kokas ned till implikationerna av rättigheterna i CRPD för de tre begrepp som är Utredningens fokus: 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'.

¹ FN: s Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, antagen 2006. Tack till Frida Wall (LL.M), forskningspraktikant vid Raoul Wallenberg Institutet för Mänskliga Rättigheter, för assistans med materialinsamling.

² Refereras hädanefter till som Utredningen. Utredningens uppdrag är beskrivet i Kommittédirektiv Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn. Refereras hädanefter till som Direktiv 2020:3.

³ Wienkonventionen om traktaträtten, antagen 1969. Refereras hädanefter till som Wienkonventionen.

⁴ Allmänna Kommentarer utgör inte en juridisk bindande rättskälla och är följaktligen inte per se en bindande tolkning av CRPD. Oaktat detta är CRPD-Kommittén den aktör med mest aggregerad kunskap om rättigheterna i CRPD och dess förverkligande, främst genom Kommitténs lagstadgade interaktion med konventionsstaterna. På så sätt behandlas Kommitténs uttalande som en utgångspunkt, om än med samma krav på förenlighet med Wienkonventionen som all annan tolkning, oavsett avsändare. Kommentarererna är översatta till svenska av Myndigheten för delaktighet (refereras hädanefter MFD) och är tillgängliga på <https://www.mfd.se/vart-uppdrag/publikationer/fns-konvention-och-allmanna-kommentar/>. Dessa översättningar används i rapporten. Även Allmänna Kommentarer av andra övervakningskommittéer refereras i rapporten, främst av Kommittén för barnets rättigheter (refereras hädanefter till som CRC-Kommittén). Då används översättningar av Barnombudsmannen (refereras hädanefter till som BO), tillgängliga på <https://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/barnkonventionen/allmanna-kommentarer/>.

⁵ Den svenska översättningen av CRPD (SÖ 2008:26) används genomgående, med undantag för Artikel 19. Avsteg görs här i relation till översättning av "community", då "samhällsgemenskapen" är en mer rättvisande översättning än "samhället". Den senare termen används även av MFD i deras översättning av CRPD Allmän Kommentar 5 om ett självständigt liv och att vara inkluderad i samhällsgemenskapen (2017). Refereras hädanefter till som CRPD Allmän Kommentar 5. Avsteg görs även i relation till "personal assistance", då "personlig assistans" är en mer rättvisande översättning än "personligt stöd". Se vidare nedan noterna 77 och 108. Här ska påminnas om att originalversionerna av CRPD är de som är rättsligt bindande för Sverige och inte den svenska översättningen. Se CRPD Artikel 50 Giltiga texter.

Kapitel 2 ger en översikt över CRPD och de anspråk och åtaganden den skapar i konventionsstaterna, samt hur dessa samspelar i relation till en enskild fråga såsom personlig assistans. Kapitel avslutas med en framställning av de grundläggande ideologiska dragen som går som en röd tråd genom anspråken och skyldigheterna i CRPD: förståelsen av funktionshinder (Preamble (e) och Artikel 1 (2) Syfte) samt de grundläggande principerna (Artikel 3 Allmänna principer). Dessa drag utgör en nödvändig förförståelse för tolkning av varje anspråk och åtagande i CRPD.

Kapitel tre innehåller en analys av statsansvarets utformning under CRPD. Fokus ligger på samspelet mellan anspråk och åtaganden, samt på grundläggande utgångspunkter för de åtaganden som CRPD skapar. Dessa utgångspunkter handlar om *vilken* förändring som ska åstadkommas, *när* förändringen ska ske och *hur* förändringen ska komma till stånd (vilka system, styrmedel, mekanismer, åtgärder och insatser som krävs av staten).

Detta följs, i Kapitel fyra, av en analys av Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen. Fokus ligger på att förmedla det rättsliga sammanhang där personlig assistans samspelar med andra insatser för att nå artikelns mål: ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen.

I Kapitel fem följer en analys av rättigheten till personlig assistans i CRPD, och de anspråk och åtaganden rättigheten ger upphov till.

Eftersom Utredningens uppdrag även omfattar FN:s Konvention om barnets rättigheter (CRC)⁶ innehåller Kapitel sex en översikt av rättigheten till personlig assistans under CRC mot bakgrund av CRPD.

Rapportens sista kapitel, Kapitel sju, innehåller en analys av CRPD riktad mot Utredningens huvudsakliga fokus: den svenska regleringen av 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn' samt hur dessa rättsliga konstruktioner påverkar möjligheten att bli beviljad personlig assistans i Sverige.⁷ Här fastställs vilka ramar CRPD och särskilt rättigheten till personlig assistans i Artikel 19 sätter för en konventionsstat som Sveriges utrymme att reglera frågor om 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'.

⁶ FN:s Konvention om barnets rättigheter, antagen 1989.

⁷ Direktiv 2020:3 s. 1.

2. Ett helhetsgrepp på CRPD

2.1. Inledning

Enskilda fenomen kopplade till mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning sorterar ofta naturligt under en specifik artikel i CRPD. Denna artikel blir utgångspunkten för att besvara frågan om vilka anspråk och åtaganden fenomenet aktualiserar. Personlig assistans leder oss exempelvis till Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen. För att tolka de abstrakta formuleringarna i Artikel 19, samt läsa mellan raderna för att besvara frågor som inte är uttryckligen reglerade i artikeln, behövs en översiktlig kunskap om vilka livsområden CRPD täcker. Det krävs även en medvetenhet om de ideologiska grunddragen som genomsyrar hela Konventionen. Detta är särskilt viktigt i relation till frågor om personlig assistans. Personlig assistans är ett verktyg som är nära kopplat till många av CRPD:s grundläggande principer, samt har som funktion att förverkliga rättigheter inom alla de olika livsområden som täcks av CRPD och därmed av de mänskliga rättigheterna i allmänhet.

2.2. En översikt över rättigheterna i CRPD

Artikel 1 Syfte
Artikel 2 Definitioner
Artikel 3 Allmänna principer
Artikel 4 Allmänna åtaganden
Artikel 5 Jämlikhet och icke-diskriminering
Artikel 6 Kvinnor med funktionsnedsättning
Artikel 7 Barn med funktionsnedsättning
Artikel 8 Medvetandegörande om situationen för personer med funktionsnedsättning
Artikel 9 Tillgänglighet
Artikel 10 Rätten till liv
Artikel 11 Risk-situationer och humanitära nödlägen
Artikel 12 Likhet inför lagen
Artikel 13 Tillgång till rättssystemet
Artikel 14 Frihet och personlig säkerhet
Artikel 15 Rätt att inte utsättas för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning
Artikel 16 Rätt att inte utsättas för utnyttjande, våld eller övergrepp
Artikel 17 Skydd för den personliga integriteten
Artikel 18 Rätt till fri rörlighet och till ett medborgarskap
Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen
Artikel 20 Personlig rörlighet
Artikel 21 Yttrandefrihet och åsiktsfrihet samt tillgång till information
Artikel 22 Respekt för privatlivet
Artikel 23 Respekt för hem och familj
Artikel 24 Utbildning
Artikel 25 Hälsa
Artikel 26 Rehabilitering och rehabilitering
Artikel 27 Arbete och sysselsättning
Artikel 28 Tillfredsställande levnadsstandard och social trygghet
Artikel 29 Deltagande i det politiska och offentliga livet
Artikel 30 Deltagande i kulturliv, rekreation, fritidsverksamhet och idrott
Artikel 31 Insamling av statistik och information
Artikel 32 Internationellt samarbete
Artikel 33 Nationellt genomförande och övervakning

Nedan följer några introducerade ord om varje artikel. Liksom andra konventioner om mänskliga rättigheter inleds CRPD med några artiklar som är relevanta för tolkningen och förverkligandet av alla rättigheter i Konventionen:

CRPD inleds av en *Preamble*. Den har 25 punkter som bland annat återknyter till tidigare internationell normgivning om mänskliga rättigheter. Här understryks att CRPD behövdes därför att arbetet med att förverkliga de existerande konventionerna som skulle täcka alla människor inte uppmärksammat rättighetskränkningar mot personer med funktionsnedsättning.⁸

Artikel 1 uttrycker Konventionens syfte: att åstadkomma ett ”fullt och lika åtnjutande av mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning”. Här finns även uttryckt vem ”personer med funktionsnedsättning” är.⁹

Artikel 2 innehåller definitioner av centrala begrepp som återkommer i många artiklar, såsom ”diskriminering”, ”universell utformning” och ”kommunikation”.

Artikel 3 om Allmänna principer uttrycker de grundläggande ideologiska dragen som går som en röd tråd genom anspråken och skyldigheterna i CRPD.¹⁰

Artikel 4 Allmänna åtaganden är central för att förstå vad Sverige ska göra för att förverkliga rättigheterna i Konventionen och när, samt vilka offentliga aktörer som har detta ansvar. Här finns kärnan till svaret på frågan *hur* Sverige ska agera för att genomföra rättigheterna i CRPD: vilka system, styrmedel, mekanismer, åtgärder och insatser krävs?¹¹

Artikel 5 Jämlikhet och icke-diskriminering är en av de viktigaste artiklarna i CRPD. Jämlikhet och icke-diskriminering nämns i nästan alla av Konventionens artiklar. Artikel 5 speglar att CRPD kräver att de livsmöjligheter som redan är en del av samhällslivet för befolkningen, utökas till att omfatta även personer med funktionsnedsättning.

Artikel 6 Kvinnor med funktionsnedsättning och Artikel 7 Barn med funktionsnedsättning understryker att CRPD gäller alla personer med funktionsnedsättning. Artiklarna gör detta genom att klargöra att kvinnor och barn med funktionsnedsättning är utsatta för specifika och jämförelsevis fler och värre kränkningar av mänskliga rättigheter. Detta måste hanteras av arbetet med att implementera CRPD i alla dess delar.

Artikel 8 Medvetandegörande om situationen för personer med funktionsnedsättning och Artikel 9 Tillgänglighet fångar grundläggande aspekter av genomförandet av CRPD: hinder i form av attityder och miljö. Tillsammans kräver artiklarna förändring av alla ’påtagliga’ dimensioner av samhället så att det passar personer med funktionsnedsättning. De kräver även förändring av de bakomliggande attityder, föreställningar och fördomar som leder till att kraven på att göra den ’påtagliga’ samhällsgemenskapen tillgängligt inte uppfylls.

⁸ CRPD Preamble (k) ”Konventionsstaterna [...] ser med oro att personer med funktionsnedsättning, trots dessa olika instrument och åtaganden, fortsätter att möta hinder för sitt deltagande som likvärdiga samhällsmedlemmar och kränkningar av deras mänskliga rättigheter i alla delar av världen”. Se Quinn, Gerard och Degener, Theresia med Bruce, Anna et al., *Human Rights and Disability: The Current Use and Future Potential of United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability*, United Nations Publications, New York, 2002. Refereras härnäst till som Quinn och Degener med Bruce et al., 2002. Se även Degener, Theresia och Koster-Dreese, Yolana (red.), *Human Rights and Disabled Persons-Essays and Relevant Human Rights Instruments*, Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht, 1995. Refereras härnäst till som Degener och Koster-Dreese, 1995.

⁹ Det senare är fokus i 2.3.1. nedan.

¹⁰ Detta är fokus i 2.3.2. nedan.

¹¹ Detta är fokus i Kapitel 3 nedan.

Artiklarna 10-30 täcker olika livsområden.

Artikel 10 Rätten till liv kräver att liv aktivt skyddas för personer med funktionsnedsättning på jämlika villkor som för andra.

Artikel 11 Risksituationer och humanitära nödlägen är nära kopplad till rätten till liv, och kräver att skyddssystem vid katastrofer är anpassade för personer med funktionsnedsättning i lika utsträckning som de är för andra.

Artikel 12 Likhet inför lagen innebär att varje individ, med eller utan funktionsnedsättning och med eller utan stöd, har rätt att styra sitt eget liv och göra egna val.

Artikel 13 Tillgång till rättssystemet kräver att rättsliga och administrativa processer anpassas så att de inte missgynnar personer med funktionsnedsättning.

Artikel 14 Frihet och personlig säkerhet handlar både om att kriminalvården inte får missgynna personer med funktionsnedsättning och att ingen får omhändertas mot sin vilja med hänvisning till en funktionsnedsättning.

Artikel 15 Rätt att inte utsättas för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning riktar sig mot de värsta formerna av kränkningar, såsom medicinska experiment utan samtycke, men även särskilt mot integritetskränkande tvångsvård, som exempelvis elchocker.

Artikel 16 Rätt att inte utsättas för utnyttjande, våld eller övergrepp fångar de kränkningar som inte utförs av företrädare för staten, utan sker i hemmet eller på privata boenden eller serviceanläggningar.

Artikel 17 Skydd för den personliga integriteten syftar bland annat till att förbjuda tvångsvård baserad på funktionsnedsättning.

Artikel 18 Rätt till fri rörlighet och till ett medborgarskap innebär bland annat att staten inte aktivt får begränsa invånare från att resa eller flytta.

Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen kräver att personer med funktionsnedsättning bor och lever självbestämt i ett tillgängligt samhälle med och på lika villkor som andra, och har det stöd som behövs för att göra detta möjligt.¹²

Artikel 20 Personlig rörlighet kräver att samhället säkerställer att personer med funktionsnedsättning kan förflytta sig i samhällsgemenskapen som andra.

Artikel 21 Yttrandefrihet och åsiktsfrihet samt tillgång till information handlar om att all offentlig information och kommunikation ska göras tillgänglig för personer med funktionsnedsättning.

Artikel 22 Respekt för privatlivet handlar om rätten till privatliv i dagliga situationer och i all kommunikation inom samhällsgemenskapen, inbegripet medicinsk kommunikation.

Artikel 23 Respekt för hem och familj handlar både om att barn inte får tas ifrån en förälder med hänvisning till dennes funktionsnedsättning, och att föräldrar till barn med funktionsnedsättning har rätt till stöd för att kunna ta väl hand om sitt barn i hemmet och i samhällsgemenskapen, vilket är barnets rättighet.

Artikel 24 Utbildning kräver att ingen utestängs från det allmänna utbildningssystemet på sin hemort och att den ordinarie skolan och undervisningen utformas utifrån allas behov, med nödvändiga individanpassade stöd.

Artikel 25 Hälsa kräver jämlik tillgång till åtgärder för folkhälsa samt både för generell hälsovård och hälsovård kopplad till funktionsnedsättning.

Artikel 26 Habilitering och rehabilitering ger rätt till att lära sig färdigheter inom alla livsområden.

¹² Detta är fokus i Kapitel 4-7.

Artikel 27 Arbete och sysselsättning kräver att ingen utestängs från den öppna arbetsmarknaden, och att arbetsmarknaden förändras för att göra detta möjligt.

Artikel 28 Tillfredsställande levnadsstandard och social trygghet skyddar rätten till mat, kläder och boende. Vad gäller boende måste Artikel 28 läsas tillsammans med Artikel 19, som preciserar att boendet måste vara en del av samhällsgemenskapen.

Artikel 29 Deltagande i det politiska och offentliga livet kräver de förändringar av samhället som behövs för att personer med funktionsnedsättning ska kunna rösta och ha möjlighet att ta och utföra politiska uppdrag.

Artikel 30 Deltagande i kulturliv, rekreation, fritidsverksamhet och idrott kräver att personer med funktionsnedsättningar kan utföra likvärd som inpta evenemang inom dessa områden.

Artikel 31 Insamling av statistik och information kräver att konventionsstaterna inhämtar och analyserar data om rättighetsåtnjutande och hinder för CRPD: s förverkligande, i syfte att utvärdera och sätta riktningen för genomförandearbetet med CRPD.

Artikel 32 Internationellt samarbete kräver utvecklingssamarbete för att förverkliga CRPD samt att allt existerande utvecklingssamarbete är förenligt med och främjar åtnjutande av rättigheterna i CRPD.

Artikel 33 Nationellt genomförande och övervakning kräver att konventionsstaterna skapar en organisatorisk infrastruktur för rättigheternas genomförande både inom regeringen och mellan regering och andra aktörer. Artikel 33 kräver även en oberoende mekanism för att övervaka implementering av CRPD.

Överflygningen ovan illustrerar något som borde vara självklart, men inte alltid är det. Alla personer med funktionsnedsättning har *alla mänskliga rättigheter*. Genom att täcka hela livet bidrar internationell lagstiftning om mänskliga rättigheter, och här CRPD, till att motverka tendensen att politik och verksamhet begränsar sig till att endast fokusera på anspråk från personer med funktionsnedsättning som gäller hälsa och omvårdnad. I förverkligandet av *samtliga rättigheter* i CRPD har Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen, och dess reglering av personlig assistans, en nyckelroll.

Viktigt är även att notera att rättigheterna ovan täcker medborgerliga och politiska rättigheter likvärd som ekonomiska, sociala och kulturella. Av de enskilda artiklarnas uppbyggnad (innefattande Artikel 19) framgår även att rättigheter från dessa kategorier blandas inom en och samma artikel. På så sätt blir det tydligt att förverkligandet av medborgerliga, politiska, ekonomiska, sociala och kulturella anspråk är sammankopplade och direkt beroende av *varandras* förverkligande.¹³ Detta blir särskilt tydligt i relation till personlig assistans: en social rättighet som är en del av att förverkligandet av samtliga Konventionens rättigheter oavsett kategori.

Listan på artiklar ovan visar många titlar som återfinns i tidigare internationell lagstiftning om mänskliga rättigheter, medan andra är nya. Debatten huruvida CRPD ger upphov till 'nya rättigheter' är inte central med tanke på syftet med denna text.¹⁴ Dock ska nämnas att de 'nya' titlarna i CRPD, inbegripet Artikel 19, är konsekvensen av det fokus på *reella problem* som fanns i

¹³ CRPD Preamble (c) "Konventionsstaterna [...] *bekräftat* åter att mänskliga rättigheter och grundläggande friheter är universella, odelbara och inbördes beroende av och relaterade till varandra".

¹⁴ Mégret, Frédéric, The Disabilities Convention: Human Rights of Persons with Disabilities or Disability Rights?, 30 Human Rights Quarterly 2, 2008. Refereras härnäst till som Mégret, 2008 A.

förhandlingarna vid Konventionens framtagande. Fokus låg på de huvudsakliga *hindren* för åtnjutandet av mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Detta ledde till att skilda aspekter av tidigare rättigheter ibland drogs samman i en artikel, i avsikt att formulera en samlad rättighet som var skarp nog att neutralisera det centrala hotet. I Artikel 19: s fall utgjordes detta hot av segregation och bristande självbestämmande och kontroll över livet.¹⁵

2.3. CRPD: s ideologiska kompass

2.3.1. Förståelsen av funktionshinder och personer med funktionsnedsättning i CRPD

Preamble (e)

"[F]unktionsnedsättning" och "funktionshinder" är begrepp under utveckling och [...] funktionshinder bärrör från samspel mellan personer med funktionsnedsättningar och hinder som är betingade av attityder och miljön, vilka motverkar deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra[.]

Artikel 1 Syfte

Personer med funktionsnedsättning innefattar bl.a. personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra.

Artiklarna ovan är det närmaste CRPD kommer att beskriva vad 'etiketterna' "funktionshinder" och "personer med funktionsnedsättning" innebär. Dessa beskrivningar har två huvudsyften. Det ena syftet är att förmedla *synen på funktionshinder*. Vilken slags problem är det, hur orsakas det, hur ska det lösas och av vem? Vad har de som drabbas av problemet gemensamt? Det andra syftet är att kunna fastställa *vem som omfattas* av CRPD: s rättigheter.

Det första syftet handlar i grunden om att sätta ramen för vad som kan anses vara legitima anspråk för individen samt adekvata och rimliga åtaganden för staten. Med andra ord blir Konventionens förståelse av funktionshinder och personer med funktionsnedsättning centralt för omfattningen och styrkan i dess enskilda rättigheter.¹⁶ Frågan genomsyrade hela förhandlingsprocessen av CRPD och avgjordes inte förrän i sista stund.¹⁷ Den är central för tolkningen av de enskilda rättigheterna i CRPD, inbegripet rättigheten till personlig assistans i Artikel 19. Genom att beskriva vad som är ett problem och var orsakerna till problemet ligger sätter synen på funktionshinder i Konventionen riktningen för vilka lösningar som är lämpliga och tillåtna. Problemet (det vill säga funktionshinder) är uttryckt som brister i "full[t] och

¹⁵ För en genomgång av de tidigare instrument i vilka Artikel 19 har sina rötter, se CRPD Allmän Kommentar 5, paras. 9-13.

¹⁶ För en analys av samspelet mellan olika förståelsemodeller för funktionshinder och mänskliga rättigheter se Bruce, Anna, *Which Entitlements and for Whom?: The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Its Ideological Antecedents*, Lund University, Lund, 2014. Refereras härnäst till som Bruce, 2014.

¹⁷ Se CRPD: s Förarbeten, till exempel Arbetsgruppens rapport, 2004, s.10, noterna 12, 13 ; Session 4, Volym 5, #1, 23 augusti 2004; samt Volym 8, #12, 31 januari 2006.

verklig[t] deltagande i samhället på lika villkor som andra”. Orsaken hänförs till mötespunkten mellan individ och samhälle: ”samspel[et]” mellan en person och hinder (i Preamble (e) specificerat som ”hinder som är betingade av attityder och miljö”). Problemet som ska lösas är alltså inte individens kropp eller psyke, och lösningen ska följaktligen inte heller ta sikte på detta. Istället är det samhällsgemenskapen som ska förändras så att funktionshinder inte uppstår.

Detta betyder inte att individen saknar rätt till förändring på individnivå, om så önskas, vilket framgår av Artikel 25 Hälsa och Artikel 26 Habilitering och rehabilitering. Sådan förändring är dock inte en förutsättning för rätten till ”full[t] och verklig[t] deltagande i samhället på lika villkor som andra”.

Fokus i CRPD, liksom i internationell lagstiftning om mänskliga rättigheter generellt, ligger på att förändra samhällsgemenskapen så att den passar individen, snarare än tvärt om. Kärnan i mänskliga rättigheter är att förändra samhällsgemenskapen så att individer kan vara och göra saker som vi tycker är värdefulla i livet och på så sätt kunna bidra till att utveckla detsamma. Att förändra sig som person kan aldrig vara en förutsättning för detta. Rättigheten finns *som en är*, och är inte villkorad av att en ska ’passa in’ i samhällets norm. Denna grundläggande utgångspunkt är tydlig i Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen.

Detta fokus på faktorer utanför individen i förståelsen av funktionshinder i Preamble (e) och Artikel 1 speglas vidare i hela CRPD, då samtliga artiklar utom just 25 och 26 handlar om att förändra samhällsgemenskapen, och vägar dit. På så sätt kräver CRPD att konventionsstaterna från grunden förändrar samhället genom att ta höjd för att invånare har funktionsnedsättningar och bygga samhällsgemenskapen därefter och därigenom systematiskt *förhindra funktionshinder* inom alla livsområden täckta av CRPD. Detta synsätt är en central del av det ’paradigmskifte’ som CRPD ofta sägs innebära för rättigheter för personer med funktionsnedsättning.¹⁸ Förutom genom det faktum att CRPD täcker hela livet så manifesteras detta paradigmskifte främst i Artikel 3 Allmänna principer, vilken behandlas nedan.

Det andra syftet med att explicit skriva ut vem ”personer med funktionsnedsättning” omfattar var att säkerställa att ’rätt’ personer har tillgång till CRPD: s skydd. De farhågor som uttrycktes under förhandlingarna kring frågan huruvida Konventionen borde definiera dess rättighetsbärare eller inte gällde delvis att personkretsen riskerade bli alltför vid, men huvudsakligen att den riskerade bli alltför begränsad.¹⁹

Kriterierna för att kvalificera sig som rättighetsbärare enligt CRPD kan brytas ned till individuella och sociala sådana. De individuella kriterierna är att personen ska 1) ha en eller flera ”funktionsnedsättningar”, 2) som är ”varaktiga” och 3) som är ”fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska”. Samtliga kriterier kan tolkas så att de omfattar antingen väldigt få eller väldigt många personer. Vad gäller ”funktionsnedsättning” ligger elasticiteten i vilken *grad* av funktionsvariation som krävs för att en variation ska kvalificera sig som en ”funktionsnedsättning” i CRPD: s mening. Även formuleringen ”med”, i bemärkelsen att

¹⁸ Se till exempel Kayess, Rosemary och French, Phillip, Out of Darkness into Light? Introducing the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 8 Human Rights Law Review 1, 2008, s. 2-4.

¹⁹ Se CRPD: s förarbeten, till exempel Arbetsgruppens rapport, 2004, s.10, not 12.

personen ska 'ha' en funktionsnedsättning (det står explicit "have" i den engelska originaltexten)²⁰ skapar frågetecken. Täcks personer med en funktionsnedsättning som kommer och går; personer som har haft, men som inte längre har, en funktionsnedsättning; personer som har en genetisk predisposition för funktionsnedsättning; och personer som felaktigt antas ha en funktionsnedsättning? Att något är "varaktigt" är även det elastiskt vad gäller *hur länge* funktionsnedsättningen har funnits eller förväntas finnas. Klart är att kravet inte innebär att en funktionsnedsättning ska vara 'permanent', men spannet därifrån till dess motsats ('hastigt övergående') är betydande.

Kategorierna som nämns är även de elastiska; "fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska" funktionsnedsättningar täcker exempelvis inte uttryckligen kroniska sjukdomar eller neurologiska funktionsnedsättningar. Vad gäller dessa framgår det dock bland annat från förhandlingarna att de täcks.²¹ Generellt är det centralt för tolkningen av dessa kriterier att Artikel 1 är formulerad så att personkretsen "omfattar" kriterierna ovan. Denna *inkluderande* utgångspunkt innebär att kriterierna ska tolkas brett.

En annan central utgångspunkt för tolkningen är att personkretsen i CRPD definieras utifrån de *hinder* de möter i samhället. På så sätt är det avgörande för inkludering i CRPD: s personkrets om funktionsnedsättningen i fråga *de facto* leder till exkludering i samhället. Om så är fallet talar mycket för att personen omfattas av CRPD: s personkrets, oavsett om en snävare tolkning av de individuella kriterierna i sig, ensamt pekar mot ett annat svar. Detta är den juridiska funktionen av det sociala elementet av förståelsen av funktionshinder i CRPD, vilken kompletterar den ideologiska funktionen av det sociala elementet diskuterad ovan. Skyddet i CRPD fokuserar alltså mer på *missgynnandet* än på graden av variation i avgörandet av personkretsen.

Slutligen är det viktigt att skilja frågan om personkrets från frågan om en individ har ett berättigat anspråk i relation till en specifik rättighet. Att täckas av CRPD är inte samma sak som att ha alla de olika behov som CRPD skyddar uppfyllandet av. Detta är istället föremål för analysen om personens rättigheter är kränkta eller ej, vilket kommer efter frågan om personkrets.

Vad gäller CRPD-Kommittén har den inte lagt något fokus på frågan om personkrets, utan går konsekvent direkt till att undersöka om hinder och dess konsekvenser (bristande deltagande och åtnjutande av rättigheterna) i det individuella fallet innebär en kränkning av CRPD.²²

Det ska även påminnas om att diskrimineringsförbudet i Artikel 5 Jämlikhet och icke-diskriminering är formulerat så att det skyddar mot diskriminering "på grund av funktionsnedsättning". Detta innebär att skyddet omfattar även personer uppräknade ovan som inte "har" en funktionsnedsättning, men likväl missgynnas med koppling till

²⁰ CRPD Artikel 1 "Persons with disabilities include those who *have* long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others". Författarens kursivering.

²¹ Se till exempel CRPD: s förarbeten Session 7 för en diskussion av ett förslag från CRPD-Kommitténs ordförande om en definition av "funktionshinder".

²² Se till exempel CRPD-Kommittén, HM. mot Sverige, 21 maj 2012.

funktionsnedsättning.²³ I relation till personlig assistans blir detta dock inte aktuellt, då frågan uteslutande handlar om nuvarande, reella behov av stöd och därmed förutsätter funktionsnedsättning. Artikel 5 skyddar även från diskriminering på andra grunder, såsom kön, ålder eller etnicitet.²⁴

Sammanfattningsvis innebär Artikel 1 att *alla* rättigheter i CRPD gäller *alla* personer med funktionsnedsättning. Lagstiftning och rättstillämpning som direkt eller indirekt utesluter olika undergrupper inom personer med funktionsnedsättning från någon av rättigheterna i CRPD måste alltså visa att rättigheten i fråga inte är *relevant* för gruppen i fråga. Att utesluta vissa grupper från personlig assistans (exempelvis personer med en viss diagnos eller under eller över en viss ålder) måste alltså vila på bevis att personer inom just dessa grupper inte behöver personlig assistans för att åtnjuta sina mänskliga rättigheter.

2.3.2. CRPD: s grundläggande principer

Artikel 3 Allmänna principer

Denna konventions principer är följande:

- (a) respekt för inneboende värde, individuellt självbestämmande, innefattande frihet att göra egna val samt enskilda personers oberoende,*
- (b) icke-diskriminering,*
- (c) fullständigt och faktiskt deltagande och inkludering i samhället,*
- (d) respekt för olikheter och acceptering av personer med funktionsnedsättning som en del av den mänskliga mångfalden och mänskligheten,*
- (e) lika möjligheter,*
- (f) tillgänglighet,*
- (g) jämställdhet mellan kvinnor och män,*
- (h) respekt för den fortlöpande utvecklingen av förmågorna hos barn med funktionsnedsättning och respekt för funktionsnedsatta barns rätt att bevara sin identitet.*

Tillsammans med rättigheternas breda omfång och förståelsen av funktionshinder är Artikel 3 Allmänna principer central för att förstå vad rättigheterna i CRPD innebär. Principerna i Artikel 3 speglar de kränkningar av mänskliga rättigheter som personer med funktionsnedsättning ofta utsätts för. De representerar, spegelvänt, de kategorier av frekventa och envisa hinder som måste uppmärksammas i arbetet med att förverkliga rättigheterna i CRPD.

Många av principerna känns igen från tidigare internationell lagstiftning om mänskliga rättigheter: värdighet, frihet, icke-diskriminering och jämlika möjligheter. Deras plats i Artikel 3 kommer av

²³ Se CRPD Allmän Kommentar 6 om Jämlikhet och Icke-diskriminering (2018), para. 20. Refereras härnäst till som CRPD Allmän Kommentar 6. "Diskriminering på grund av funktionsnedsättning kan förekomma mot personer som just nu har en funktionsnedsättning, som har haft en funktionsnedsättning tidigare, som riskerar att få en funktionsnedsättning i framtiden, som antas ha en funktionsnedsättning och mot personer som har anknytning till en person med funktionsnedsättning. Det senare kallas diskriminering genom anknytning. Syftet med den breda räckvidden för artikel 5 är att utrota och bekämpa alla diskriminerande situationer och/eller diskriminerande beteenden som är kopplade till funktionsnedsättning."

²⁴ Se nedan not 37.

att avsteg från dessa principer ofta ansetts legitima eller till och med välgörande för just personer med funktionsnedsättning. Andra principer, såsom självbestämmande, oberoende, deltagande, inkludering, respekt för olikheter och tillgänglighet har specificerats explicit för första gången i CRPD för att de svarar mot *just de hinder* som oproportionerligt drabbar personer med funktionsnedsättning.

Artikel 3 har getts funktionen som ledstjärna för all tolkning och allt arbete med att implementera CRPD: s rättigheter. Ingen av de principer som räknas upp i Artikel 3 kan ges avkall på i valet och genomförandet av åtgärder och lösningar för att göra Konventionens rättigheter till verklighet. Detta gäller allt arbete på alla samhällsnivåer och inom alla samhällssektorer. Mot bakgrund av detta presenteras nedan de bärande dragen i varje princip:

(a) respekt för inneboende värde, individuellt självbestämmande, innefattande frihet att göra egna val samt enskilda personers oberoende

Mänskligt inneboende värde är fundamentalt i internationell lagstiftning om mänskliga rättigheter. Det fångar att alla människor är viktiga, och är *lika viktiga*. Principen om inneboende värde aktualiseras i någon mån i varje situation där en person behandlas på ett annat sätt än vad som anstår hen i egenskap av människa. Dock är principen tydligast kopplad till situationer där någon eller någons liv ses som mindre viktig(t), och personen därför behandlas sämre än andra.²⁵ Principen aktualiseras även tydligt av situationer som kränker en människas psykiska eller fysiska integritet (ofta benämnd som 'värdighet').²⁶

Individuellt självbestämmande, innefattande frihet att göra egna val, är ett värde som oftast tagits för givet inom lagstiftning om mänskliga rättigheter.²⁷ Detta står i kontrast till specifika grupper för vilka självbestämmande aktivt begränsats i nationell lagstiftning och i praktiken.²⁸ Fokus på självbestämmande i CRPD föranleddes av liknade förhållanden för personer med funktionsnedsättning. Utbredda fördomar mot vissa personer med funktionsnedsättnings förmåga och intresse av att fatta beslut i stora liksom små frågor i livet var, och är, ett globalt fenomen. Istället lämnas dessa beslut rutinmässigt över på andra som antas veta 'personens bästa': läkare, familj eller jurister.²⁹ Principen om individuellt självbestämmande fångar det egna valet (taget med eller utan stöd) som en central dimension av åtnjutandet av varje rättighet, utan vilken rättigheten håller liten eller ingen mening.

Oberoende som värde är nära kopplat till möjligheten att göra egna val, men lägger till en dimension som fångar att kunna vara och göra saker baserat på dessa val: att kunna verkställa valen utan att vara beroende av andra *på ett sätt som en inte önskar*. Alla människor är beroende av andra, men en större acceptans av beroende för personer med funktionsnedsättning får inte leda

²⁵ I Preambeln kopplas 'värde' och 'icke-diskriminering' tydligt samman. Se CRPD Preamble (h).

²⁶ Originaluttrycket i CRPD är 'dignity', vilket lika lätt översätts till 'värdighet' som till 'värde' (den svenska översättningen).

²⁷ För bakgrund till detta förgivettagande se Mégret 2008 A, s. 510-514.

²⁸ Detta tas sikte på i FN: s Konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor, antagen 1979, Artikel 15 samt CRC, Artikel 12.

²⁹ Se till exempel Dhanda, Amita, Legal Capacity in the Disability Rights Convention: Stranglehold of the Past or Lodestar for the Future?, 34 Syracuse Journal of International Law and Commerce 429, 2007.

till färre åtgärder mot oönskat beroende. Att inte ha möjlighet att göra eller vara något själv på grund av en otillgänglig miljö, kränkande bemötande eller brist på samhällsbaserat stöd skapar ett oönskat och onödigt beroende av andra. Att använda samhällsbaserat stöd, såsom till exempel personlig assistans, är *motsatsen* till att vara beroende i CRPD: s mening – istället skapar det oberoende. Alla beståndsdelarna i 3 (a) går igen i målen för Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen: ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen.

(b) icke-diskriminering och (e) lika möjligheter

Av samtliga principer i Artikel 3 är dessa de mest återkommande i CRPD.³⁰ De fångar den komparativa kärnan i CRPD – att utgångspunkten för förhandlingarna av CRPD var att bredda de livsmöjligheter som redan erbjöds resten av befolkningen så att dessa nådde *även personer med funktionsnedsättning*. På så sätt är varje artikel i CRPD ett uttryck för jämlikhet och icke-diskriminering, då artiklarna fastställts mot bakgrund av de livsmöjligheter andra redan har. Principerna om jämlikhet och icke-diskriminering representerar även en sköld mot att rutinmässigt acceptera ett lägre åtnjutande av rättigheter för personer med funktionsnedsättning samt mot att se anspråk från personer med funktionsnedsättning som något 'extra', som ska föranleda tacksamhet på ett annat sätt än när andra åtnjuter sina rättigheter.

Slutligen är det centralt för tolkningen av CRPD att förstå att dess jämlikhetsbegrepp är en kulminering på en utveckling inom lagstiftning om mänskliga rättigheter. Denna utveckling har avancerat från anspråk som bara omfattade en rätt till *samma* behandling och lösningar som majoriteten till att omfatta anspråk på *alternativa lösningar*, om det behövs för ett jämlikt åtnjutande hos rättighetsbäraren.³¹ Dessa lösningar omfattar allt från universell utformning³² till individanpassade stödformer³³. Kravet under CRPD på jämlikhet och icke-diskriminering är således inte bundet till frågan om en behandling är lika eller olika, utan fokuserar på vilken behandling som i varje sammanhang resulterar i ett jämlikt åtnjutande av mänskliga rättigheter. Jämlikhetsbegreppet och icke-diskrimineringsbegreppet i CRPD är alltså resultatorienterade och på intet sätt synonyma med att bli behandlad på samma sätt som andra.

CRPD bygger på förståelsen att samhället som det ser ut nu *inte är neutralt*. Att behandla alla lika utifrån generella lösningar skapade för personer utan funktionsnedsättning är snarare att se som ojämlig behandling än som jämlikhet. Detta är tydligt i relation till Artikel 19, då personlig assistans är en insats för personer med funktionsnedsättning som skiljer sig från insatser för

³⁰ 25 av de 33 materiella artiklarna i CRPD använder termer av jämlikhet och icke-diskriminering (alla utom 8, 11, 16, 20, 26 och 31-33).

³¹ Detta framgår tydligast av "brist på skälig anpassning" som en form av diskriminering (CRPD Artikel 5 (3)) samt utrymmet för särskilda åtgärder (CRPD Artikel 5 (4)). För en genomgång av denna utveckling inom lagstiftning om mänskliga rättigheter, se Arnardóttir, Oddný Mjöll, A Future of Multidimensional Disadvantage Equality?, i Arnardóttir, Oddný Mjöll och Quinn, Gerard (red.), The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: European and Scandinavian Perspectives, Brill, Leiden, 2009; Fredman, Sandra, Substantive Equality Revisited, 14 International Journal of Constitutional Law 3, 2016; och Fredman, Sandra; Campbell, Meghan; Atrey, Shreya; Brickhill, Jason; Ramalekana, Nomfundo; och Samtani, Sanya, Achieving Transformative Equality for Persons with Disabilities, paper till CRPD-Kommittén, 2016.

³² Se nedan under 3.2.8.

³³ Detta är fokus i Kapitel 5-7.

resten av befolkningen. Att neka alla medborgare personlig assistans påverkar självklart personer med respektive utan funktionsnedsättning väldigt olika. I relation till rätten till ett *jämlikt* åtnjutande av rätten att vara en del av samhällsgemenskapen representerar ett sådant kategorisk nekande därför en form av otillåten likabehandling.

(c) fullständigt och faktiskt deltagande och inkludering i samhället och (f) tillgänglighet

Dessa principer svarar mot den samhälleliga reflexen att segregera och utesluta (alternativt acceptera segregering och uteslutande av) personer med funktionsnedsättning. Dessa principer är tätt sammankopplade, då tillgänglighet är en förutsättning för deltagande och inkludering. Dock kräver deltagande och inkludering mer än tillgänglighet, vilket rättigheten till individanpassade stödformer i Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen påminner om. Tillsamman kräver dessa principer att samhällsgemenskapen öppnas upp för personer med funktionsnedsättning inom samtliga livsområden som täcks av CRPD: s rättigheter.

Här är det centralt att påminna om Konventionens breda förståelse av tillgänglighet. Tillgänglighet omfattar inte bara den fysiska miljön utan även information och kommunikation samt *all form av service och alla anläggningar riktade till allmänheten*.³⁴ Dessa ska vara tillgängliga för alla personer med funktionsnedsättning för att på så sätt möjliggöra deltagande och inkludering, vilket är en nödvändig förutsättning för rättighetsåtnjutande. Det räcker således inte att stanna vid att åtgärda den fysiska miljön, istället måste alla invanda sätt att göra saker på som inte fungerar för personer funktionsnedsättning granskas, samt individanpassade stödformer erbjudas. Tillsammans med självbestämmande uttrycker dessa principer huvudsyftet med rätten till personlig assistans i Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen.

(d) respekt för olikheter och acceptering av personer med funktionsnedsättning som en del av den mänskliga mångfalden och mänskligheten

Denna princip handlar om bakomliggande föreställningar och förhållningssätt som sedan manifesteras i samhällsgemenskapen.³⁵ Principen har två centrala aspekter. För det första så förmedlar den, likt principerna (b) och (e), att samhällsgemenskapen måste konstrueras utifrån kunskapen att en mångfald av funktionalitet är en realitet. Därmed måste samhällsgemenskapen ta hand om behov hos *alla funktionaliteter*, inte bara hos normen. Detta innebär en påminnelse, nära kopplad till förståelsen av funktionshinder, om att funktionsnedsättning i sig inte är en acceptabel förklaring för bristande rättighetsåtnjutande. I relation till Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen så kräver detta både en förändring av samhället och individanpassade insatser, såsom personlig assistans, som en del av respekten för olikheter och acceptering av mångfald.

För det andra så är principen en påminnelse om att aldrig reflexmässigt förutsätta att funktionsnedsättning är något negativt för individen som påkallar förändring på medicinsk väg. Respekt för olikheter och acceptans av personer 'som de är' gäller även funktionsnedsättningen

³⁴ Se nedan under 3.2.8.

³⁵ På så sätt är CRPD Allmän princip (f) nära kopplad till Artikel 8 Medvetandegörande om situationen för personer med funktionsnedsättning.

som sådan. Detta ställer krav på att ifrågasätta kategoriska föreställningar om funktionsnedsättning som något negativt i sig.³⁶ I likhet med förståelsen av funktionshinder har principen implikationer både för individnivå liksom för samhällsnivå, genom att rikta blicken från ett fokus på att förändra individen till behovet av att förändra samhällsgemenskapen.

(g) jämställdhet mellan kvinnor och män och (h) respekt för den fortlöpande utvecklingen av förmågorna hos barn med funktionsnedsättning

Dessa principer påminner om att funktionshinder inte är den enda samhällsstrukturen som avgör utsatthet för kränkningar av mänskliga rättigheter, samt att funktionsnedsättning inte är den enda faktorn som avgör vilka behov en människa har. CRPD kräver alltså att situationen för och behoven hos kvinnor och/eller barn, samt den ökade utsatthet och de specifika former av hinder som drabbar dem, ska inkluderas i allt arbete för att förverkliga Konventionen. Slutligen ska nämnas att Konventionen kräver att åtgärder tas mot ”flerfaldiga eller försvårade former av diskriminering” även på andra grunder, oaktat att det bara är kvinnor och barn som uppmärksammas explicit i Artikel 3.³⁷

Följaktligen måste fokus utgå från de bland personer med funktionsnedsättning som kan antas stå längst ifrån att få en rättighet uppfylld. Detta innebär att både problemanalys och åtgärder för att förverkliga Konventionens rättigheter måste uppmärksamma detta, inbegripet i förverkligandet av rättigheten till personlig assistans under Artikel 19.

³⁶ Denna dimension stärks av CRPD Preamble (m) ”Konventionsstaterna [...] erkänner de värdefulla nuvarande och kommande bidrag som personer med funktionsnedsättning lämnar till den allmänna välfärden och mångfalden i sina samhällen”.

³⁷ CRPD Preamble (p) ”Konventionsstaterna [...] ser med oro på de svåra förhållanden som möter personer med funktionsnedsättning som är utsatta för flerfaldiga eller försvårade former av diskriminering på grund av ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationell, etnisk, ursprunglig eller social härkomst, egendom, börd, ålder eller ställning i övrigt”. CRPD Artikel 5 (2) Jämlikhet och icke-diskriminering kräver skydd mot diskriminering för personer med funktionsnedsättning ”på alla grunder”. Författarens kursivering.

3. Statens allmänna genomförandeansvar under CRPD

3.1. Inledning

När vi arbetar med internationell lagstiftning om mänskliga rättigheter så fokuserar vi främst på *anspråket* som skapas: att någon får en juridisk plattform att utkräva en rättighet i samhällsgemenskapen. Varje anspråk har en spegelbild: det motsvarande åtagandet som 'skuggar' anspråket och som i internationell lagstiftning om mänskliga rättigheter ligger hos staten. För att anspråk ska kunna realiseras så måste vårt fokus även omfatta de system, styrmedel, mekanismer och insatser som behöver skapas (liksom de som måste undvikas) för att rättigheten ska förverkligas; dessa måste preciseras och genomföras. Under denna process är det av största vikt för genomförandet av mänskliga rättigheter att inte tappa fokus för åtgärderna och insatserna: *rättighetsbärarens faktiska åtnjutande*. Likväl är preciseringen och utvärderingen av olika *åtaganden* centrala för förverkligandet av mänskliga rättigheter, inbegripet Artikel 19. Både utvärderingen av åtnjutande av rättigheter och utvärderingen av uppfyllande av åtaganden är dessutom centrala delar av det ansvarsutkrävande som kännetecknar juridiska system, nationella liksom internationella.³⁸ Nära kopplat till de mänskliga rättigheterna är rättsstatens principer och att kunna kräva sin rätt i ett rättssamhälle.³⁹

Rättigheterna i internationella instrument om mänskliga rättigheter formuleras både som anspråk för individen och som åtaganden för stater. Ofta blandas dessa båda uttryck i en och samma artikel, såsom i Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen. Anspråk och åtaganden utgör två sidor av samma mynt. Om *anspråket* är explicit uttryckt kan motsvarande åtagande fastställas genom en analys av vad som behövs för att realisera rättigheten. Om istället *åtagandet* är explicit uttryckt så kan detta översättas till det värde som ska skapas för individen, vilket motsvarar anspråket individen har under rättigheten.

Ett åtagande som staten har gjort under en konvention om mänskliga rättigheter, och det motsvarande anspråket för individen, kan vara uttryckt antingen som en specifik *åtgärd* eller som ett *tillstånd* som ska uppnås. Avgörande för åtagandet är även om rättigheten specificerar just vilka åtgärder som ska tas eller om åtagandet är mer obestämt, som att ta "vidta effektiva och ändamålsenliga åtgärder".⁴⁰ För att fastställa åtagandets konturer har det även betydelse hur detaljerat ett visst tillstånd är beskrivet. Slutligen har det betydelse om åtagandet är formulerat i positiva termer (vilket tillstånd som ska uppnås eller vad som ska göras) eller negativa (vilket tillstånd som är oförenligt med Konventionen eller vad som inte får göras).

Dessa faktorer avgör hur efterlevnaden av Konventionen bedöms: krävs det att en eller flera sorters åtgärder har tagits eller att ett visst tillstånd har skapats? Hur detaljerad är beskrivningen av åtagandet? Tillsammans bestämmer svaren på dessa frågor statens handlingsutrymme för att vara i konformitet med en rättighet, inbegripet med Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen.

³⁸ Se nedan under 3.3.

³⁹ Se nedan under 3.2.2.

⁴⁰ Jämför CRPD Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen.

När frågan om staten har agerat i konformitet med ett specifikt åtagande under internationell lagstiftning om mänskliga rättigheter utreds är det inte bara frågan *hur* Staten har agerat som är avgörande, utan även frågor om *när* ett åtagande ska vara genomfört och av *vem*? Nedan följer en genomgång av dessa tre aspekter av statens genomförandansvar under CRPD.

3.2. Med vilka medel ska staten agera?

Internationell lagstiftning om mänskliga rättigheter är skapad i syfte att åstadkomma *förändring*. Således är det en central utgångspunkt att staten ska *agera* på olika sätt som skapar denna förändring. Samtidigt är CRPD skapad för att kunna implementeras i olika geografiska, politiska och kulturella kontext. Det innebär att detaljnivån är lägre än i nationell lagstiftning, inte bara gällande *vad* som ska uppnås utan även *hur* detta ska uppnås.

Viktigt är dock att vara medveten om att CRPD har en högre detaljnivå än tidigare konventioner både vad gäller *vad* som ska göras och/eller uppnås samt *hur* detta ska ske. Bakgrunden till detta är att trots att rättigheterna i tidigare internationella mänskliga rättigheter instrument skulle gälla *alla*, förverkligades de i praktiken inte för personer med funktionsnedsättning alls i samma takt och utsträckning som för andra.⁴¹ Således fanns ett behov av att vara mer specifik och konkret i relation till statens ansvar gentemot personer med funktionsnedsättning.

De artiklar som skyddar olika livsområden i CRPD pekar ut specifika åtgärder som behövs för att förverkliga just den rättigheten, inbegripet Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen. Ibland är den utpekade åtgärden ett bindande krav. Ibland nämns en åtgärd som en bland många åtgärder för stater att välja mellan; som en åtgärd vilken ska övervägas i valet av styrmedel och åtgärder som lämpligast förverkligar rättigheten.

Utöver detta innehåller CRPD övergripande artiklar som anger de styrmedel som generellt förväntas vara en del av implementeringen av varje rättighet. Navet här är Artikel 4 Allmänna åtaganden. Enligt kappan i Artikel 4 åtar sig Konventionsstaterna att ”säkerställa och främja fullt förverkligande av alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter för alla personer med funktionsnedsättning utan diskriminering av något slag på grund av funktionsnedsättning”. Detta ska ske genom att Konventionsstaterna vidtar ”alla ändamålsenliga lagstiftningsåtgärder, administrativa och andra åtgärder för att uppfylla de rättigheter som erkänns” i CRPD (Artikel 4 (1a)). Detta åtagande omfattar att vidta ”ändamålsenliga åtgärder, däribland lagstiftning, för att modifiera eller avskaffa gällande lagar, bestämmelser, sedvänjor och bruk som är diskriminerande mot personer med funktionsnedsättning” (Artikel 4 (1b)). För att komplettera denna allmänna reglering av vad staten *ska* göra, anger Artikel 4 (1d) vad staten *inte* ska göra: staten ska ”avhålla sig från varje handling eller förfarande som är oförenligt med denna konvention”.

⁴¹ Jämför CRPD Preamble (k) ”[Konventionsstaterna] *ser med oro* att personer med funktionsnedsättning, trots dessa olika instrument och åtaganden, fortsätter att möta hinder för sitt deltagande som likvärdiga samhällsmedlemmar och kränkningar av deras mänskliga rättigheter i alla delar av världen”. Se Quinn och Degener med Bruce et al., 2002 och Degener och Koster-Dreese, 1995.

Från detta kan utläsas att rättslig reglering är ett centralt åtagande för konventionsstaterna. Lagstiftning är dock bara *en* del av det åtagande staten gjort i syfte att förverkliga rättigheterna. Sverige har åtagit sig att ta ”alla ändamålsenliga” åtgärder som behövs för att förverkliga rättigheterna i CRPD, inbegripet Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen. Kravet att styrmedel och åtgärder ska vara ”ändamålsenliga” innebär att de styrmedel och åtgärder som används måste vara *kapabla* att säkerställa rättigheternas genomförande. Valet av styrmedel och åtgärder i relation till en specifik rättighet är i betydande mån upp till konventionsstaten. Oaktat denna frihet vad gäller val av medel kvarstår att det är det *faktiska resultatet* av ett styrmedel eller en åtgärd, mätt mot vad en rättighet i CRPD kräver, som till syvende och sist avgör om en konventionsstat efterlever Konventionen eller inte.

Nedan följer en presentation av de system, styrmedel och mekanismer som förs fram i de övergripande artiklarna i CRPD. Dessa kan förutsättas, *prima facie*, vara relevanta för genomförandet av varje rättighet, inbegripet rättigheten till personlig assistans i Artikel 19. Dessa omfattar lagstiftning; administrativa och rättsliga processer; budgetering och tilldelning av medel; bred integrering av CRPD-rättigheterna och frågor om funktionshinder i styrning och verksamhet; nära samråd med och aktiv involvering av organisationer och personer med funktionsnedsättning; insamling av data samt uppföljning och övervakning av CRPD: s genomförande; kompetensutveckling och medvetandehöjande; normer och riktlinjer för tillgänglighet (inklusive universell utformning); och forskning, utveckling, information och främjande av tillgång till ny teknik (inklusive universell utformning).

3.2.1. Lagstiftning

Artikel 4 pekar explicit ut styrmedel som staten ska använda för att förverkliga rättigheterna i CRPD. Artikeln kräver, som framgår ovan, att Sverige ska använda lagstiftning som ett instrument för att förverkliga rättigheterna i Konventionen. Detta innefattar en skyldighet att utreda och säkerställa att den lagstiftning som finns inom alla samhällsområden och på alla samhällsnivåer är lämplig och tillräcklig för att förverkliga Konventionens rättigheter.

Viktigt att understryka är att kravet på att använda lagstiftning som styrmedel inte endast gäller lämpligheten av existerande lagstiftning. Om nuvarande lagstiftning inte är *tillräckligt* för att säkerställa åtnjutande av Konventionens rättigheter, krävs ny lagstiftning. Ett centralt krav på lagstiftningen är att den är tillräckligt precis för att undvika godtycklig tillämpning av lagen och olikhet inför lagen. Allt detta är centralt i relation till det rättsliga ramverket kring personlig assistans och är en del av förverkligandet av Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen.

3.2.2. Administrativa och rättsliga processer

System för beslutsfattande utgör ett centralt styrmedel för Konventionens förverkligande. Det institutionella säkerställande av normers efterlevnad är ett grundläggande åtagande från statens sida. Under Artikel 4 (1a) har Sverige förbundit sig att ”vidta alla ändamålsenliga [...]”

administrativa [...] åtgärder för att uppfylla de rättigheter som erkänns i denna konvention”. Detta omfattar alla de system och processer som offentlig förvaltning använder i administrationen av rättigheterna; de processer och beslut genom vilka rättigheterna förverkligas för individen. Dessa processer måste alltså vara kapabla att tillgodose de anspråk som olika artiklar skyddar, inbegripet Artikel 19. På detta sätt ger varje artikel upphov till två krav: ett på att den *materiella* rättigheten infrias och ett på att det finns en *process* för beslutsfattande och verkställande som är kapabel att leverera rättigheten i sin helhet och på ett rättssäkert och jämlikt sätt.

Rättssystemet är den sista utposten för individen när rättigheter inte förverkligas och är på så sätt central för varje rättighet i CRPD, inbegripet Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen. Artikel 13 Tillgång till rättssystemet kräver explicit ”effektiv tillgång till rättssystemet för personer med funktionsnedsättning på lika villkor som för andra”. Åtagandet är uttryckligen brett (”alla rättsliga förfaranden”) och om fattar även processer som ibland kategoriseras som ’administrativa’.⁴² Åtagandet omfattar alla skeden av dessa förfaranden och skyddar alla roller för deltagande däri för personer med funktionsnedsättning. Två aspekter av åtaganden understryks i artikeln: tillhandahållandet av ”processuella och åldersrelaterade anpassningar” (13 (1)) och ”ändamålsenlig utbildning för dem som arbetar inom rättsväsendet” (13 (2)). Således uttöms inte skyldigheterna i Artikel 13 genom åtgärder för fysisk tillgänglighet. Även här gäller den breda förståelse av tillgänglighet som krävs för att domstolsväsendet och myndigheter (och därigenom rättssystemet) ska bli tillgängligt för *alla* personer med funktionsnedsättning.⁴³

3.2.3. Budgetering och tilldelning av medel

Nationell, regional och lokal budgetering och tilldelning av medel är, vid sidan om lagstiftning, ett styrmedel som är avgörande för förverkligandet av rättigheterna i CRPD genom offentlig verksamhet och förvaltning, inbegripet förverkligandet av Artikel 19. Som utvecklas nedan under 3.3. så ställs olika krav på Sverige i förhållande till olika aspekter av rättigheterna i Konventionen. Vissa åtaganden är ”omedelbart tillämpliga” vilket i praktiken innebär ett krav att tillsätta alla de resurser som behövs (i den mån det är just resurser som behövs) för rättighetens omedelbara uppfyllelse (Artikel 4 (2)). Andra åtaganden kräver att Sverige ”till fullo utnyttja[r] sina tillgängliga resurser [...] för att trygga att rättigheterna gradvis förverkligas i sin helhet” (Artikel 4 (2)).

Kravet på ekonomiska styrmedel är därmed en självklar del av att ta ”alla ändamålsenliga” åtgärder på det sätt som Artikel 4 i sin helhet kräver. Nivån på kraven måste dock fastställas i relation till varje enskild rättighet.

⁴² Se CRPD: s förarbeten, till exempel Session 7, Volym 8, #3, 18 januari 2006.

⁴³ Se ovan under 2.3.2. och nedan under 3.2.8.

3.2.4. Bred integrering av rättigheterna i CRPD och funktionshinderfrågor i styrning och verksamhet

Ett övergripande åtagande under Artikel 4 är att ”ta hänsyn till skyddet och främjandet av de mänskliga rättigheterna för personer med funktionsnedsättning i alla riktlinjer och program” (Artikel 4 (1c)). Tolkat i ljuset av erinran i Konventionens Preamble (g) att ”integrera frågor om funktionshinder som en väsentlig del i relevanta strategier för hållbar utveckling” innebär detta ett krav på att lägga ett funktionshinderperspektiv på all offentlig verksamhet. Alla styrmedel såsom lagstiftning, förordningar, föreskrifter, instruktioner, program, strategier, handlingsplaner och riktlinjer måste vara tydligt förankrade i Konventionen och kapabla att säkerställa Konventionens rättigheter. Kravet omfattar givetvis processen genom vilka dessa styrmedel tas fram.

CRPD ställer även ett konkret krav på att staten skapar institutionella förutsättningar för ett tvärasektoriellt genomförande av Konventionen på regeringsnivå. Åtagandet enligt Artikel 33 (1) Nationellt genomförande och övervakning är att ”utse en eller flera kontaktpunkter inom regeringen för frågor som gäller genomförandet av denna konvention”. Kontaktpunkterna ska vara kapabla/la att säkerställa en effektiv styrning på regeringsnivå så att frågor om funktionshinder genomsyrar alla verksamhetsområden.

Artikel 33 (1) kräver även att Sverige ska ”på lämpligt sätt överväga att inrätta eller utse en samordningsmekanism inom regeringen för att underlätta [genomförandet av Konventionen] inom olika sektorer och på olika plan”.⁴⁴ Artikel 19 omfattar både krav på ett tillgängliggörande av samhället (i bred bemärkelse) och på individanpassade åtgärder såsom personlig assistans. Även om frågan om integrering av funktionshinderperspektiv i politiken framstår som mer relevant i det förra fallet kvarstår att samordning mellan olika nivåer av insatser, inklusive personlig assistans, är en förutsättning för att de tillsammans ska verka för förverkligandet av Artikel 19 i sin helhet.⁴⁵

3.2.5. Nära samråd med och involvering av organisationer och personer med funktionsnedsättning

I alla processer, inbegripet de som omgärdar de styrmedel som nämnts ovan, är CRPD otvetydig om konventionsstaternas åtagande att ”nära samråda med och aktivt involvera personer med funktionsnedsättning, däribland barn med funktionsnedsättning, genom de organisationer som företräder dem” (Artikel 4 (3)). Kravet täcker alla beslutsfattande processer, inbegripet de kring ”utformning och genomförande av lagstiftning och riktlinjer för att genomföra denna konvention”. Artikel 4 (3) var central under förhandlingarna av Konventionen, både som princip och i praktiken. Detta illustrerar att det som åsyftas i 4 (3) är samråd på *alla samhällsnivåer*, från högsta internationella och nationella beslutsfattande nivå till implementering närmast rättighetsbäraren. Utgångspunkten för samråd och involvering är att de ska ha en *reell bäring* på arbetet ”att genomföra denna konvention” *i praktiken*. Således krävs utvecklandet och

⁴⁴ Se nedan under 3.4. om statens skyldigheter för förverkligandet av rättigheter på olika samhällsnivåer.

⁴⁵ Se nedan under 4.6.

genomförandet av meningsfulla och resultatriktade former för nära samråd och aktiv involvering, vars lämplighet i slutändan avgörs av om de *de facto* möjliggör för målgruppens meningsfulla delaktighet i funktionshinderpolitiken.⁴⁶

Utöver kravet på samråd och involvering av *organisationer* så erinrar Konventionens Preamble (o) om det bredare behovet att skapa plattformar för en vidare medverkan av målgruppen för funktionshinderpolitiken: ”att *personer* med funktionsnedsättning bör ha möjlighet att aktivt medverka i beslutsfattande om riktlinjer och program, däribland sådana som direkt berör dem”.⁴⁷

Slutligen, då CRPD och funktionshinderpolitiken gäller alla samhällsområden och samhällssektorer har även åtagandet om aktiv involvering och nära samråd i Artikel 4(3) detta breda spann, inbegripet Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen. Kravet på samråd och involvering ter sig exceptionellt viktigt i relation till just personlig assistans, då assistansen mer så än andra insatser måste vara följsam individen för att fylla sitt syfte.

3.2.6. Insamling av data samt uppföljning och övervakning av CRPD: s genomförande

I det övergripande åtagandet att ”främja, skydda och säkerställa” rättigheterna i CRPD (Artikel 1 Syfte) ingår som en bärande del att ha vetskap om huruvida rättigheterna främjas, skyddas och säkerställs i Sverige eller ej. Det ingår alltså en skyldighet att veta *om rättigheterna uppfylls i praktiken*. Sådan kunskap kräver uppföljning av verksamheter. Uppföljningen spelar en central roll i säkerställandet av åtnjutandet av Konventionens rättigheter på det nationella planet. Dessutom är den en del av den rapporteringsskyldighet till CRPD-Kommittén som konventionsstaterna har åtagit sig under Artikel 35 Konventionsstaternas rapporter. Rapporteringen ska förmedla ”de åtgärder som [konventionsstaten] har vidtagit för att verkställa sina skyldigheter enligt denna konvention och [visa] de framsteg den har uppnått i det hänseendet” (Artikel 35 (1)), alltså vad som gjorts och vilka resultat som har uppnåtts. Artikel 35 (5) efterlyser även ”uppgifter om de omständigheter och svårigheter som påverkar i vilken grad skyldigheterna i denna konvention uppfylls”, alltså motkrafter och kvarvarande hinder.

Artikel 31 Insamling av statistik och information är central för statens skyldighet att följa upp genomförandet av CRPD. Konventionsstaterna ”åtar sig att insamla ändamålsenlig information, däribland statistik och forskningsrön [som sedan ska] användas till att bidra till att bedöma konventionsstatens genomförande av sina åtaganden enligt denna konvention” (31 (1) och 31 (2)). Kravet på uppföljning omfattar alla samhällsnivåer (statlig, regional och lokal), alla samhällssektorer och alla samhällsaktörer (offentliga, privata liksom ideella aktörer).⁴⁸

Utöver denna redovisningsskyldighet kräver CRPD uppföljning för att information om genomförandet av Konventionen ska kunna föras tillbaka till styrmekanismer och verksamheter. Enligt Artikel 31 (1) syftar uppföljningen till att ”gör[a] det möjligt att utforma och genomföra

⁴⁶ Se vidare CRPD Allmän Kommentar 7 om deltagande av personer med funktionsnedsättning i förverkligandet och övervakningen av konventionen (2018). Refereras härnäst till som CRPD Allmän Kommentar 7.

⁴⁷ Författarens kursivering.

⁴⁸ Se nedan under 3.4.

riktlinjer som ger verkan åt denna konvention”. Informationen ska användas till ”att identifiera och bemöta de hinder som personer med funktionsnedsättning ställs inför vid utövandet av sina rättigheter” (31 (2)). Det krävs alltså vetskap om vilken nivå av förverkligande av rättigheter som uppnåtts, vilka åtgärder som bidrar till Konventionens genomförande och vilka som inte gör det samt var det behövs ytterligare åtgärder och vilka problem dessa ska lösa. Uppföljning är en central del i att kalibrera styrsystem och verksamheter så att de är kapabla att genomföra konventionsstaternas åtaganden under CRPD, inbegripet de under Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen.

Den information som ska tas fram för att leva upp till Sveriges åtaganden under Artikel 31 ”ska brytas ned på ändamålsenligt sätt” (31 (2)). Av CRPD: s första artikel framgår tydlig att åtagandena under Konventionen gäller ”*alla* personer med funktionsnedsättning”, exemplifierade med ”personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella och sensoriska funktionsnedsättningar”.⁴⁹ Detta innebär att Sverige måste ta fram information som är tillräckligt detaljerad för att ge kunskap om och utvärdera i vilken utsträckning varje kategori av personer åtnjuter sina rättigheter, vilka hinder som finns och vilka åtgärder som behövs för att avhjälpa dessa hinder.⁵⁰

Det framgår tydligt av Artikel 5 (2) Jämlikhet och icke-diskriminering att personer med funktionsnedsättning ska skyddas inte bara mot diskriminering grundad på funktionsnedsättning, utan även mot diskriminering ”på alla grunder”. Detta innebär att en ”ändamålsenlig” nedbrytning av den information som samlas in under Artikel 31 ska kunna visa på skillnader även på andra grunder än funktionsnedsättning. Konventionens Preamble (p) innehåller en ej uttömmande lista på sådana grunder som tillsammans med funktionsnedsättning är utsatta för ”flerfaldiga eller försvårade former av diskriminering”[:] ”ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationell, etnisk, ursprunglig eller social härkomst, egendom, börd, ålder eller ställning i övrigt”.

Ovan innebär att insamlingen av information måste utformas så att resultatet kan brytas ned enligt dessa explicita kategoriseringar. Detta ska göras på ett sådant sätt att rättigheternas uppfyllelse går att mäta, hinder kan identifieras och lämpliga åtgärder kan sättas in för att motverka ”flerfaldiga eller försvårade former av diskriminering” på dessa grunder. Då rapporteringsskyldigheter under Artikel 35 omfattar alla Konventionens rättigheter (inklusive Artiklarna 1 och 5) gäller dessa krav även den information Sverige tar fram för sin dialog med CRPD-Kommittén. Således är det statens skyldighet att överväganden i politiken har tillgång till och är baserade på ändamålsenlig information och en adekvat nulägesanalys. Detta gäller även den politik som ska genomföra Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen, inbegripet dess rättighet till personlig assistans.

Förutom den uppföljning som görs av verksamheterna inom den offentliga förvaltningen så kräver CRPD: s Artikel 33 (2) Nationellt genomförande och övervakning att konventionsstaterna skapar en mekanism för oberoende övervakning vars löpande verksamhet inte kan påverkas av

⁴⁹ Författarens kursivering.

⁵⁰ Se ovan under 2.3.1.

statlig styrning. Mekanismen beskrivs i artikeln som ”en mekanism, inklusive en eller flera oberoende mekanismer, enligt vad som befinns ändamålsenligt för att främja, skydda och övervaka genomförandet av denna konvention”. Här ställer Artikel 33 höga krav på konkret medverkan av funktionshinderrörelsen i övervakningen. 33 (3) kräver att ”[d]et civila samhället, särskilt personer med funktionsnedsättning och de organisationer som representerar dem, ska involveras och fullt ut medverka i övervakningsförfarandet”.⁵¹

3.2.7. Kompetensutveckling och medvetandegörande

Ett annat viktigt styrmedel enligt Konventionen är kompetensutveckling för ”specialister och personal som arbetar med personer med funktionsnedsättning” (Artikel 4 (1i)). Artikeln kräver att konventionsstaterna ska ”främja utbildning om de rättigheter som erkänns i denna konvention [...] så att de [specialister och personal] bättre ska kunna ge det stöd och den service som dessa rättigheter garanterar”. Kompetensutvecklingen gäller genomförandet av rättigheterna i Konventionen i den egna verksamheten, och innefattar både mer teknisk ’know-how’ om hur ett visst resultat kan uppnås och kunskap om de principer och värderingar CRPD bär.

Slutligen ska erinras om att den kompetens som åtgärderna ska skapa är den som leder till genomförande av Konventionens rättigheter, såsom de har utformats i artiklarna om olika livsområden. När allmänt accepterade uppfattningar och arbetssätt inom olika professioner om vilka målen för verksamheten är och hur de ska uppnås går på tvärs mot Konventionens bestämmelser krävs alltså åtgärder för att förändra detta.

Ett styrmedel som ligger nära den kompetensutveckling som krävs i Artikel 4(1i), och delvis överlappar den, är det medvetandehöjande som konventionsstaterna åtagit sig att skapa genom Artikel 8 Medvetandegörande om situationen för personer med funktionsnedsättning. Artikel 8 (1a) kräver ”omedelbara, effektiva och ändamålsenliga åtgärder [...] för att höja medvetandenivån i hela samhället, däribland på familjenivå, om personer med funktionsnedsättning och för att främja respekten för deras rättigheter och värdighet”. Artikeln kräver bland annat att staten främjar ”utbildningsprogram som ökar medvetenheten om personer med funktionsnedsättning och rättigheterna för personer med funktionsnedsättning” (8 (2d)).

Rättigheterna i CRPD täcker all offentlig förvaltning (och för den del även privata och ideella aktörer, jämför Artikel 4 (1e)).⁵² Detta innebär att kravet på medvetandehöjande åtgärder omfattar alla sektorer och alla nivåer, från personal på Regeringskansliet till personal som möter rättighetsbärare i sin dagliga verksamhet inom offentlig förvaltning. Under Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen ska alltså arbetet med attityder och kompetens i relation till personlig assistans omfatta både beslutsfattande och verkställande, på alla nivåer.

Medvetandehöjande som styrmedel syftar till att förändra de uppfattningar och attityder som orsakar kränkningar av Konventionens rättigheter, inbegripet kränkningar av Artikel 19 Rätt att

⁵¹ Se vidare CRPD Allmän Kommentar 7, paras. 34-41.

⁵² Se nedan under 3.4.

leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen. På så sätt är Artikel 8 central för att förebygga funktionshinder. Åtgärder enligt Artikel 8 syftar till att komma till rätta med en av de två kategorier av hinder som Konventionens Preamble (e) för fram som instrumentala för funktionshinder: ”funktionshinder härrör från [...] hinder som är betingade av *attityder* och miljö, vilka motverkar deras [personer med funktionsnedsättnings] fulla och verkliga deltagande i samhället”.⁵³

3.2.8. Normer och riktlinjer för tillgänglighet (inklusive universell utformning)

Den andra kategorin av hinder i Konventionens Preamble (e): ”hinder som är betingade av [...] *miljön*”, återfinns bland annat i Artikel 9 Tillgänglighet.⁵⁴ Bland de ”ändamålsenliga åtgärder” som Artikel 9 kräver finns två huvudsakliga styrmedel specificerade: att ”utveckla, utfärda och övervaka tillämpning av miniminormer och riktlinjer för tillgänglighet till anläggningar och service som är öppna för eller erbjuds allmänheten” (9 (2a)) och att ge ”utbildning i frågor som gäller tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning” (9 (2c)). Artikel 4 (1f) kräver även att Sverige ska ”främja universell utformning vid utveckling av normer och riktlinjer”. Universell utformning ska således främjas i det arbete med miniminormer och riktlinjer som Artikel 9 kräver.

Viktigt här är att Artikel 9 har en ofta ignorerad bredd och omfattar tillgång inte bara till ”den fysiska miljön”, utan även ”till transporter, till information och kommunikation, innefattande informations- och kommunikationsteknik (IT) och system samt till andra anläggningar och tjänster som är tillgängliga för eller erbjuds allmänheten”.⁵⁵ Denna bredd måste speglas i de styrmedel som används, inklusive utbildnings- och medvetandegörandeinsatser och miniminormer och riktlinjer. Styrningen måste omfatta hela verksamheten och säkerställa att all ”service” och samtliga ”tjänster” blir *användbara för alla människor*, inklusive alla kategorier av personer med funktionsnedsättning. ”Alla” omfattar även de som kräver specifik kunskap och rutiner hos verksamheten i mötet mellan det allmänna och rättighetsbäraren. Hela målgruppens behov av förändring för att säkra användbarhet av verksamheten är *av lika vikt* och detta måste reflekteras i arbetet med att förverkliga Artikel 9. Av Artikel 1 Syfte framgår tydligt att åtagandena under Konventionen gäller ”*alla* personer med funktionsnedsättning”.

Huvuddelen av Artikel 9 fokuserar på breda tillgänglighetsaspekter av miljön snarare än individuella anpassningar. Dock kräver artikeln ”former av assistans och annan *personlig* service, däribland ledsagare, lektörer och yrkesverksamma teckenspråkstolkare, för att underlätta tillgänglighet till byggnader och andra anläggningar som är öppna för allmänheten” (9 (2e)).⁵⁶ På så sätt överlappar Artikel 9 med samtliga dimensioner av Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen.⁵⁷

⁵³ Författarens kursivering.

⁵⁴ Författarens kursivering.

⁵⁵ Se ovan under 2.3.2.

⁵⁶ Författarens kursivering.

⁵⁷ Se närmare nedan Kapitel 4-5.

3.2.9. Forskning, utveckling, information och främjande av tillgång till ny teknik (inklusive universell utformning)

Ett annat styrmedel konventionsstaterna åtar sig att använda i CRPD är ”att genomföra eller främja forskning och utveckling av och främja tillgång till [...] ny teknik” gällande bland annat IT och hjälpmedel (Artikel 4 (1g)) och ”att lämna tillgänglig information” om detta till personer med funktionsnedsättning (Artikel 4 (1h)). Ett närliggande åtagande är ”att genomföra eller främja forskning och utveckling av universellt utformade produkter, tjänster, utrustning och anläggningar” (Artikel 4 (1f)). Även om både universell utformning och fokus på teknik ligger en bit ifrån just personlig assistans så är forskning och utveckling nödvändig för de aspekter av Artikel 19 som handlar om bredare förändringar av samhället.

Sammanfattningsvis nämner de enskilda artiklarna i CRPD vissa specifika styrmedel och åtgärder som konventionsstaterna ska använda för att förverkliga just den rättighet som artikeln skyddar. Detta betyder inte att dessa styrmedel är de enda som är relevanta för förverkligandet av artikeln ifråga, inbegripet Artikel 19. Den övergripande skyldigheten att vidta ”alla ändamålsenliga [...] åtgärder” för att säkerställa åtnjutandet av rättigheterna (Artikel 4 (1a)) kvarstår. Detta innebär att det slutgiltiga svaret på om staten uppfyllt sitt åtagande att genomföra Artikel 19 *prima facie* är anhängigt resultatet; är rättigheterna *de facto* säkerställda och åtgärderna därmed *ipso facto* ”ändamålsenliga”?

3.3. När ska staten agera?

3.3.1. Omedelbart eller gradvis förverkligande?

Artikel 4 Allmänna åtaganden

1. Konventionsstaterna åtar sig att säkerställa och främja fullt förverkligande av alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter för alla personer med funktionsnedsättning utan diskriminering av något slag på grund av funktionsnedsättning [...].

2. Med avseende på ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter åtar sig varje konventionsstat att vidta åtgärder och till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser och, där så behövs, inom ramen för internationellt samarbete, för att trygga att rättigheterna gradvis förverkligas i sin helhet, utan att det ska inkräkta på de åtaganden i denna konvention som är omedelbart tillämpliga enligt internationell rätt. [...]

Svaret på frågan *när* anspråk på mänskliga rättigheter ska infrias finns i Artikel 4 Allmänna åtaganden. Den temporala huvudregeln finns i Artikel 4 (1) och är underförstådd: det är *nu* det ”full[a] förverkligande[t] av alla mänskliga rättigheter” ska ”säkerställa[s]”. Konsekvensen av detta är att de åtgärder eller tillstånd som krävs i de olika artiklarna i CRPD ska förverkligas fullt ut i detta nu för att konventionsstaterna ska vara i konformitet med Konventionen.

I Artikel 4 (2) presenteras ett undantag till regeln om omedelbart förverkligande av rättigheterna. Medan huvudregeln i 4 (1) inte anger vilka kategorier av rättigheter den gäller, anges i 4 (2) att undantaget från kravet på omedelbart förverkligande gäller ”ekonomiska, sociala och kulturella

rättigheter”. På så sätt framgår det, *e contrario*, att 4 (1) gäller medborgerliga och politiska rättigheter, som ju av tradition ska förverkligas omedelbart.⁵⁸

Ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter kan däremot förverkligas gradvis utan att det utgör ett konventionsbrott. Detta innebär inte att inaktivitet är förenligt med Konventionen. Istället måste staten ”vidta åtgärder och till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser” för att *röra sig mot ett fullt förverkligande* av de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter Konventionen uttrycker (Artikel 4 (2)). Detta uttrycks ofta av övervakningskommittéerna som ett ansvar att omedelbart påbörja ett systematiskt arbete som rör sig från nulägesanalys och planering till åtgärder för fullt åtnjutande av rättigheten i sin helhet.⁵⁹ Ur statsansvarssynpunkt blir frågan i vilken utsträckning kvalificeringen “gradvis förverkligas” innebär att bristande resurser kan åberopas som en legitim förklaring om rättigheter inte åtnjuts (än).

Logiken bakom att behäfta olika kategorier av rättigheter med olika former av ansvar, ett arv från de två kovenanterna⁶⁰, är att ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter kräver resurser på ett sätt som medborgerliga och politiska rättigheter inte gör. I enlighet med att stater ska hållas till svars endast för det som de har i sin makt att förändra, innebär doktrinen om gradvis förverkligande av ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter att politisk ovilja och inaktivitet ska skiljas från konsekvenserna av legitima begränsningar av resurser. Denna flexibilitet är en central mekanism i ett globalt rättssystem då ojämlikheten gällande tillgängliga resurser mellan stater är betydande.

Viktigt är att Artikel 4 (2) avslutas med att detta gradvisa förverkligande inte ska påverka ”de åtaganden i denna konvention som är *omedelbart tillämpliga* enligt internationell rätt”.⁶¹ I tolkningen av tidigare konventioner har distinktionen i ansvar mellan kategorier av rättigheter luckrats upp. Detta har skett främst genom att vissa aspekter av ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har ansetts ge upphov till omedelbara skyldigheter, i den mening att bristande resurser inte är en legitim förklaring när dessa aspekter inte realiserats omedelbart.⁶² Detta åberopas i synnerhet i relation till rätten att vara fri från diskriminering och i relation till förverkligandet av absoluta miniminivåer av rättigheterna.⁶³ I relation till CRPD blir frågan om de omedelbara åtaganden som åsyftas i Artikel 4 (2) är begränsade till medborgerliga och politiska rättigheter, eller om de, i enlighet med utvecklingen ovan, även gäller aspekter av ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

⁵⁸ FN: s Konvention om medborgerliga och politiska rättigheter, antagen 1966. Refereras härnäst till som ICCPR. Se Kommittén för mänskliga rättigheter Allmän Kommentar 31 om naturen av statsansvar för konventionsstater (2004). Se även Mégret, Frédéric, *The Disabilities Convention: Towards a Holistic Concept of Rights*, 12 *The International Journal of Human Rights* 2, 2008. Refereras härnäst till som Mégret, 2008 B.

⁵⁹ Se till exempel CRPD Allmän Kommentar 5, paras. 41-42 samt Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter Allmän Kommentar 3 om naturen av konventionsstaternas ansvar (1990). Refereras härnäst till som ICESCR Allmän Kommentar 3.

⁶⁰ ICCPR och FN: s Konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, antagen 1966. Refereras härnäst till som ICESCR.

⁶¹ Författarens kursivering.

⁶² ICESCR Allmän Kommentar 3.

⁶³ *Ibid.*, paras. 1 och 10.

Ordalydelsen vad gäller vilka kategorier av rättigheter som kan vara ”omedelbart tillämpliga” är öppen. I ljuset av utvecklingen nämnd ovan, samt de positioner som stater gav uttryck för i förhandlingarna av CRPD⁶⁴, framstår den rimligaste tolkningen som att även vissa aspekter av ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter ska säkerställas omgående. Vilka aspekter det rör sig om måste dock avgöras från rättighet till rättighet. Speciellt för CRPD är även att detta instrument blandar artiklar traditionellt hemmahörande i olika kategorier; inte specificerar vilka artiklar som hänför sig till vilka kategorier; lägger till nya element i traditionella artiklar; samt har artiklar som inte förkommer i tidigare konventioner och vilka blandar olika kategorier av rättigheter inom själva artikeln.⁶⁵ Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen är exempel på det senare⁶⁶ och konsekvenserna av detta för konventionsstaternas skyldigheter under CRPD i relation till personlig assistans utvecklas nedan i Kapitel 5.

3.3.2. Retrogression

Ovan har behandlats när och med vilken systematik förverkligandet av ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter måste ske för att vara i konformitet med Konventionen. Begreppet att ”gradvis förverkligas” förutsätter alltså en rörelse framåt, att utvecklingen inte står stilla, och definitivt att utvecklingen inte rör sig bakåt i bemärkelsen ’gradvis försämras’. Inom internationell lagstiftning om mänskliga rättigheter används begreppet ”retrogression” för att benämna en sådan utveckling bakåt. Begreppet har utvecklats i relation till ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Detta då en tillbakagång i åtnjutandet av medborgerliga och politiska rättigheter utgör ett automatiskt konventionsbrott.⁶⁷

Ordalydelsen i Artikel 4 (2) ger, *e contrario*, att en rörelse bakåt inte lever upp till artikelns krav på att ”gradvis förverkliga[.]” rättigheter. CRPD-Kommittén uttrycker att ”[s]kyldigheten till successivt förverkligande förutsätter också att det inte vidtas åtgärder som för utvecklingen bakåt när det gäller åtnjutandet av ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter”.⁶⁸ Trots det är CRPD-Kommitténs position, i likhet med den hos Kommittén för Ekonomiska, Sociala och Kulturella Rättigheter⁶⁹, att sådan retrogression i undantagsfall kan vara tillåten, i den mening att den inte utgör ett konventionsbrott.⁷⁰ Denna tolkning ligger i linje med ett centralt syfte med Artikel 4 (2): att inte straffa konventionsstater för sådant som ligger utanför deras kontroll. Det är en realitet att tillfällig finansiell tillbakagång i samband med olika krissituationer påverkar statens möjlighet att förverkliga mänskliga rättigheter.

⁶⁴ Se CRPD: s förarbeten, till exempel Session 4, Volym 5, #6, 30 augusti 2004 och Volym 5, #7, 31 augusti 2004 samt Session 7, Volym 8, #11, 30 januari 2006 och Volym 8, #12, 31 januari 2006.

⁶⁵ Se Mégret, 2008 B.

⁶⁶ Se Clements, Luke och Parker, Camilla, The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A New Right to Independent Living?, 13 European Human Rights Law Review 4, 2008, s. 513-515.

⁶⁷ Många medborgerliga och politiska rättigheter kan lagligen vara föremål för ”derogation”, vilket inte är kopplat till resurser utan nationell stabilitet under temporära kristillstånd. ICCPR Artikel 4. Varken ICESCR eller CRPD innehåller någon reglering av derogation.

⁶⁸ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 44.

⁶⁹ Hädanefter refererad till som ICESCR-Kommittén.

⁷⁰ ICESCR Allmän Kommentar 3.

CRPD-Kommittén har här följt praxis från ICESCR-Kommittén genom att poängtera att retrogression bara är förenligt med Konventionen i undantagsfall och förutsatt att strikta kriterier är uppfyllda. När “[retrogressiva] åtgärder tas, bör stater demonstrera att detta gjordes efter noggrant övervägande av samtliga alternativ och att åtgärderna var berättigade, med hänsyn till samtliga rättigheter i Konventionen, utifrån användandet av alla konventionsstatens tillgängliga medel”.⁷¹ CRPD-Kommittén upprepar de krav som ICESCR-Kommittén tidigare ställt upp för att en retrogression ska vara förenlig med Konventionen: “a) Åtgärden är rimligt motiverad; b) En ingående undersökning av alternativ gjordes; c) Det har funnits ett genuint deltagande av berörda grupper i undersökningen av föreslagna åtgärder och alternativ; d) Åtgärderna är inte direkt eller indirekt diskriminerande; e) Åtgärderna kommer inte att ha en direkt inverkan på förverkligandet av de rättigheter som anges i konventionen, en orimlig inverkan på förvärvade rättigheter eller en inverkan på huruvida en enskild person eller en grupp kommer att berövas tillgång till en miniminivån av social trygghet; [och] f) Det gjordes en oberoende granskning av åtgärderna på nationell nivå.”⁷² Således ställs alltså strikta krav på att konventionsstaten kan rättfärdiga behovet av en sådan tillfällig rättighetssänkning som retrogression innebär.

Sammanfattningsvis kan noteras att det i realiteten är svårt att se att kriterierna ovan kan uppfyllas i relation till personer med funktionsnedsättning. Detta då personer med funktionsnedsättning är en grupp som drabbas oproportionerligt av kränkningar av mänskliga rättigheter, historiskt likväl som nu.⁷³ Om en åtgärd som innebär retrogression är direkt riktad mot gruppen, eller gruppen drabbas oproportionerligt av åtgärden (indirekt diskriminering), utgör detta *prima facie* diskriminering.⁷⁴

3.4. Vem ska genomföra rättigheterna i CRPD?

Konventionens rättigheter, och därmed även de åtaganden som en konventionsstat gjort under Konventionen, omfattar alla delar av den offentliga styrningen och förvaltningen. Detta är signifikant för en stat som Sverige där en stor del av myndighetsutövningen inom de livsområden Konventionens rättigheter täcker sker i kommunal och regional regi. Artikel 4 (1d) är explicit om att statens åtaganden omfattar att ”säkerställa att *myndigheter och offentliga institutioner* handlar i enlighet med konventionen”.⁷⁵

Det övergripande ansvaret för Konventionens genomförande påverkas inte av hur en stat valt att organisera sin normgivning och myndighetsutövning. Detta ansvar påverkas inte ens av om en stat har en federal struktur (Artikel 4 (5)). Än mindre påverkas ansvaret av om staten, som

⁷¹ Rapport av CRPD-Kommitténs om prövning av Storbritannien och Nordirland under Artikel 6 av Fakultativt protokoll till Konventionen, 7 oktober 2016, para. 46. Författarens översättning. Refereras härnäst till som CRPD Rapport Fakultativt Protokoll, 2016.

⁷² *Ibid.*, *Ibid.* Se vidare ICESCR Allmän Kommentar 3 samt Skrivelse från ICESCR-Kommitténs ordförande till ICESCR: s medlemsstater, daterad 16 maj 2012.

⁷³ CRPD Preamble (k).

⁷⁴ CRPD Allmän Kommentar 6, para. 18(b) ”Indirekt diskriminering[...] innebär att lagar, riktlinjer eller förfaringsätt verkar neutrala vid första anblick men får en oproportionerligt negativ inverkan på en person med funktionsnedsättning. Detta uppstår när en möjlighet som verkar vara tillgänglig i själva verket utestänger vissa personer på grund av att deras ställning inte tillåter dem att utnyttja möjligheten i sig.”

⁷⁵ Författarens kursivering.

Sverige, valt olika former av regionalt och lokalt självstyre. Regeringens ansvar på regional och lokal nivå består framförallt i att *genom nationell styrning av regional och lokal verksamhet* säkerställa genomförandet av Konventionen i praktiken. Detsamma gäller givetvis för styrning av genomförandet av Konventionen genom verksamhet hos statliga myndigheter.

Ur konventionshänseende så påverkas alltså inte ansvaret för genomförande av Konventionen av en konventionsstats val att organisera sig genom kommunalt och/eller regionalt självstyre. Den kommunala och den regionala sektorn måste leva upp till Konventionens krav och det är statens uppgift att se till att detta sker. Sveriges internationella förpliktelser är på så sätt del av det ramverk som reglerar kommunal och regional verksamhet. Det åligger alltså Sveriges riksdag och regering att styra på ett sådant sätt att verksamhet på alla nivåer (statlig, regional, lokal) har förutsättningar för att leva upp till åtaganden som Sverige gjort genom att ratificera Konventionen, samt att säkerställa att så faktiskt sker. Så länge funktionerna faller under Konventionens rättigheter, så ska de uppfyllas genom nationell styrning av verksamheten i fråga. Detta är centralt för rättigheten till personlig assistans under Artikel 19 som i dagsläget förverkligas i både statlig och kommunal regi. Rättigheten enligt CRPD är densamma oavsett på vilken nivå den genomförs i praktiken.

Att kommuner och regioner ingår i arbetet att genomföra Konventionen är ju också en förutsättning för att rättigheterna ska kunna uppfyllas i praktiken, taget att kommunal och regional verksamhet arbetar med mänskliga rättigheter i relation till invånarna inom skola, vård och omsorg, fysisk planering, i den lokala och regionala demokratin och även som arbetsgivare. Denna verksamhet har ett avgörande inflytande över huruvida rättigheterna i CRPD får genomslag i människors vardagsliv. Det är till syvende och sist detta som avgör inte bara konventionsefterlevnad, utan vilken slags liv som människor kan leva. Inbegripet om livet tillåts ta plats inom alternativt utanför samhällsgemenskapen, vilket är centralt i relation till Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen.

En sista aspekt av vad som händer ansvarsmässigt när en stat ratificerar en internationell konvention som CRPD är statens ansvar att reglera inte bara alla nivåer av offentlig verksamhet, utan även privat och ideell sektor. Artikel 4 (1e) kräver explicit att konventionsstaterna ska ”vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att avskaffa diskriminering på grund av funktionsnedsättning från *alla personers, organisationers och enskilda företags sida*”.⁷⁶ Staten måste alltså använda sina styrmedel och sin ’verktygslåda’ av åtgärder inom offentlig förvaltning på ett sådant sätt att aktörer inom civila samhället och näringslivet inte kränker rättigheterna i CRPD. I relation till personlig assistans omfattar alltså kraven i Artikel 19 på detta sätt även privata leverantörer av personlig assistans.

⁷⁶ Författarens kursivering.

4. Allmänt om Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen

4.1. Inledning

Rättigheten att leva självständigt och självbestämt i samhällsgemenskapen är navet i CRPD. Konventionens rättigheter handlar i stort om samhällsgemenskapen. Det är ju där vi är och gör majoriteten av de värdefulla livsmöjligheter som skyddas som mänskliga rättigheter. Därför blir artiklar såsom Artikel 24 Utbildning, Artikel 25 Hälsa, Artikel 27 Arbete och sysselsättning, Artikel 28 Tillfredsställande levnadsstandard och social trygghet, Artikel 29 Deltagande i det politiska och offentliga livet och Artikel 30 Deltagande i kulturliv, rekreation, fritidsverksamhet och idrott avgörande för tolkningen av den rättighet till ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen som skyddas i Artikel 19. I slutändan avgör den reella möjligheten att åtnjuta livsmöjligheterna i andra artiklar på ett självständigt och självbestämt sätt i samhällsgemenskapen om Artikel 19 är förverkligad eller inte.

4.2. Översikt över Artikel 19 och dess mål

Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen

Konventionsstaterna erkänner lika rätt för alla personer med funktionsnedsättning att leva i samhällsgemenskapen med lika valmöjligheter som andra personer och ska vidta effektiva och ändamålsenliga åtgärder för att underlätta att personer med funktionsnedsättning fullt åtnjuter denna rätt och deras fulla inkludering och deltagande i samhällsgemenskapen, bl.a. genom att säkerställa att

- a) personer med funktionsnedsättning har möjlighet att välja sin boställningsort och var och med vem de vill leva på samma villkor som andra och inte är tvungna att bo i särskilda boendeformer,*
- b) personer med funktionsnedsättning har tillgång till olika former av samhällsservice både i hemmet och inom särskilt boende och till annan service, bl.a. sådan personlig assistans som är nödvändigt för att stödja boende och deltagande i samhällsgemenskapen och för att förhindra isolering och avskildhet från samhällsgemenskapen, samt*
- c) samhällsservice och anläggningar avsedda för allmänheten är tillgängliga på lika villkor för personer med funktionsnedsättning och svarar mot deras behov.*

77

I kappan av Artikel 19 krävs att stater ”ska vidta effektiva och ändamålsenliga åtgärder för att underlätta att personer med funktionsnedsättning fullt åtnjuter denna rätt”. Kappan följs av en uppräkningslista av tre aspekter av Artikel 19 som stater enligt kappan ska ”säkerställa”: *boende, individanpassad samhällsservice och allmän samhällsservice*. Viktigt här att understryka är att dessa tre aspekter inte är uttömmande för de insatser som omfattas av rättigheten i Artikel 19. Det bredare batteri av insatser som krävs för att uppnå målen i kappan måste fastställas i tandem med andra artiklar i CRPD. Detta gäller både artiklar som reglerar olika livsområden och artiklar som

⁷⁷ I den svenska översättningen har uttrycket ”personligt stöd” valts i stället för ”personlig assistans”. Det förra är missvisande då den bindande originalversionen av CRPD läser ”personal assistance”. ”Persons with disabilities have access to a range of in-home, residential and other community support services, including *personal assistance* necessary to support living and inclusion in the community, and to prevent isolation or segregation from the community”. Författarens kursivering. Att det som åsyftas i 19 (b) är just ”personlig assistans” i den mening begreppet används i Sverige och i Direktiv 2020:3 fastställs nedan i not 108.

fastställer de system, styrmedel, mekanismer och åtgärder som behövs för att förverkliga Konventionens rättigheter.⁷⁸

Artikel 19 stakar ut rätten till vad som mest rättvisande beskrivs som 'ett självbestämt och självständigt liv i samhällsgemenskapen'. Det *tillstånd som rättigheten ytterst ska skapa* nämns i titeln (självständighet och samhällsgemenskap) och i kappan (samhällsgemenskap och självbestämmande). Vad gäller *självständighet* är det viktigt att poängtera att den självständighet som åsyftas är den som kan uppnås *med olika insatser*. Bristande självständighet är aldrig en legitim anledning att inte skapa självständighet med de medel som krävs. Syftet att vara en del av *samhällsgemenskapen* finns i titeln, kappan ('full[,] inkludering och deltagande i samhällsgemenskapen') samt finns uttryckt i negativa termer i 19 (b) ('att förhindra isolering och avskildhet från samhällsgemenskapen'). Syftet att åtnjuta *självbestämmande* återfinns i generella termer i kappan ('att [ha] lika valmöjligheter som andra') och specifikt i relation till boende i 19 (a) ('att välja sin boställningsort och var och med vem de [personer med funktionsnedsättning] vill leva'). Att ha valmöjligheter innebär både att det finns reella alternativ att välja mellan samt att valet mellan dessa ligger i personens egen makt.⁷⁹

Genom dessa tre syften fångar Artikel 19 essensen i att människor är både sociala och separata varelser – att vi både behöver gemenskap med och är beroende av andra för att utvecklas *och* behöver möjligheter till en egen sfär där vi har rätt och faktisk möjlighet att begränsa andras involvering.⁸⁰ Samt, kanske viktigast, att vi själva har makt över balansen mellan dessa genom egna val, varigenom vår identitet och livsstil skapas.

Dessa syften genomsyrar hela CRPD. Bland annat återkommer de i Artikel 3 Allmänna principer. Artikel 3 är som nämnts ovan Konventionens 'kompass', gjord för att vägleda tolkningen av alla Konventionens artiklar, inbegripet Artikel 19. Den inledande principen i Artikel 3 omfattar 'individuellt självbestämmande, innefattande frihet att göra egna val samt enskilda personers oberoende'.⁸¹ Den följs senare av principen om 'fullständigt och faktiskt deltagande och inkludering i samhället'.⁸² Förutom dessa principer så går de allmänna principerna om 'icke-diskriminering' och 'lika möjligheter' i Artikel 3 igen i Artikel 19, som explicit fastställer att det som Artikel 19 kräver är 'lika rätt' (i kappan) och att den rätten ska åtnjutas 'på lika villkor' 19 (a, c).⁸³ Här ska påminnas om att kappan explicit anger att rättigheten gäller 'alla' personer med funktionsnedsättning, vilket bland annat innebär att form eller grad av funktionsnedsättning aldrig utgör ett giltigt skäl att neka någon hans rättigheter enligt Artikel 19.⁸⁴

⁷⁸ Se Kapitel 3 ovan.

⁷⁹ CRPD Allmän Kommentar 5, paras. 16 (a), 24 och 36.

⁸⁰ *Ibid.*, para. 9 'Rättigheten i artikel 19 är djupt rotad i internationell människorätt. I artikel 29.1 i den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna betonas det ömsesidiga beroendet mellan en individs personliga utveckling och den sociala aspekten av att vara en del av samhällsgemenskapen: "Var och en har plikter mot samhällsgemenskapen i vilket den fria och fullständiga utvecklingen av hans personlighet ensamt är möjlig."'

⁸¹ CRPD Artikel 3 (a) Allmänna Principer. Medan Artikel 19 är den artikel i CRPD där delaktighet är tydligast manifesterad, är Artikel 12 Likhet inför är lagen centrum i CRPD för rätten till egna val.

⁸² CRPD Artikel 3 (c) Allmänna Principer.

⁸³ För mer om Artikel 3 Allmänna principer se under 2.3.2. ovan.

⁸⁴ Samma formulering finns i CRPD Artikel 1 Syfte. Stöd finns i CRPD Preamble (j) 'Konventionsstaterna [...] erkänner behovet av att främja och skydda de mänskliga rättigheterna för alla personer med funktionsnedsättning, inklusive för dem som behöver mer omfattande stöd'. Se även CRPD Allmän Kommentar 5, paras. 20-21.

4.3. Paragraf (a) om boende

Enligt paragraf (a) innebär rättigheten i Artikel 19 att ”personer med funktionsnedsättning har möjlighet att välja sin bosättningsort och var och med vem de vill leva på lika villkor som andra och inte är tvungna att bo i särskilda boendeformer”. Paragrafen härrör från den samhälleliga tendensen att segregera personer med funktionsnedsättning tillsammans i olika former av boenden. Artikel 19 (a) kräver istället att staten säkerställer att en person med funktionsnedsättning har möjlighet att välja var, hur och med vem hen vill bo. Paragraf (a) innebär att en viss boendeform aldrig kan påtvingas individen mot hens vilja, något som även följer av Artikel 12 Likhet inför lagen.⁸⁵

Rättigheten innebär även att staten ska säkerställa att det finns valmöjligheter i form av tillgång till boende som lever upp till kraven i Artikel 19 och är förenliga med dess syften. Enligt CRPD-Kommittén innefattar detta att faktisk ha det reella valet att ha sin bostad i samhällsgemenskapen, på basis av jämlikhet med andra. Bostäderna ska utgöra ett ”tryggt och fullgott boende” och vara tillgängliga i tillräcklig omfattning och i alla delar av samhällsgemenskapen, både för familjer och personer som bor för sig själva.⁸⁶ De ska även vara ”ekonomiskt överkomliga”.⁸⁷ Kommittén noterar att ”Artikel 19 är inte korrekt implementerad om boende bara tillhandahålls i särskilda områden och är inrättat så att personer med funktionsnedsättning måste bo i samma hus, anläggning eller område”.⁸⁸

Rättigheten i 19 (a) innebär att de olika former av stöd som följer av 19 (b) och 19 (c) måste vara tillgängliga i boendeformer som lever upp till 19 (a), och inte endast erbjudas i boendeformer per se oförenliga med Konventionen (diskuterade under förhandlingarna i termer av ’institutioner’).⁸⁹ Frågan om vilka boendeformer som är oförenliga med Konventionen per se sammanfaller med frågan vilka boendeformer som inte uppfyller, eller har potential att uppfylla, kraven i Artikel 19.

⁸⁵ CRPD-Kommittén uttrycker att ”Likhet inför lagen (artikel 12) säkerställer att alla personer med funktionsnedsättning har rätt att utöva sin fulla rättskapacitet och därför har lika rätt som andra till valfrihet i och kontroll över sina egna liv genom att välja var, med vem och hur de vill bo, och att få stöd i enlighet med sin vilja och sina preferenser”. CRPD Allmän Kommentar 5, para. 80.

⁸⁶ *Ibid.*, para. 34.

⁸⁷ *Ibid.*, *Ibid.*

⁸⁸ *Ibid.*, *Ibid.*

⁸⁹ *Ibid.*, para. 25. Frågan om institutioner förekom löpande i förhandlingarna av CRPD, se till exempel Arbetsgruppens Rapport, Artikelutkast 4 (1d) Allmänna åtaganden, Artikelutkast 14 Respekt för privatliv, hem och familj, och Artikelutkast 21 Rätten till hälsa och rehabilitering, 2004; Session 4, Volym 5, #5, 27 augusti 2004; Session 5, Volym 6, #9, 3 februari 2005; Session 6, Rapport, 2005, s. 7 och Volym 7, #1, 1 augusti 2005; Session 7, Volym 8, #4, 19 januari 2006 samt Volym 8, #5, 20 januari 2006.

Enligt CRPD-Kommittén kan alla sorters boendeformer stå i strid med Artikel 19. Det är inte bara storleken av boendeformen som avgör, utan istället “vissa definierande kännetecken”[:]

Det kan till exempel vara att man är tvungen att dela assistenter med andra och saknar eller har begränsat inflytande över vem man måste acceptera att få assistans av; isolering och segregering från ett självständigt liv i samhällsgemenskapen; brist på kontroll över beslut i vardagen; brist på möjlighet att välja vem man vill leva med; oflexibla rutiner som inte tar hänsyn till personlig vilja och personliga preferenser; identiska aktiviteter på samma ställe för en grupp personer som lyder under en viss auktoritet; ett paternalistiskt synsätt i tillhandahållandet av tjänster; övervakning över ens boendesituation; och vanligen också ett oproportionerligt stort antal personer med funktionsnedsättning som bor på samma ställe.⁹⁰

Följaktligen kan “mindre gruppboenden” och även individuella boenden utgöra ”institutioner eller institutionalisering” i Kommitténs mening, om de organisatoriskt eller rent faktiskt är behäftade med ett eller flera av elementen i citatet ovan.⁹¹ Det är med andra ord avgörande huruvida förutsättningar *faktiskt skapas* för självbestämmande, självständighet och för att vara en del av samhällsgemenskapen. Utöver uteslutandet ur samhällsgemenskapen preciserar Kommittén kärnan i det själädödande med institutioner som ”att [...] förlora sina personliga valmöjligheter och sin autonomi genom att påtvingas vissa levnads- och boendearrangemang”.⁹² I linje med Artikel 23 Respekt för hem och familj är Kommittén tydlig med att barn med funktionsnedsättning har rätt att bo i en familj: ”Familjeliknande” institutioner är fortfarande institutioner, och kan inte ersätta en familjs omsorg”.⁹³ CRPD-Kommittén är tydlig med konventionsstaternas skyldigheter att helt avveckla alla former av institutionalisering till förmån för ett självständigt, självbestämt liv i samhällsgemenskapen:

Respekt för rättigheterna för personer med funktionsnedsättning enligt artikel 19 innebär att *konventionsstaterna behöver fasa ut institutionalisering. Konventionsstaterna får inte bygga nya institutioner*, och gamla institutioner får inte renoveras utom i den utsträckning som det akut behövs för att trygga de boendes fysiska säkerhet. Driften av institutioner bör inte förlängas, nya boende bör inte tillkomma när andra lämnar institutionen, och bostadsarrangemang som är ”satelliter” till institutioner, det vill säga som framstår som individuellt boende (lägenheter eller enfamiljshus) men kretsar kring institutioner, bör inte inrättas.⁹⁴

4.4. Paragraf (b) om individanpassad samhällsservice

Paragraferna (b) och (c) i Artikel 19 utgör förutsättningar för att personer med funktionsnedsättning ska ha möjligheter att leva självständigt och självbestämt i samhällsgemenskapen. Detta inbegriper att *bo* i samhällsgemenskapen, men även att delta i alla

⁹⁰ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 16 (c).

⁹¹ *Ibid.*, *Ibid.*

⁹² *Ibid.*, *Ibid.*

⁹³ *Ibid.*, *Ibid.*

⁹⁴ *Ibid.*, para. 49. Författarens kursivering. Se även paras. 57-58.

andra aspekter av livet som täcks av rättigheterna i CRPD. Kommittén exemplifierar dessa andra aspekter genom att hänvisa till livsmöjligheter som ”arbete, utbildning, samt delaktighet i politik och kulturliv; [...] möjliggörande av föräldraskap och kontakt med släktingar och andra; [...] delaktighet i politiskt och kulturellt liv; [...] fritidsintressen och fritidsaktiviteter; [och] resor och nöjen”.⁹⁵

Enligt paragraf (b) omfattar rättigheten i Artikel 19 att ”personer med funktionsnedsättning har tillgång till olika former av samhällsservice både i hemmet och inom särskilt boende och till annan service, bl.a. sådan personlig assistans som är nödvändig för att stödja boende och deltagande i samhällsgemenskapen och för att förhindra isolering och avskildhet från samhällsgemenskapen”.⁹⁶

Fokus här är rätten till stödformer som inte är gemensamma för alla i samhället och som är nödvändiga för att personer med funktionsnedsättning ska kunna leva på det sätt som Artikel 19 kräver: självständigt, självbestämt och i samhällsgemenskapen. Dessa former av samhällsservice måste alltså vara designade och genomförda på ett sätt som ”stödjer det övergripande syftet med normen: fullständig, individanpassad, självvald och faktisk inkludering och delaktighet samt ett självständigt liv”.⁹⁷

I linje med kraven på avinstitutionalisering presenterade ovan är CRPD-Kommittén tydlig med att det “enligt artikel 19 b inte [är] tillåtet med stödtjänster i institutionsform som segregerar och begränsar den personliga autonomin”.⁹⁸ Kommittén kopplar detta förbud till Artikel 12 Likhet inför lagen och understryker rätten till självbestämmande och deltagande. Det innebär att behovsprövning och utformningen av stöd alltid ska “ta hänsyn till, och åtlyda, en persons vilja och preferenser [och] säkerställa att personen med funktionsnedsättning involveras fullt ut i beslutsprocessen”.⁹⁹

Stödformerna tjänar både till att svara mot behov hänförliga till funktionsnedsättningen och behov hänförliga till de hinder som samhällsgemenskapen ännu inte lyckats eliminera (funktionshinder). Enligt Kommittén bör kraven för berättigande till stöd ta hänsyn speciellt till den senare kategorin av behov.¹⁰⁰ Stödet ska täcka både boendesfären och den bredare samhällssfären, vilken omfattar alla de livsområden Konventionen täcker.¹⁰¹ Stödet bör vara individuellt utformat för att passa de specifika aktiviteterna och de faktiska barriärerna mot

⁹⁵ *Ibid.*, para. 29.

⁹⁶ Som nämnts i not 77 ovan har den svenska översättningen valt uttrycket ”personligt stöd” i stället för ”personlig assistans”. Det förra är missvisande då den bindande originalversionen av CRPD läser ”personal assistance”: ”Persons with disabilities have access to a range of in-home, residential and other community support services, including *personal assistance* necessary to support living and inclusion in the community, and to prevent isolation or segregation from the community”. Författarens kursivering. Att det som åsyftas i 19 (b) är just ”personlig assistans” i den mening begreppet används i Sverige och i Direktiv 2020:3 fastställs nedan i not 108.

⁹⁷ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 31.

⁹⁸ *Ibid.*, para. 30.

⁹⁹ *Ibid.*, para. 61. Se även *Ibid.*, para. 80 ”Likhet inför lagen (artikel 12) säkerställer att alla personer med funktionsnedsättning har rätt att utöva sin fulla rättskapacitet och därför har lika rätt [...] att få stöd i enlighet med sin vilja och sina preferenser”.

¹⁰⁰ *Ibid.*, para. 61.

¹⁰¹ *Ibid.*, para. 29. Detta är i linje med syftet och placering av rättigheten i Artikel 19 och inte i Artikel 28 som fokuserar rätten till bostad.

inkludering i samhällsgemenskapen i varje enskilt fall. Det bör även anpassas i enlighet med förutsättningarna i urbana miljöer liksom landsbygd och ta höjd för att behov förändras över tid.¹⁰²

I frågan om kostnad noterar Kommittén att personer med funktionsnedsättning bör ha tillgång till ”lämpliga och ekonomiskt överkomliga tjänster, utrustning och annan assistans för behov relaterade till funktionsnedsättning, framför allt för de personer med funktionsnedsättning som lever i fattigdom”¹⁰³ och att ”[p]rogram och ekonomiskt stöd för ett självständigt liv i samhällsgemenskapen måste täcka kostnader som är funktionshindersrelaterade”¹⁰⁴. Rätten till individanpassat stöd för ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen omfattar även den information, i ett tillgängligt format, som behövs för att fatta informerade beslut om ett sådant liv och om olika stödformer i samhällsgemenskapen.¹⁰⁵

I linje med CRPD: s skydd mot ’associativ diskriminering’ omfattar rätten till individanpassat stöd, utöver stödet till assistanstagaren, även ett tillräckligt stöd till assistanstagarens familj, för att den senare ska kunna ”stötta sitt barn eller sin släkting till ett självständigt liv i samhällsgemenskapen”.¹⁰⁶ Enligt CRPD-Kommittén bör sådant stöd omfatta “avlastning, barnomsorg och annat föräldrastöd[,] [e]konomiskt stöd [och] samhällsstöd”.¹⁰⁷

Den enda form av stöd som omfattas explicit av rättigheten i 19 (b) är ”personlig assistans”.¹⁰⁸ Taget denna rapportens fokus på personlig assistans utvecklas CRPD: s reglering av denna stödform närmare i Kapitel 5.

¹⁰² *Ibid.*, para. 63.

¹⁰³ *Ibid.*, para. 92.

¹⁰⁴ *Ibid.*, para. 59.

¹⁰⁵ *Ibid.*, para. 64. Detta är i linje med Artikel 21 Yttrandefrihet och åsiktsfrihet samt tillgång till information.

¹⁰⁶ CRPD Allmän Kommentar 5, paras. 67. Detta är i linje med Artikel 23 Respekt för hem och familj. ’Associativ diskriminering’ innebär diskriminering av en närstående baserat på en persons funktionsnedsättning. Se CRPD Allmän Kommentar 6, para. 20, där översatt med termen ”diskriminering genom anknytning. ’Associativ diskriminering’ var explicit inkluderat i tidiga förslag på definition av diskriminering i CRPD, se CRPD: s förarbeten, till exempel Rapport Session 3, Annex II, Sammanställning av förslag till artikel Jämlikhet och icke-diskriminering, 2004, s. 18. Se även Session 4, Volym 5, #3, 25 augusti 2004 för en diskussion om ’associativ diskriminering’.

¹⁰⁷ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 67.

¹⁰⁸ CRPD Artikel 19 (b) ”Persons with disabilities have access to a range of in-home, residential and other community support services, including *personal assistance* necessary to support living and inclusion in the community, and to prevent isolation or segregation from the community”. Författarens kursivering.

Det ses brett som en ’icke-fråga’ att referensen i Artikel 19 (b) till ”personal assistance” hänför sig till en specifik form av stöd. Detta framgår från CRPD-Kommitténs Allmänna Kommentar 5 om Artikel 19 (paras. 16 (d) och 17) samt av doktrin om Artikel 19. Se till exempel Fiala-Butora, János; Rimmerman, Aric; och Gur, Ayelet, Art.19 Living Independently and Being Included in the Community i Bantekas, Ilias; Stein, Michael Ashley; och Anastasiou, Dimitris (red.), *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary*, Oxford University Press, Oxford, 2018; Palmisano, Giuseppe, Article 19 Living Independently and Being Included in the Community i Della Fina, Valentina; Cera, Rachele; och Palmisano, Giuseppe (red.), *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary*, Springer International Publishing, Cham, 2017; och Lewis, Oliver och Richardson, Geneva, *The Right to Live Independently and be Included in the Community*, 69 *International Journal of Law and Psychiatry*, 2020. CRPD-Kommittén definierar ”personal assistance” som ”personstyrt/användarstyrt stöd från en människa som en person med funktionsnedsättning har tillgång till och som fungerar som ett verktyg för att leva självständigt”. Se CRPD Allmän Kommentar 5, para. 16 (d). Stödformen kännetecknas vidare av rättighetsbärandens kontroll över medel, hur tjänsten utförs och av vem samt att det är en relation mellan två personer. Se CRPD Allmän Kommentar 5, para. 16 (d).

Den form av stöd som ”personal assistance” i 19 (b) åsyftar överlappar i allt väsentligt med den stödform som vi i Sverige kallar ”personlig assistans”. Enligt 9 a § lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

4.5. Paragraf (c) om allmän samhällsservice

Enligt paragraf (c) omfattar rättigheten i Artikel 19 att ”samhällsservice och anläggningar avsedda för allmänheten är tillgängliga på lika villkor för personer med funktionsnedsättning och svarar mot deras behov”. Paragraf (c) bygger på en förståelse av att de olika former av samhällsservice staten erbjuder sina medborgare för att förverkliga mänskliga rättigheter rutinmässigt utestänger personer med funktionsnedsättning. Detta eftersom samhällsservicen är utformad att fylla andra(s) behov och inte behov avhängiga funktionsnedsättning och funktionshinder. Hindren hänför sig både till attityder och ’tänk’ på alla stadier av planering och utförande av service¹⁰⁹ samt till den faktiska manifestationen av serviceleverans.¹¹⁰ Rättigheten i Artikel 19 (c) kräver att all samhällsservice och gemensamma verksamheter och anläggningar ändras så att de kan användas även av personer med funktionsnedsättning.

Rättigheten i 19 (c) täcker alla livsområden, och därmed alla de former av samhällsservice och anläggningar som explicit eller implicit omfattas av de andra artiklarna i Konventionen. Det betyder att ” [s]amhällstjänster som är öppna för allmänheten, till exempel bibliotek, simbassänger, offentliga parker/platser, butiker, postkontor och biografier, måste vara tillgängliga för personer med funktionsnedsättning och svara mot deras behov”.¹¹¹

19 (c) är explicit med att alla former av service och anläggningar ska ”svara[,] mot deras [personer med funktionsnedsättnings] behov”. All service och alla anläggningar ska följaktligen vara *faktiskt användbara*; det räcker inte med en teoretisk ’tillåtelse’ för personer med funktionsnedsättning att använda dem. Denna poängtering pekar tydligt på problemet 19 (c) ska lösa: att de behov samhällsservice och allmänna anläggningar utformats för att svara mot inte har omfattat behoven hos personer med funktionsnedsättning. De senare har följaktligen aktivt, ibland medvetet och ibland omedvetet, utestängts.

(refereras hädanefter till som LSS) ”avses [med personlig assistans] personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med andning, sin personliga hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade (grundläggande behov). Hjälp med andning eller med måltider i form av sondmatning ska anses som sådant stöd, oavsett hjälpens karaktär. Den som har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov har även rätt till insats enligt 9 § 2 för andra personliga behov om behoven inte tillgodoses på annat sätt.” En annan fråga är huruvida utformningen av denna stödform i Sverige lever upp till den standard som Artikel 19 (b) kräver för stödformen ”personal assistance”. För dessa krav se CRPD Allmän Kommentar 5, para. 17. Att Artikel 19 explicit efterfrågar stödformen ”personal assistance” är däremot tydligt. En kontextuell tolkning av referensen till ”personal assistance” ger att det som särskiljer 19 (b) från 19 (c) är att *alla former av stöd* som avses i 19 (b) är påkallade av funktionsnedsättningen eller hinder i samhället som specifikt samspejar med funktionsnedsättningen. ”Support services” är den övergripande termen för sådant individanpassat stöd och ”personal assistance” exemplifierar *en specifik form av sådant stöd*. Förarbetena till CRPD stöder denna tolkning, då ”personal assistance” diskuterades i dessa termer, bland annat utifrån att just stödformen personlig assistans sågs som resurskrävande jämfört med de andra stödformerna hänförliga till funktionsnedsättning/funktionshinder som ingår under vad som blev 19 (b). Se CRPD: s förarbeten, till exempel Session 7, Volym 8, #5, 20 januari 2006 samt Arbetsgruppens rapport, not 53: ”Vissa medlemmar av Arbetsgruppen ansåg att det skulle bli svårt för konventionsstater att säkerställa tillgång till de former av service beskrivna i [de paragrafer som sedan blev 19 (b-c)], speciellt åtagandet i paragraf 1 (c) att tillhandahålla personlig assistans (’personal assistance’)”. Författarens översättning.

¹⁰⁹ Jämför ovan under 3.2.7. om CRPD Artikel 8 Medvetandegörande om situationen för personer med funktionsnedsättning.

¹¹⁰ Jämför ovan under 3.2.8. om CRPD Artikel 9 Tillgänglighet och Artiklarna 2 och 4 (f) om universell utformning.

¹¹¹ Se CRPD Allmän Kommentar 5, para. 53. CRPD-Kommittén hänvisar här till CRPD Allmän Kommentar 2 om Artikel 9 Tillgänglighet (2014). Se även CRPD Allmän Kommentar 5, para. 78.

4.6. Samspelet mellan de olika aspekterna i Artikel 19

Av Artikel 19: s struktur framgår tydligt att varken boende, individanpassad service eller allmän service kan lämnas därhän om rätten till ett självbestämt och självständigt liv i samhällsgemenskapen ska bli verklighet. Det går inte att bo i samhällsgemenskapen utan tillgänglig samhällsservice och det går inte att vara en del av i samhällsgemenskapen utan tillgängliga bostäder. Dessutom krävs mer, även i en framtida värld där dessa två aspekter av rättigheten i Artikel 19 är fyllda. Dessa aspekter kan inte åtnjutas utan individanpassat stöd. Så länge det specifika stöd en behöver för att hantera samhällets kvarvarande hinder och den egna funktionsnedsättningen bara finns att tillgå utanför samhällsgemenskapen, eller begränsas, så finns ingen verklig möjlighet att delta.

Kopplingen mellan 19 (a), 19 (b) och 19(c) framgår tydligast i relation till processer för avinstitutionalisering. För att kunna stänga institutioner måste inte bara alternativt boende finnas, det måste även vara möjligt att ha adekvat individanpassat stöd i detta boende. För att boendet inte ska utgöra ofrivillig isolering måste det dessutom finnas en tillgänglig samhällsgemenskap runt boendet. Med CRPD-Kommitténs ord: "I politiken för avinstitutionalisering krävs därför strukturella reformer som går utöver en ren nedläggning av institutioner."¹¹² Det krävs "genomgående förändring av systemet" i form av ett strukturellt reformarbete.¹¹³ Detta arbete omfattar skapandet av alternativa boendemiljöer, skapandet av de individanpassade stödformer som åsyftas i 19 (b) och skapandet av den breda tillgänglighet till allmän samhällsservice och anläggningar som åsyftas i 19 (c).¹¹⁴ Utan de strukturer som (a) och (c) kräver så finns inget egentligt val för rättighetsbäraren, inte ens den mest resursstarka. Då kan ingen inkrementell utveckling av fler och fler personer med funktionsnedsättning som lever i enlighet med Artikel 19 ske. På så sätt fortsätter ett påtvingat liv i strid mot Artikel 19 att uppfattas som nödvändigt och naturligt, istället för den rättighetskränkning det är.

Målet med Artikel 19 (ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen), liksom kravet på en systematisk utveckling mot detta mål (Artikel 4 (2)), är otvetydigt. CRPD-Kommittén är flexibel i fråga om *hur* utvecklingen från institutioner till breda möjligheter till liv i samhällsgemenskapen ska skapas, men betonar att "[k]onventionsstaterna har en bedömningsmarginal när det gäller programmens implementering, men *inte när det gäller att institutionerna ska ersättas*".¹¹⁵

Förhållandet mellan (c) och (b) speglar hela upplägget av CRPD. Hela samhället måste göras så tillgängligt som det bara är möjligt (Artikel 9 Tillgänglighet), i första hand genom universell utformning (Artikel 4 (1f) Allmänna åtaganden och Artikel 2 Definitioner). Genom målet att från början svara på så många behov som möjligt så kommer behov att tas omhand som annars skulle lösas med individanpassade insatser. Som Kommittén noterar i relation till Artikel 19:

¹¹² CRPD Allmän Kommentar 5, para. 16 (c).

¹¹³ *Ibid.*, para. 58.

¹¹⁴ Se vidare *Ibid.*, para. 33 "Olika program för avinstitutionalisering har visat att det inte räcker att institutioner läggs ner och de boende flyttas ut i samhället, oavsett hur stora institutioner det gäller. Denna sorts reformer måste åtföljas av omfattande program för tjänste- och samhällsutveckling som inkluderar program för medvetandegörande".

¹¹⁵ *Ibid.*, para. 42. Författarens kursivering.

“Efterfrågan på samhällstjänster som är specifikt inriktade på funktionsnedsättning kan minskas med hjälp av strukturella reformer som är utformade för att förbättra tillgängligheten över lag”.¹¹⁶ *Men* detta fokus på tillgänglighet och universell utformning minskar inte på något sätt skyldigheten erbjuda individanpassade lösningar och stöd där detta behövs för att kunna åtnjuta en rättighet. Här är Konventionen explicit: åtaganden om universell utformning ”ska inte utesluta hjälpmedel för enskilda grupper av personer med funktionsnedsättning där så behövs” (Artikel 2 Definitioner). På samma sätt kan det förväntas att vissa behov av individanpassade stöd minskar i takt med att allmän samhällsservice blir mer tillgänglig, *men rätten till individanpassat stöd kvarstår så länge behovet kvarstår*. Med andra ord, insatser under 19 (a), 19 (b) och 19 (c) är inte utbytbara. Oavsett framsteg i universell utformning kvarstår rätten till individanpassat stöd, inklusive personlig assistans, i enlighet med Artikel 19 (b).

¹¹⁶ *Ibid.*, para. 33.

5. Särskilt om rätten till personlig assistans och statens genomförandeansvar enligt CRPD

5.1. Inledning

Rättigheten till personlig assistans och statens skyldigheter att förverkliga denna påverkas av många av CRPD:s artiklar. En anledning till detta är att personlig assistans är både en rättighet i sig själv och ett verktyg för att kunna åtnjuta rättigheter i alla delar av livet. Syftet med personlig assistans är att ha möjlighet att göra och vara samma saker som andra i samhällsgemenskapen. Därför blir även rättigheter som Artikel 23 Respekt för hem och familj; Artikel 24 Utbildning; Artikel 25 Hälsa; Artikel 27 Arbete och sysselsättning; Artikel 29 Deltagande i det politiska och offentliga livet; och Artikel 30 Deltagande i kulturliv, rekreation, fritidsverksamhet och idrott avgörande för styrkan och omfattningen av rätten till personlig assistans.

Styrkan och bredden av rätten till personlig assistans i ett specifikt sammanhang måste således baseras på en tolkning av alla artiklar detta sammanhang aktualiserar. Fortfarande är det dock i Artikel 19 som kärnan av rätten till personlig assistans finns. Här fastställs den konventionsövergripande funktion personlig assistans är menad att fylla: ett självbestämt, självständigt och inkluderat åtnjutande av varje rättighet. Fokus kommer därför i det följande att ligga på Artikel 19. Analysen syftar att fånga kärnan av rättigheten till personlig assistans samt statens ansvar att tillhandahålla personlig assistans till personer med funktionsnedsättning som behöver detta för att leva ett självbestämt och självständigt liv i samhällsgemenskapen på jämlika villkor.

5.2. Rättigheten till personlig assistans under CRPD

Artikel 19 (b) Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen

Konventionsstaterna [ska] säkerställa att [...] personer med funktionsnedsättning har tillgång till olika former av samhällsservice både i hemmet och inom särskilt boende och till annan service, bl.a. sådan personlig assistans som är nödvändig för att stödja boende och deltagande i samhällsgemenskapen och för att förbinda isolering och avskildhet från samhällsgemenskapen[.]

117

¹¹⁷ Som nämnts i not 77 ovan har den svenska översättningen valt uttrycket ”personligt stöd” i stället för ”personlig assistans”. Det förra är missvisande då den bindande originalversionen av CRPD läser ”personal assistance”. ”Persons with disabilities have access to a range of in-home, residential and other community support services, including *personal assistance* necessary to support living and inclusion in the community, and to prevent isolation or segregation from the community”. Författarens kursivering. Att det som åsyftas i 19 (b) är just ”personlig assistans” i den mening begreppet används i Sverige och i Direktiv 2020:3 har fastställts ovan i not 108.

5.2.1. Personlig assistans är en individanpassad stödform med särställning

Personlig assistans exemplifierar de former av individanpassade stöd som personer med funktionsnedsättning har rätt till under Artikel 19 (b). Personlig assistans uttömmar alltså inte de former av individanpassade stöd som rättigheten i 19 (b) omfattar. Dock innebär den uttryckliga referensen till personlig assistans i 19 (b) att just denna insats *prima facie* inte kan ersättas med andra insatser. Anledningen till att personlig assistans gavs denna särställning i CRPD var närvaron av personer med funktionsnedsättning i förhandlingarna och dessa personers erfarenheter av just personlig assistans som en nyckel för att kunna leva på det sätt som Artikel 19 kräver: självbestämt, självständigt och i samhällsgemenskapen.¹¹⁸

5.2.2. Konturerna av rättigheten till personlig assistans

Artikel 19 (b) anger att personlig assistans ska täcka hela livet, såväl i hemmet som ute i samhällsgemenskapen. Målet är deltagande: att undvika isolering och segregation. Vidare tolkning ska baseras på den betydelse termen tillskrivs i allmänhet och på dess sammanhang, i första hand Artikel 19 och i andra hand resten av Konventionen. Artikel 19 ger oss främst syftet med personlig assistans: ett självbestämt och självständigt liv i samhällsgemenskapen.¹¹⁹ En läsning av Konventionen i sin helhet ger att rättigheten till personlig assistans ska gälla inom *alla* livsområden och att den gäller *alla* personer med funktionsnedsättning.¹²⁰ Detta innebär att stödet ska vara ”tillgängligt, ekonomiskt överkomligt, godtagbart och anpassningsbart för *alla* personer med funktionsnedsättning”.¹²¹

CRPD-Kommittén definierar personlig assistans som ”personstyrt/användarstyrt stöd från en människa som en person med funktionsnedsättning har tillgång till och som fungerar som ett verktyg för att leva självständigt”.¹²² Kommittén preciserar vad personlig assistans är genom att beskriva hur den skiljer sig från andra stödformer. För det första är finansieringen av assistansen riktad till och kontrollerad av assistanstagaren, som betalar för tjänsten. Finansieringen måste vara utformad efter individuella omständigheter och personens specifika livssituation.¹²³ Individanpassat stöd ska inte leda till en lägre finansiering eller en högre personlig kostnad för individen. Finansieringen ta hänsyn till mänskliga rättigheter inom arbetsrätt. Kommittén exemplifierar finansiella arrangemang som är förenliga med Artikel 19 (b) med kontantstöd till rättighetsbäraren som ska ha assistansen.¹²⁴

För det andra måste personen med funktionsnedsättning ha kontroll över assistansen, antingen genom att själv agera arbetsgivare eller genom att kontraktera tjänsten från en tillhandahållare.

¹¹⁸ Se till exempel CRPD: s förarbeten Session 7, Volym 8, #5, 20 januari 2006.

¹¹⁹ Se vidare till exempel *Ibid.*, *Ibid.*, samt Session 4, Volym 5, #5, 27 augusti 2004.

¹²⁰ Se ovan under 2.3.1. och 3.2.6.

¹²¹ CRPD Allmän kommentar 5, para. 60. Författarens kursivering.

¹²² *Ibid.*, para.16 (d).

¹²³ *Ibid.*, 5, para. 60 ”Hänsyn måste tas till skillnader i levnadsvillkor, till exempel individens eller familjens inkomst, och till individuella omständigheter, till exempel [...] kön, ålder, nationellt eller etniskt ursprung, [...] språklig eller religiös identitet [och] sexuell identitet och könsidentitet.”

¹²⁴ *Ibid.*, para. 62.

Personer med funktionsnedsättning måste ha möjlighet att ”skräddarsy” sin egen service, ”det vill säga att utforma tjänsten och bestämma av vem, hur, när, var och på vilket sätt tjänsten ska levereras samt att instruera och styra tjänsteleverantörerna”.¹²⁵

För det tredje är personlig assistans en relation mellan två personer. Personliga assistenter måste rekryteras, utbildas och övervakas av rättighetsbäraren. En personlig assistent bör inte delas med andra utan fritt och informerat samtycke av rättighetsbäraren.¹²⁶

För det fjärde kan rättighetsbäraren välja graden av kontroll hen vill utöva utifrån sin livssituation och sina preferenser. Arbetsgivaransvaret kan kontrakteras ut, men det är ”alltid personen med funktionsnedsättning som står i centrum för beslut om assistansen, och som är den som alla förfrågningar måste riktas till och vars personliga preferenser måste respekteras”.¹²⁷ Kontrollen kan även utövas av rättighetsbäraren med hjälp av ”beslutsfattande med stöd”.¹²⁸ Kriterierna för att ”personlig assistans” ska vara förenlig med Artikel 19 uttrycks av CRPD-Kommittén i termer av självbestämmande: att assistansmottagaren har ”fullt självbestämmande och egen kontroll”.¹²⁹

För att utgöra ”personlig assistans” måste en stödform enligt CRPD-Kommittén uppfylla dessa kriterier. I annat fall kvalificerar sig inte stödformen som ”personlig assistans” i Konventionens mening. Kommittén ger även exempel på former av individanpassat stöd som inte lever upp till kraven i 19 (b). Detta innefattar tvingande paketlösningar som exempelvis länkar olika former av service till varandra (vill du ha A måste du även ha B), insatser som förutsätter att två eller fler personer bor tillsammans eller stöd som bara kan åtnjutas i särskilda boendearrangemang.¹³⁰ Kommittén noterar även att de som tillhandahåller service ofta felaktigt beskriver sina tjänster i termer som ”självständig”, ”deltagande i samhällslivet” eller ”personlig assistans” utan att dessa tjänster uppfyller kraven i Artikel 19.¹³¹

Personlig assistans är alltså en individanpassad stödform som alla personer med funktionsnedsättning *prima facie* har rätt till, om hen behöver den för att leva självständigt och självbestämt i samhällsgemenskapen. Personlig assistans ska leva upp till de specifika krav som härrör från dessa mål: kontroll över finansiering och assistans, att assistansen inte delas med andra utan samtycke, att assistansen är en relation mellan två personer och att finansiering möjliggör en tjänst anpassad till individens behov, preferenser och livssituation.

¹²⁵ *Ibid.*, para.16 (dii).

¹²⁶ *Ibid.*, para. 60.

¹²⁷ *Ibid.*, para. 16 (iv).

¹²⁸ *Ibid.*, *Ibid.* Se Artikel 12 Likhet inför lagen. Se även CRPD Allmän Kommentar 1 om Artikel 12 Likhet inför lagen (2014).

¹²⁹ CRPD, Allmän kommentar 5, para. 17.

¹³⁰ *Ibid.*, *Ibid.*

¹³¹ *Ibid.*, *Ibid.*

5.2.3. Relationen mellan personlig assistans och andra individanpassade stödformer

Ytterligare individanpassade stödformer förväntas under Artikel 19 (b). Även dessa ska vara utformade på ett sätt som möjliggör åtnjutandet av ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Personlig assistans är dock inte utbytbar mot dessa stödformer. Personlig assistans måste istället vara en av de stödformer som erbjuds personer med funktionsnedsättning, om detta är nödvändigt för att förverkliga ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Detta framgår tydligt från ordalydelsen av 19 (b). Personlig assistans måste även leva upp till de krav som Kommittén ställer ovan på just denna stödform. Konsekvensen av att ”personlig assistans” i Konventionens mening inte finns att tillgå för personer som *behöver* denna stödform för att leva ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen är således att staten *prima facie* bryter mot Konventionen.¹³²

En åtgärd som felaktigt benämns ”personlig assistans” är inte nödvändigtvis per se ett brott mot Konventionen, då Artikel 19 (b) förutsätter ett antal olika former av individanpassade stöd. CRPD är dessutom skapad för att implementeras i olika stater med ”specifika kulturella, ekonomiska och geografiska omständigheter”.¹³³ Konventionskonformitet beror istället på om stödformen lever upp till de generella krav som ställs i Artikel 19, främst att den leder till åtnjutandet av ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Som CRPD-Kommittén uttrycker det: “*Alla stödtjänster* måste dock vara utformade så att de stödjer ett liv i samhällsgemenskapen och förhindrar isolering och segregering från andra. De måste också passa för detta syfte i praktiken.”¹³⁴

På detta sätt kan oförenlighet med Konventionen bestå både i att de åtgärder som erbjuds *inte omfattar personlig assistans* i Konventionens mening (då de inte uppfyller nödvändiga kriterier för personlig assistans), och att de åtgärder som erbjuds dessutom inte lever upp till de generella kraven som ställs på *alla* individanpassade former av stöd under Artikel 19.

5.3. Statens genomförandeansvar för rättigheten till personlig assistans under CRPD

Som framförts i Kapitel 3 är tre centrala aspekter av statens genomförandeansvar för internationell lagstiftning om mänskliga rättigheter *hur* konventionsstaten ska agera, *när* den ska agera och *vem* som ska agera. Nedan följer en genomgång av dessa tre aspekter av statens genomförandeansvar under CRPD i relation till rättigheten till personlig assistans.

¹³² Detta är dock beroende på om staten trots detta lever upp till kravet på ”gradvis utveckling” i CRPD Artikel 4 (2). Se ovan under 3.3. och nedan under 5.3.2.

¹³³ CRPD, Allmän kommentar 5, para. 30. Se ovan under 3.1.

¹³⁴ CRPD, Allmän kommentar 5, para. 30. Författarens kursivering.

5.3.1. Med vilka medel ska staten agera?

Artikel 19 nämner inga specifika system, styrmedel, mekanismer eller åtgärder. Istället beskrivs ett *tillstånd* (att leva självbestämt och självständigt i samhällsgemenskapen och att fritt kunna välja boendeform och plats) och *insatser* (allmänna och individanpassade former av samhällsservice). Utgångspunkten är att Sverige åtagit sig att ”vidta effektiva och ändamålsenliga åtgärder” (Artikel 19, kappan) för att säkerställa dessa tillstånd och insatser, inbegripet personlig assistans när så behövs. Förenklat uttryckt ska de tillstånd och insatser beskriva ovan (inklusive personlig assistans) uppfyllas och levereras, även om Artikel 19 inte preciserar *hur*. Som behandlats ovan är ”personlig assistans” den enda form av individanpassat stöd som Artikel 19 uttryckligen kräver.

Nedan följer en genomgång av de system, styrmedel, mekanismer och åtgärder som förs fram i de övergripande artiklarna i CRPD. Dessa är, *prima facie*, relevanta för genomförandet av rättigheten till personlig assistans. I vissa fall kräver Konventionen att Sverige använder ett visst styrmedel eller en viss åtgärd (exempel på detta är existensen av ett rättssystem, lagstiftning och insamling av data och övervakning). I andra fall står det staten fritt att välja. Som diskuterats ovan i Kapitel 3 är det, för det fall att staten har utrymme att själv välja hur en rättighet ska förverkligas, *prima facie* effekten av de system, styrmedel, mekanismer och åtgärder staten valt att använda som avgör om Sverige agerat i enlighet med CRPD eller begått ett konventionsbrott. Är rättigheterna *de facto* säkerställda och är åtgärderna *ipso facto* ”ändamålsenliga”?¹³⁵

Som redogjorts för i Kapitel 3 omfattar åtagandena i CRPD: s allmänna artiklar lagstiftning; administrativa och rättsliga processer; budgetering och tilldelning av medel; bred integrering av rättigheterna i CRPD och frågor om funktionshinder i styrning och verksamhet; nära samråd med och involvering av organisationer och personer med funktionsnedsättning; insamling av data samt uppföljning och övervakning av CRPD: s genomförande; kompetensutveckling och medvetandehöjande; normer och riktlinjer för tillgänglighet (inklusive universell utformning); samt forskning, utveckling, information och främjande av tillgång till ny teknik (inklusive universell utformning).¹³⁶ Alla utom de två sista konkretiseras i det följande utifrån rättigheten till personlig assistans i CRPD. De relateras även till de åtaganden CRPD-Kommittén har preciserat i relation till personlig assistans i sin Allmänna Kommentar 5.¹³⁷

Lagstiftning

Kravet på lagstiftning i Artikel 4 speglar att lagstiftning kan stjälpas likväl som hjälpa genomförandet av en rättighet. Detta då 4 (1a) kräver att ändamålsenlig lag stiftas och 4 (1b) kräver att olämplig lagstiftning modifieras eller avskaffas.¹³⁸ Detta speglas i CRPD-Kommitténs tolkning under Artikel 19: å ena sidan ska ”[s]töd som möjliggör ett självständigt liv i samhällsgemenskapen [...] vara utkrävbart som en individuell rättighet”¹³⁹; ”juridiska ramverk

¹³⁵ Se ovan under 3.2. och 3.2.6.

¹³⁶ Se ovan under 3.2.

¹³⁷ Även om tillgänglighet, universell utformning och forskning om hjälpmedel är en nödvändig pusselbit för ett självständigt, självbestämt liv i samhällsgemenskapen så hänför dessa krav sig närmre till 19 (a, c) än till 19 (b).

¹³⁸ Se ovan under 3.2.1.

¹³⁹ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 81.

[...] för att tillhandahålla personlig assistans och individanpassat stöd” förstärkas;¹⁴⁰ och i stort ”lämpliga, lagstiftande [...] åtgärder för att säkerställa ett fullständigt förverkligande av den rätt till ett självständigt liv och att vara inkluderad i samhällsgemenskapen som följer av konventionen” tas.¹⁴¹ I relation till ”familjemedlemmar och tredje parter, tjänsteleverantörer, markägare eller leverantörer av allmänna samhällstjänster” ska konventionsstaterna ”inrätta[,] och implementera[,] lagar” som hindrar dessa aktörer från att bryta mot Artikel 19.¹⁴²

Å andra sidan ska existerande lagar som nekar eller fråntar personer med funktionsnedsättning rättsskapacitet¹⁴³ och ”lagstadgad institutionalisering” avskaffas¹⁴⁴ samt konventionsstater ska ”avskaffa och avstå från att upprätta lagar [...] som vidmakthåller eller skapar hinder för tillgången till [...] stödtjänster”¹⁴⁵.

Lagstiftningen måste alltså både vara *lämplig och tillräcklig* för att säkerställa rättigheten i Artikel 19, inklusive rättigheten till personlig assistans. Detta kräver i många fall både ny lagstiftning, ändring av lagregler och ibland även avskaffande av lagstiftning som står i strid med Konventionens normer. Sverige är alltså skyldig att förändra sin lagstiftning om den inte förmår att fullt ut tillhandahålla rättigheten till personlig assistans i enlighet med de krav som ställs i CRPD.

Administrativa och rättsliga processer

Förutom skydd i lag för materiella rättigheter, så måste konventionsstaterna leva upp till kraven i Artikel 13 Tillgång till rättssystemet och det allmänna kravet på ”ändamålsenliga [...] administrativa [...] åtgärder” i Artikel 4 (1a).¹⁴⁶ På så sätt kompletteras de materiella rättigheterna med rätten till en adekvat juridisk och administrativ *process* som är kapabel att säkerställa de materiella rättigheterna. Handläggare på myndigheter och domstolar ska alltså fatta rättssäkra beslut i enlighet med de materiella rättigheterna skyddade i internationell likväl som nationell lagstiftning. CRPD-Kommittén understryker konventionsstaternas åtagande att ”[t]illhandahålla faktiska och processuella rättigheter för alla personer med funktionsnedsättning till ett självständigt liv i samhällsgemenskapen”.¹⁴⁷

Vad gäller rättssystemet kräver Kommittén att konventionsstaterna ska ”säkerställa tillgång till rättssystemet och tillhandahålla rättslig hjälp och ändamålsenlig juridisk rådgivning, rättsmedel och rättsligt stöd, inklusive genom skäligen åtgärder och processuella anpassningar, till personer med funktionsnedsättning som söker genomdriva sin rätt till ett självständigt liv i samhällsgemenskapen”.¹⁴⁸ Olika former av stöd under Artikel 19 måste vara utkrävbara som individuella rättigheter.¹⁴⁹ Alla beslut som påverkar rätten att leva självbestämt och självständigt i

¹⁴⁰ *Ibid.*, para. 15 (c).

¹⁴¹ *Ibid.*, para. 54.

¹⁴² *Ibid.*, para. 50.

¹⁴³ *Ibid.*, paras. 15 (d) och 26.

¹⁴⁴ *Ibid.*, para. 15 (a, d).

¹⁴⁵ *Ibid.*, para. 48.

¹⁴⁶ Se ovan under 3.2.2.

¹⁴⁷ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 97 (e).

¹⁴⁸ *Ibid.*, para. 66. Se även para. 81.

¹⁴⁹ *Ibid.*, para. 81.

samhällsgemenskapen måste kunna överklagas.¹⁵⁰ Slutligen påminner Kommittén om att det måste finnas rättsliga vägar för att ställa till svars för utnyttjande, våld eller övergrepp i samband med stödinsatser.¹⁵¹ Rättssystem ska alltså se till att för det fall att den lagstiftning som skyddar rättigheterna inte efterlevs, så finns ett effektivt och tillgängligt rättssystem för att åtgärda detta. Kravet på administrativa processer för att tillgodose rättigheten till stöd, inklusive personlig assistans, innebär att det måste finnas system som effektivt och rättssäkert tillhandahåller rättigheten. Detta är en outtalad men nödvändig aspekt av varje rättighet.

Regleringen av personlig assistans i lag, inklusive kriterier för berättigande och juridiska konstruktioner, måste alltså vara tillräckligt specificerade för att kunna tillämpas rättssäkert och garantera likhet inför lagen. Handläggare och beslutsfattare måste ha den kunskap som krävs för att verkställa rättigheten till personlig assistans. Den rättsliga regleringen av personlig assistans måste alltså säkerställa åtnjutandet av rättigheten i enlighet med de materiella kriterierna i CRPD om hur assistans ska utformas och verkställas *och* den rättsliga regleringen måste vara sådan att den kan tillämpas i en rättssäker process, på statlig liksom kommunal nivå. CRPD-Kommittén uppmärksammar det oacceptabla i "[o]lämplig decentralisering, som leder till skillnader mellan lokala myndigheter och till ojämlika möjligheter att leva självständigt i samhällsgemenskapen i en konventionsstat".¹⁵²

Kravet på administrativa processer ställer även krav ovanför individnivå, och innebär ett krav på "strukturella reformer"¹⁵³, med "omfattande program"¹⁵⁴, "strategier och planer"¹⁵⁵, "konkret[a] handlingsplan[er]"¹⁵⁶ och "riktlinjer"¹⁵⁷. Här krävs en sammanhållen politik med olika styrdokument, oftast nämnd av CRPD-Kommittén i relation till avinstitutionalisering, men även i relation till individanpassat stöd såsom personlig assistans. Ett specifikt krav som Kommittén nämner är att använda upphandling av stödtjänster på ett sätt som bidrar till att säkerställa den materiella rättigheten som skyddas i Artikel 19.¹⁵⁸

Budgetering och tilldelning av medel

Som nämnts i Kapitel 3 är budgetering centralt för förverkligande av mänskliga rättigheter.¹⁵⁹ Den verksamhet som får resurser växer. På detta sätt skapar tilldelning av medel antingen förutsättningar för självständiga och självbestämda liv i samhällsgemenskapen eller segregerade, beroende och kontrollerade liv. CRPD-Kommittén påminner om vikten av tilldelning av medel i relation till samtliga aspekter av förverkligandet av rättigheten i Artikel 19¹⁶⁰ men oftast med fokus specifikt på avinstitutionalisering.¹⁶¹ Den vikt Kommittén lägger vid individanpassade

¹⁵⁰ *Ibid.*, *Ibid.*

¹⁵¹ *Ibid.*, para. 83.

¹⁵² *Ibid.*, para. 15 (k).

¹⁵³ *Ibid.*, para. 16 (c).

¹⁵⁴ *Ibid.*, para. 33.

¹⁵⁵ *Ibid.*, para. 15 (e).

¹⁵⁶ *Ibid.*, para. 38 (c, e).

¹⁵⁷ *Ibid.*, para. 50.

¹⁵⁸ *Ibid.*, para. 97 (l).

¹⁵⁹ Se ovan under 3.2.3.

¹⁶⁰ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 59.

¹⁶¹ *Ibid.*, para. 97 (g). Se även para. 58.

stödformer är en tydlig signal. Finansiering krävs för ”utvecklingen av ändamålsenliga och tillräckliga personinriktade/användarstyrda och egenförvaltade stödtjänster såsom personlig assistans, guider, läsare och professionellt utbildat teckenspråks- eller andra tolkar för alla personer med funktionsnedsättning”.¹⁶² Kommittén pekar även på kravet att identifiera och lösa problem med ”otillräcklig budgetfördelning för att tillhandahålla personlig assistans och individanpassat stöd”.¹⁶³

Bred integrering av rättigheterna i CRPD och frågor om funktionshinder i styrning och verksamhet

De institutionella och processuella kraven på samordning, integrering och ’mainstreaming’¹⁶⁴ som presenterats ovan i Kapitel 3 är i första hand centrala för åtaganden under Artikel 19 (a, c), då dessa krav vänder sig till aktörer och frågor där ett funktionshinderperspektiv traditionellt saknats.¹⁶⁵ Att funktionshinder självklart är på agendan i relation till individanpassade stöd, inklusive personlig assistans, betyder dock inte att åtagandet om ett tvärsektoriellt genomförande av Konventionen på all nivåer inte är viktigt här. Att frågan är synlig garanterar inte i sig att arbetet sker i enlighet med Konventionen. Samordning och integrering är av yttersta vikt när ansvaret är uppdelat mellan stat och kommun¹⁶⁶, samt överhuvudtaget vad gäller frågor om gränsdragningar och samordning mellan olika former av stöd, så att dessa utgår från individens behov¹⁶⁷ i enlighet med Artikel 19.

Behovet av samordning är även centralt för att samspelet mellan de olika delarna av Artikel 19 ska bli verkningsfullt: boende; specifik individanpassad service; och tillgänglig allmän service och anläggningar. CRPD-Kommittén noterar detta i relation till avinstitutionalisering, där ”ett samordnat arbetssätt över myndighetsgränser som säkerställer reformer, budgetar och lämpliga attitydförändringar på alla myndighetsnivåer och i alla myndighetssektorer, även hos lokala myndigheter”, krävs.¹⁶⁸

Nära samråd med och involvering av organisationer och personer med funktionsnedsättning

I alla processer, inbegripet de som omgärdar de styrmedel som nämns här, är CRPD glasklar i fråga om konventionsstaternas åtagande att ”nära samråda med och aktivt involvera personer med funktionsnedsättning, däribland barn med funktionsnedsättning, genom de organisationer som företräder dem” (Artikel 4 (3)). Artikeln täcker alla beslutsprocesser, inbegripet de kring ”utformning och genomförande av lagstiftning och riktlinjer för att genomföra denna konvention”.

¹⁶² *Ibid.*, para. 97 (k).

¹⁶³ *Ibid.*, para. 15 (c). Frågan om relationen mellan kravet på ett stegvis förveckligande och tillgängliga resurser introducerades ovan i under 3.3. och tas upp i relation till personlig assistans nedan under 5.3.2.

¹⁶⁴ Baserade på CRPD Artikel 4 (1c), Preambel (g) och Artikel 33 (1).

¹⁶⁵ Se vidare ovan under 3.2.4.

¹⁶⁶ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 58.

¹⁶⁷ *Ibid.*, para. 63.

¹⁶⁸ *Ibid.*, para. 58.

Kraven i Artikel 4 (3) omfattar individanpassade stödformer såsom personlig assistans. Nödvändigheten av nära samråd och aktiv involvering framstår ovanligt tydligt här, då resultatet av deltagande i genomförandet av rättigheten i Artikel 19 är en förutsättning för ett annat slags deltagande: det självbestämde deltagandet i samhällsgemenskapen.¹⁶⁹ Kravet förstärks även av att personlig assistans måste vara kalibrerad *för individen, av individen*. CRPD-Kommittén noterar kravet i Artikel 4 (3) i relation till hela Artikel 19, och poängterar att det omfattar ”hela spektrumet av personer med funktionsnedsättning, inklusive organisationer av kvinnor med funktionsnedsättning, äldre med funktionsnedsättning och barn med funktionsnedsättning, personer med psykosocial funktionsnedsättning och personer med intellektuell funktionsnedsättning”.¹⁷⁰ Kommittén poängterar även vikten av nära samråd och aktiv involvering i reformarbetet för avinstitutionalisering. Processen att ”ersätta alla former av institutionsmiljöer med stödtjänster för att leva ett självständigt liv” ska ske ”i nära och respektfullt samråd med representativa organisationer av personer med funktionsnedsättning”.¹⁷¹

Insamling av data samt uppföljning och övervakning av CRPD: s genomförande

I konventionsstatens övergripande åtagande att ”främja, skydda och säkerställa” åtnjutandet av rättigheterna i CRPD (Artikel 1 Syfte) ingår som en bärande del att ha vetskap om huruvida rättigheterna främjas, skyddas och säkerställs eller ej. Det är alltså en skyldighet att *veta huruvida rättigheten till personlig assistans uppfylls i praktiken*. Sådan kunskap kräver information liksom uppföljning av styrning, verksamhet och utfall.

Enligt Artikel 31 Insamling av statistik och information ”åtar sig [konventionsstaterna] att insamla ändamålsenlig information, däribland statistik och forskningsrön [som sedan ska] användas till att bidra till att bedöma konventionsstatens genomförande av sina åtaganden enligt denna konvention” (31 (1-2)). Dessa åtaganden omfattar att säkerställa ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen, bland annat genom personlig assistans. I relation till Artikel 19 ska konventionsstaterna ”regelbundet genomföra enkätundersökningar och andra former av analyser som dels ger data om vilka fysiska, kommunikationsrelaterade, miljörelaterade, infrastrukturella och attitydrelaterade hinder som personer med funktionsnedsättning upplever, dels ger data om kraven för att implementera ett självständigt liv i samhällsgemenskapen”.¹⁷² Insamlingen ska omfatta kvantitativa och kvalitativa data och innefatta personer som fortfarande bor på institutioner.¹⁷³ Sådan data ska även möjliggöra kunskap om utvecklingen av processer från institutionalisering till stödtjänster i samhällsgemenskapen.¹⁷⁴ I enlighet med Artikel 31 ska data brytas ned i olika funktionsnedsättningar inom ”bostäder, levnadsförhållanden och sociala trygghetssystem såväl som möjlighet till ett självständigt liv samt tillgång till stöd och tjänster”.¹⁷⁵

¹⁶⁹ Se *Ibid.*, para. 56 ”Detta [nära samråd och aktiv involvering] är särskilt viktigt när stödtjänster utvecklas och resurser investeras i stödtjänster i samhället.” Ovan innebär dock inte att kravet är lägre på samråd och aktiv involvering vad gäller kraven i 19 (c). Se *Ibid.*, para. 37 ”Rätten till jämlika stödtjänster är kopplad till skyldigheten att säkerställa delaktighet och involvering för personer med funktionsnedsättning i processer som rör anläggningar och tjänster i samhället.”

¹⁷⁰ *Ibid.*, para. 70.

¹⁷¹ *Ibid.*, para. 42. Författarens kursivering.

¹⁷² *Ibid.*, para. 68.

¹⁷³ *Ibid.*, para. 38 (g).

¹⁷⁴ *Ibid.*, para. 95.

¹⁷⁵ *Ibid.*, *Ibid.*

Det ska även utvecklas indikatorer som speglar de specifika förhållanden i varje konventionsstat.¹⁷⁶

Sammanfattningsvis krävs information och analys som ger en rättvisande bild av hur och för vem rättigheten till personlig assistans förverkligas i praktiken, vilka problem som finns, och vilka de kvarvarande hindren är. Detta i syfte att möjliggöra ett effektivt och välgrundat genomförande av Artikel 19.

Vad gäller övervakning konstaterar CRPD-Kommittén en vanligt förekommande brist på lämpliga övervakningsmekanismer, vilket omfattar bristande medverkan av organisationer av personer med funktionsnedsättning.¹⁷⁷ Sådana mekanismer ska ”övervaka befintliga institutioner och tjänster i hemmet, strategier för avinstitutionalisering och implementering av att leva ett självständigt liv i samhällsgemenskapen”.¹⁷⁸ Kommittén understryker här rollen för de oberoende ramverken för övervakning som Artikel 33 (2) kräver.¹⁷⁹

Slutligen påminner Kommittén om det fundamentala åtagandet under Artikel 16 Rätt att inte utsättas för utnyttjande, våld eller övergrepp. Övervakning ”som tar hänsyn till funktionsnedsättning, genus och ålder måste finnas att tillgå för alla personer med funktionsnedsättning som använder de tjänster som föreskrivs i artikel 19 och som kan riskera att råka ut för övergrepp, våld och utnyttjande”.¹⁸⁰

Sammanfattningsvis gäller kravet på övervakning i relation till personlig assistans både kvaliteten, effektiviteten, lämpligheten och takten av de processer genom vilka rättigheten ska förverkligas, samt att individanpassat stöd inte lämnar utrymme för övergrepp, våld och utnyttjande.

Kompetensutveckling och medvetandehöjande

Medvetandehöjande som styrmedel syftar till att förändra de uppfattningar och attityder som orsakar kränkningar av Konventionens rättigheter. På så sätt är Artikel 8 Medvetandegörande om situationen för personer med funktionsnedsättning central för att förebygga funktionshinder. CRPD-Kommittén markerar att ”[n]egativa attityder, stigmatisering och stereotyper hindrar personer med funktionsnedsättning att vara inkluderade i samhällsgemenskapen och att få tillgång till det stöd som finns att få”.¹⁸¹ Kommittén kommenterar Artikel 8: s omedelbara relevans för Artikel 19, då ”artikel 19 ytterst handlar om att omvandla samhällsgemenskaper [till] öppna, möjliggörande och inkluderande samhällsgemenskaper”.¹⁸² För att detta ska ske måste ”[s]tereotyper, ”ableism” och förutfattade meningar som hindrar personer med funktionsnedsättning från ett självständigt liv [...] undanröjas” till fördel för ”en positiv bild av personer med funktionsnedsättning och deras bidrag till samhället”.¹⁸³ Detta åtagande ska i linje

¹⁷⁶ *Ibid.*, *Ibid.*

¹⁷⁷ *Ibid.*, para. 15 (i).

¹⁷⁸ *Ibid.*, para. 97 (m).

¹⁷⁹ *Ibid.*, *Ibid.*

¹⁸⁰ *Ibid.*, para. 83.

¹⁸¹ *Ibid.*, para. 15 (f). Se även *Ibid.*, para. 54 om ”fördomar mot personer med funktionsnedsättning” som ett hinder.

¹⁸² *Ibid.*, para. 77.

¹⁸³ *Ibid.*, *Ibid.*

med Artikel 8 omfatta ”myndigheter, tjänstemän, yrkesutövare, medierna, allmänheten, samt personer med funktionsnedsättning och deras familjer”.¹⁸⁴ Kommittén poängterar att ”[a]ll medvetandegörande verksamhet bör ske i nära samarbete med personer med funktionsnedsättning via deras representativa organisationer”.¹⁸⁵

Ett närliggande och delvis överlappande styrmedel som Konventionen kräver att stater använder sig av är kompetensutveckling för ”specialister och personal som arbetar med personer med funktionsnedsättning” (Artikel (4 (1i)). Detta går omlott med att åtgärderna efterlysta av CRPD-Kommittén ovan ska omfatta ” myndigheter, tjänstemän, [och] yrkesutövare”.¹⁸⁶ Således ska dessa åtgärder bidra till ”att de [handläggare och beslutsfattare, liksom utformare av politiken och utförare av stödsatser] bättre ska kunna ge det stöd och den service som dessa rättigheter garanterar” (Artikel (4 (1i)). I medvetande och kompetens ingår att ”individ Anpassade stödtjänster [...] betraktas som en rättighet, inte som en form av medicinsk eller social omvårdnad eller välgörenhet”.¹⁸⁷ Slutligen har konventionsstaterna ”ett åtagande att säkerställa att det finns tillräckligt många kvalificerade specialister som kan hitta praktiska lösningar på hinder för ett självständigt liv i samhällsgemenskapen i enlighet med individens behov och preferenser”.¹⁸⁸

5.3.2. När ska staten agera för att genomföra rättigheten till personlig assistans?

Som berörts ovan i Kapitel 3 måste frågor om krav på takten för förverkligande, samt huruvida det som krävs är en åtgärd eller ett tillstånd, etableras från rättighet till rättighet.¹⁸⁹ Det som i första hand avgör när en rättighet måste vara förverkligad fullt ut är om den tillhör kategorin ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter alternativt kategorin medborgerliga och politiska rättigheter. I det förra fallet är krav på takten av implementering avhängigt konventionsstatens resurser, i det senare fallet ska förverkligandet säkerställas omedelbart.¹⁹⁰

Denna kategorisering är trots detta inte allena avgörande, då vissa aspekter av ekonomiska, sociala och kulturella räknas som omedelbart implementerbara.¹⁹¹ Likt ICESCR-Kommittén har CRPD-Kommittén tagit positionen att detta omfattar rätten att inte utsättas för diskriminering¹⁹² samt åtnjutandet av en miniminivå eller ”kärna” av rättigheterna.¹⁹³ Denna kärna ”bör [...] alltid respekteras, särskilt i finansiella eller ekonomiska kristider”.¹⁹⁴ Dessutom menar CRPD-Kommittén att även förverkligandet av medborgerliga och politiska rättigheter kräver ”strukturella förändringar som kanske måste genomföras stegvis”.¹⁹⁵ På så sätt lutar sig

¹⁸⁴ *Ibid., Ibid.*

¹⁸⁵ *Ibid., Ibid.*

¹⁸⁶ *Ibid., Ibid.*

¹⁸⁷ *Ibid.*, para. 28.

¹⁸⁸ *Ibid., Ibid.*

¹⁸⁹ Se ovan under 3.1. och 3.3.

¹⁹⁰ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 39.

¹⁹¹ Se ovan under 3.3.1.

¹⁹² CRPD Allmän Kommentar 6, para. 12 “Att främja jämlikhet och angripa diskriminering är tvärgående åtaganden som ska uppfyllas omedelbart, inte gradvis.”

¹⁹³ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 38. I MFD: s översättning ”centrala beståndsdelar”. I det engelska originalet ”core”.

¹⁹⁴ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 38.

¹⁹⁵ *Ibid.*, para. 7.

Kommittén mot logiken bakom kategoriseringen snare än kategoriseringen per se: Vad kräver i praktiken (mer) tid och resurser?

Enligt CRPD-Kommittén omfattar Artikel 19 båda kategorier av rättigheter.¹⁹⁶ Kommittén noterar att "[a]rtikel 19 a (rätt att välja bostad och var, hur och med vem man lever) är omedelbart tillämplig, eftersom den gäller en medborgerlig och politisk rättighet".¹⁹⁷ Artikel 19 (b) däremot, "(rätt att ha tillgång till individanpassade, behovsbedömda samhällstjänster) är successivt tillämplig eftersom den avser en ekonomisk, social och kulturell rättighet".¹⁹⁸ Detsamma gäller Artikel 19 (c).¹⁹⁹

Precis som diskuterats i allmänna termer ovan i Kapitel 3, så innebär kravet på gradvis förverkligande ett åtagande att *vidta åtgärder omedelbart*. I relation till 19 (b), och därigenom även personlig assistans, omfattar detta krav enligt CRPD-Kommittén "att utforma och anta konkreta strategier, handlingsplaner och resurser för att utveckla stödtjänster".²⁰⁰ Dessa åtgärder "måste vidtas omedelbart eller inom en rimlig tidsrymd [och] bör vara genomtänkta, konkreta och målsatta, och utnyttja alla tillbörliga medel".²⁰¹ Konventionsstaterna har "den omedelbara skyldigheten att påbörja strategisk planering med ändamålsenliga tidsramar och resurser, i nära och respektfullt samråd med representativa organisationer av personer med funktionsnedsättning" för att säkerställa de stödtjänster som krävs under 19 (b).²⁰²

Detta är en del av den större processen "att ersätta alla former av institutionsmiljöer med stödtjänster för att leva ett självständigt liv".²⁰³ Denna större process mot att skapa ett system där personer med funktionsnedsättning kan förvänta sig ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen innehåller alltså både åtaganden att *agera* omedelbart och att omedelbart *garantera* åtnjutande. Det förra åtagandet gäller 19 (b-c), det senare 19 (a).

Då det övergripande syftet med Artikel 19 inte är realiserbart utan att alla pusselbitar är på plats, blir det centrala för konventionskonformitet just en meningsfull rörelse framåt där de tre explicita aspekterna i Artikel 19 förverkligas som en del av en koordinerad process, omfattandes "alla ändamålsenliga [...] åtgärder" (Artikel 4 (1a)). Detta då det även inom de enskilda aspekterna (a-c) torde finnas både moment som är omedelbart implementerbara och moment som inte är det (då de kräver "strukturella förändringar som kanske måste genomföras stegvis").²⁰⁴ För att säkerställa den reella valmöjlighet av bostad som (a) kräver behövs till exempel strukturella förändringar som tar tid och kräver resurser, och därför svårligen kan anses vara omedelbart implementerbara. Samtidigt är det rimligt att kräva att stater omedelbart reglerar centrala aspekter av rätten till personlig assistans i lag. Detta trots att rätten att välja boendeform (Artikel 19 (a)),

¹⁹⁶ *Ibid.*, *Ibid.*

¹⁹⁷ *Ibid.*, para. 39.

¹⁹⁸ *Ibid.*, *Ibid.*

¹⁹⁹ *Ibid.*, *Ibid.*

²⁰⁰ *Ibid.*, *Ibid.*

²⁰¹ *Ibid.*, para. 41.

²⁰² *Ibid.*, para. 42.

²⁰³ *Ibid.*, *Ibid.*

²⁰⁴ *Ibid.*, para. 7.

enligt CRPD-Kommittén, är föremål för omedelbar implementering och rätten till personlig assistans i Artikel 19 (b) endast är föremål för succesiv implementering.

Oavsett om ett visst åtagande tolkas som omedelbart eller som föremål för ett stegvis förverkligande ökar kraven att närma sig målen i Artikel 19 allt eftersom tiden går. Då ett generellt krav på att ta ”alla ändamålsenliga [...] åtgärder” förelegat under en längre tid, och målet inte uppnåtts, pekar detta mot att de vidtagna åtgärderna inte lever upp till kravet på ändamålsenlighet. Bristande resurser kan emellertid vara en legitim förklaring även under lång tid, om konventionsstatens brist på tillgångar är djup och långvarig. Dock är den principiella riktningen som Artikel 19 stakar ut inte förhandlingsbar. Med Kommitténs ord: ”Konventionsstaterna har en bedömningsmarginal när det gäller programmets implementering, men inte när det gäller att institutionerna ska ersättas.”²⁰⁵

När det gäller en utveckling som innebär att rättighetsåtnjutandet till och med försämrats, förutsätter enligt CRPD-Kommittén ”[s]kyldigheten till successivt förverkligande [...] att det inte vidtas åtgärder som för utvecklingen bakåt när det gäller åtnjutandet av ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Sådana åtgärder ”står [...] i strid med artikel 19” då de ”gör att personer med funktionsnedsättning inte fullt ut kan åtnjuta rätten till ett självständigt liv och att vara inkluderad i samhällsgemenskapen”.²⁰⁶

Enligt CRPD-Kommittén står otillåten retrogression i strid med den ”kärna” eller ”miniminivå” CRPD kräver.²⁰⁷ Konventionsstaten ska således ”säkerställa att det inte vidtas några åtgärder som för utvecklingen bakåt när det gäller att förverkliga innehållet i artikel 19, såvida inte sådana åtgärder vederbörligen motiveras och är i överensstämmelse med internationell rätt”.²⁰⁸ Kommittén sammanfattar de avgörande kriterierna för sådan överensstämmelse med internationell rätt som att konventionsstaten ”måste [...] kunna visa att åtgärderna är tillfälliga, nödvändiga och icke-diskriminerande, och att de respekterar dess grundläggande åtaganden”.²⁰⁹ CRPD-Kommittén anger vidare, mer detaljerat, att konventionsstaten för att rättfärdiga rättighetssänkningen måste visa att alternativ undersöktes grundligt; att den drabbade gruppen var representerad i denna undersökning; att åtgärderna inte är direkt eller indirekt diskriminerande; att åtgärderna inte direkt drabbar åtnjutandet av en rättighet i Konventionen eller på ett orimligt sätt drabbar andra rättigheter som tidigare åtnjuts; att en individ eller en grupp inte fräntas en miniminivå av social trygghet; och att det gjorts en oberoende granskning av åtgärderna på nationell nivå.²¹⁰

²⁰⁵ *Ibid.*, para. 42.

²⁰⁶ *Ibid.*, para. 44.

²⁰⁷ Se ovan under 3.3.2.

²⁰⁸ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 38 (f).

²⁰⁹ *Ibid.*, para. 43.

²¹⁰ CRPD Rapport Fakultativt Protokoll, 2016, para. 46. Författarens översättning. Se även ICESCR Allmän Kommentar 3 samt Skrivelse från ICESCR-Kommitténs ordförande till ICESCR: s medlemsstater, daterad 16 maj 2012.

Delvis överlappande med CRPD-Kommitténs position om retrogression är dess position om en ”standardiserad miniminivå för stöd som är tillräcklig för att det ska gå att utöva rätten till ett självständigt liv och att vara inkluderad i samhällsgemenskapen”.²¹¹ Varje konventionsstat ”bör säkerställa att de centrala beståndsdelarna i artikel 19 alltid respekteras, särskilt i finansiella eller ekonomiska kristider”.²¹²

Ett antal beståndsdelar av denna miniminivå har bäring på genomförandet av rättigheten till personlig assistans. Detta innefattar skyldigheten att anta en ”konkret handlingsplan [...] som inkluderar att vidta åtgärder för att underlätta formellt stöd för ett självständigt liv i samhällsgemenskapen, så att informellt stöd från exempelvis familjer inte är det enda som finns att tillgå”²¹³ [samt] vidta åtgärder för att utveckla och implementera grundläggande, individanpassade, icke-gemensamma, rättighetsbaserade funktionsnedsättningsspecifika stödtjänster”.²¹⁴ Vidare ”får kostnadseffektivitetsaspekter inte vara överordnade kärnan i den mänskliga rättighet som står på spel”, i detta fall rätten till personlig assistans.²¹⁵ Varje konventionsstat ska ”använda all befintlig finansiering som finns att tillgå, inklusive regional finansiering och finansiering för utvecklingssamarbete, till att ta fram inkluderande och tillgängliga tjänster för ett självständigt liv”.²¹⁶

Som framförts ovan i Kapitel 3 är det svårt att se hur kriterier för laglig retrogression i relation till rättigheten till personlig assistans kan uppfyllas i realiteten, då kraven är mycket högt ställda.²¹⁷ På liknade sätt är det svårt att se hur brister i åtnjutande av rättigheten till personlig assistans skulle kunna ses som utanför den ’kärna’ av Artikel 19 som ska säkerställas även under finansiell kris. Detta då rätten till personlig assistans är tydligt definierad och nära kopplad till Artikel 19: s syfte och genomförande som helhet. Det ska även påminnas om att den ’kärna’ som gäller även i finansiell kris omfattar att ta åtgärder för att säkra en rörelse framåt, samt att staten åtaganden är begränsad till denna ’kärna’ endast under sådan finansiell kris.

5.3.3. Vem ska genomföra rättigheten till personlig assistans i CRPD?

Som utvecklats i Kapitel 3 omfattar de åtaganden som en konventionsstat gjort under CRPD alla delar av den offentliga styrningen och förvaltningen. Artikel 4 (1d) är explicit om att statens åtaganden omfattar att ”säkerställa att myndigheter och offentliga institutioner handlar i enlighet med Konventionen”. Det åligger alltså Sveriges riksdag och regering att styra på ett sådant sätt att verksamhet på alla nivåer (statlig, regional, lokal) har förutsättningar för att leva upp till åtaganden som Sverige gjort genom att ratificera Konventionen, och att säkerställa att detta *faktiskt sker*.

I relation till säkerställandet av personlig assistans innebär detta i första hand att samma standard gäller för utförande i statlig som i kommunal regi, och att det är riksdagens och regeringens

²¹¹ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 38.

²¹² *Ibid.*, *Ibid.*

²¹³ *Ibid.*, para. 38 (c).

²¹⁴ *Ibid.*, para. 38 (e).

²¹⁵ *Ibid.*, para. 36.

²¹⁶ *Ibid.*, para. 38 (h).

²¹⁷ Se ovan under 3.3.2.

ansvar att säkerställa detta. Detta gäller både den materiella aspekten av rättigheten och den processuella. Den senare innebär en skyldighet att tillhandahålla en likvärdig och rättssäker process för att säkerställa tillgång till den materiella rättigheten till personlig assistans i det individuella fallet. CRPD-Kommittén tar som nämnts upp som ett hinder för förverkligandet av Artikel 19 "[o]lämplig decentralisering, som leder till skillnader mellan lokala myndigheter och till ojämlika möjligheter att leva självständigt i samhällsgemenskapen i en konventionsstat".²¹⁸ Här kan även påminnas om Kommitténs krav på "ett samordnat arbetssätt över myndighetsgränser som säkerställer reformer, budgetar och lämpliga attitydförändringar på alla myndighetsnivåer och i alla myndighetssektorer, även hos lokala myndigheter".²¹⁹

En sista aspekt av vad som händer ansvarsmässigt när en stat ratificerar en internationell konvention som CRPD är som nämnts i Kapitel 3 statens ansvar att reglera inte bara alla nivåer av offentlig verksamhet, utan även privat och ideell sektor.²²⁰ Artikel 4 (1e) kräver explicit att konventionsstaterna ska "vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att avskaffa diskriminering på grund av funktionsnedsättning från alla personers, organisationers och enskilda företags sida". Vad gäller privata assistansbolag är staten till och med direkt ansvarig för tillkortakommanden, då bolaget utför en uppgift ålagd staten under CRPD.

5.3.4. Sammanfattning av statens ansvar för genomförandet av rättigheten till personlig assistans.

För ett land som Sverige, där personlig assistans redan erbjuds som stödform, handlar frågan om konventionskonformitet om *hur* stödet är utformat: vad och hur mycket som erbjuds och för vem? Är stödformen utformad så att den möjliggör det självständiga och självbestämda liv i samhällsgemenskapen som Artikel 19 kräver? Lever stödformen upp till de mer detaljerade krav som CRPD-Kommittén beskriver exempelvis om egenmakt och om att flera personer inte ska tvingas dela på en assistent? Omfattar rättigheten alla inom CRPD: s personkrets som behöver personlig assistans för att leva självständigt och självbestämt i samhällsgemenskapen? Omfattas alla de livsmöjligheter som är skyddade under de olika rättigheterna i CRPD?

I Sverige är personlig assistans reglerad i lag, så frågan blir om lagens materiella innehåll är utformat på ett sätt som motsvarar rättigheten i CRPD *ratione materiae* och *ratione personae*. Frågan är även om lagstiftningen förstås av rättssystemet och rättstillämpare på ett sådant sätt att det som levereras till rättighetsbärarna *de facto* motsvarar rättigheten i CRPD. En tredje fråga är om lagstiftningen och andra normer är tillräckligt precisa och tydliga för att försäkra att lagstiftningen tillämpas rättssäkert: att inte olikhet inför lagen förekommer.

²¹⁸ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 15 (k).

²¹⁹ *Ibid.*, para. 58. För en analys av utmaningar med decentralisering av personlig assistans utifrån CRPD se Brennan, Ciara; Rice, James; Traustadóttir, Rannveig; och Anderberg, Peter, How Can States Ensure Access to Personal Assistance when Service Delivery is Decentralized? A Multi-level Analysis of Iceland, Norway and Sweden, 19 Scandinavian Journal of Disability Research 4, 2017.

²²⁰ Se ovan under 3.4.

Om svaret på någon av dessa frågor är nej, har Sverige enligt Artikel 4 (1a) en skyldighet att åtgärda detta genom att ”vidta alla ändamålsenliga lagstiftningsåtgärder, administrativa och andra åtgärder för att uppfylla de rättigheter som erkänns i denna konvention”, i detta fall främst Artikel 19.

I denna process är ingen av de åtgärder som nämnts ovan oviktig, och de valda åtgärdernas ”ändamålsenlighet” avgörs till syvende och sist av deras potential och utfall i praktiken. Dock är vissa mer grundläggande än andra, exempelvis går det svårligen att hävda ett ändamålsenligt arbete för att stärka personlig assistans utan åtgärder inom lagstiftning, administration och budget. Även kunskapsgenererande åtgärder för beslutsfattare och insamling av information och analys för att kunna ta evidensbaserade åtgärder är centrala. Att exempelvis tillsätta en utredning som den här är en kunskapsgenererande åtgärd, och dess ändamålsenlighet enligt CRPD beror bland annat på i vilken mån Utredningens ställningstagande är förankrade i CRPD (Artikel 4 (1c), Preambel (g)), huruvida dess arbetsbeskrivning och förslag är kapabla att leda till ett förverkligande av rättigheten såsom utformad i CRPD och huruvida Utredningen nära samrått med och aktivt involverat organisationer av personer med funktionsnedsättning (Artikel 4 (3)). Utredningen kommer i sin tur att föreslå åtgärder, som i sin tur är ”ändamålsenliga” (Artikel 4 (1a)) i den mån de bidrar till uppfyllandet av rättigheterna i CRPD.

Det är viktigt att komma ihåg att ansvaret enligt CRPD alltid faller tillbaka på staten som styrande makt och skyldighetsbärare, oavsett var i organisationen orsakerna till rättighetens bristande förverkligande finns. Ansvaret ligger på staten oavsett om bristerna finns på statlig, regional eller nationell nivå och oavsett om bristen är en sammantagen effekt av många olika myndighetsutövande verksamheter. Om summan av olika myndigheters agerande får som effekt att den processuella och/eller den materiella aspekten av rättigheten till personlig assistans inte säkerställs i konformitet med CRPD ligger ansvaret för detta, från ett internationellt rättsligt perspektiv, på riksdag och regering. Det föreligger då en skyldighet att inom det demokratiska systemet omgående och systematiskt åtgärda alla delar av en konventionsstridig situation eller utveckling, genom att styra de aktörer som bidrar till denna.

En sak är alltså att alla åtgärder som tas ska syfta mot det fulla förverkligandet av rättigheten till personlig assistans i 19 (b) och vara baserade på en korrekt bild av vad och vem rättigheten omfattar. En annan sak är *i vilken takt* en utveckling mot det fulla förverkligandet av rättigheten till personlig assistans måste ske för att vara i konformitet med CRPD. Som nämnts ovan är utgångspunkten att personlig assistans är en social rättighet. Därmed kan dess förverkligande inte krävas i form av ett omedelbart resultat. Istället är kravet att ett systematiskt och ändamålsenligt arbete gradvis ska bidra till rättighetens fulla förverkligande på sikt. Endast i undantagsfall är en utveckling konventionskonform om den istället går bakåt: om färre rättighetsbärare under CRPD åtnjuter rättigheten eller rättighetsbärare åtnjuter den till en lägre grad. Dessutom skapar vissa aspekter av rättigheten omedelbara skyldigheter, såsom likhet inför lagen (att lika fall bedöms lika), att ingen påtvingas en boendeform mot sin vilja och att rättighetsbärare skyddas från våld i samband med personlig assistans.

Denna rapport ger inte utrymme för en analys av i vilken utsträckning och på vilka sätt de många aspekterna av rätten till personlig assistans i CRPD är förverkligade i Sverige i den takt och på det sätt som krävs. Det ska dock nämnas att Sverige har fått upprepad kritik av CRPD-Kommittén för brister i förverkligandet av just rätten till personlig assistans.²²¹

Med hänsyn till att Utredningens uppdrag även omfattar CRC följer nedan en översiktlig jämförelse av rättigheterna till personlig assistans under CRC mot bakgrund av CRPD.

²²¹ CRPD-Kommittén, Sammanfattande slutsatser efter granskning av Sveriges första rapport, 12 Maj 2014, paras. 43-44. "Kommittén uttrycker oro över att den statligt finansierade personliga assistansen har dragits in för ett antal personer sedan 2010 på grund av en ändrad tolkning av "grundläggande behov" och "andra personliga behov", och att personer som fortfarande får assistans drabbats av kraftiga minskningar utan kända eller till synes motiverade skäl. Kommittén är vidare oroad över det rapporterade antalet beslutade insatser enligt den svenska lagen om stöd och service som inte verkställs. [...] Kommittén rekommenderar att konventionsstaten säkerställer att program för personlig assistans ger tillräckligt och rättvist ekonomiskt stöd för att säkerställa att en person kan leva ett självständigt liv i samhället." Se även Brennan, Ciara; Rice, James; Traustadóttir, Rannveig; och Anderberg, Peter, *Are Cutbacks to Personal Assistance Violating Sweden's Obligations under the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities?*, 5 *Laws* 23, 2016.

6. Översiktlig jämförelse av reglering av personlig assistans i CRPD och CRC

CRPD och CRC har olika huvudfokus: barn respektive funktionshinder. Instrumenten formulerades även med 27 års mellanrum: CRC antogs 1989 och CRPD 2006. Dock innehåller båda konventionerna ett barnfokus *och* ett funktionshinderfokus, vilket även syns i övervakningskommittéernas praxis. Denna överlappning är nödvändig eftersom konventionerna handlar om hela människor: barn har ibland funktionsnedsättningar och människor med funktionsnedsättning är ibland barn. Båda instrumenten bygger på de två hörnstenarna att ”barnets bästa” ska leda varje beslut som påverkar barn enskilt eller överlag²²² samt att barn ska höras och kunna påverka sin situation i takt med ålder och mognad.²²³

CRC var den första internationella konventionen om mänskliga rättigheter som uttryckligen uppmärksammade mänskliga rättigheter för personer (här barn) med funktionsnedsättning. CRC-Kommittén antog även en Allmän Kommentar baserad på det sista utkastet av CRPD redan innan CRPD antogs.²²⁴ CRC och CRC-Kommittén har alltså en lång närvaro inom frågor om mänskliga rättigheter för barn med funktionsnedsättning. CRC-Kommittén har även varit tydlig med CRPD: s påverkan på tolkningen av CRC. Till exempel uttrycker CRC-Kommittén att varje individuell analys under CRC av ”barnets bästa” som gäller ett barn med funktionsnedsättning bör innefatta normerna i CRPD.²²⁵

Det är fullt förståeligt att varje kommitté är starkast på sitt perspektiv och ofta tidigare ute med förändrad praxis som reflekterar ett ändrat synsätt på personer med funktionsnedsättning alternativt barn. Till exempel underkänner CRPD-Kommittén kategoriskt alla former av boende för barn med funktionsnedsättning som inte är en familj.²²⁶ CRC-Kommittén däremot, fastän den är principiellt samstämmig och kräver en rörelse mot detta mål, har i nuläget inte gått lika långt.²²⁷

Som behandlats ovan överlappar barnfokus och funktionshinderfokus i CRPD främst i Artikel 7 Barn med funktionsnedsättning och i Artikel 3 Allmän princip (h). I CRC överlappar dessa fokus främst i Artikel 2 som behandlar icke-diskriminering och i Artikel 23 som behandlar barn med funktionsnedsättning. Nedan tolkas dessa artiklar utifrån deras bäring på rätten till personlig assistans, såsom stödformen förstås i CRPD.²²⁸

²²² CRPD Artikel 7(2) och CRC Artikel 3(1).

²²³ CRPD Artiklarna 3 (h) och 7 (3). CRC Artiklarna 5, 12 och 14.

²²⁴ CRC-Kommittén, Allmän Kommentar 9 om rättigheter för barn med funktionsnedsättningar (2006). Refereras härnäst till som CRC Allmän Kommentar 9.

²²⁵ CRC-Kommittén, Allmän Kommentar 14 om barnets rätt att i första hand få beaktat vad som bedöms vara barnets bästa (2013), para. 75. Refereras härnäst till som CRC Allmän Kommentar 14.

²²⁶ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 16(c) ”Stora eller små gruppboenden är särskilt farliga för barn, vars behov av att växa upp med en familj inte kan tillgodoses av något substitut. ”Familjeliknande” institutioner är fortfarande institutioner, och kan inte ersätta en familjs omsorg.”

²²⁷ Se till exempel CRC Allmän Kommentar 9, para. 47 ”Kommittén uppmanar [...] konventionsstaterna att endast använda institutionsplacering som en sista utväg, när det är absolut nödvändigt och sker för barnets bästa.”

²²⁸ Se ovan under 5.2.2.

Artikel 2 Icke-diskriminering

Diskrimineringsförbudet i Artikel 2 (1) kräver att konventionsstaterna ”ska respektera och tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion de rättigheter som anges i denna konvention utan åtskillnad av något slag, oavsett barnets eller dess förälders eller vårdnadshavares [...] funktionsnedsättning [...] eller ställning i övrigt”.

Artikel 2 (1) tydliggör något som egentligen är självklart: att barn med funktionsnedsättning, i egenskap av barn, ska åtnjuta samtliga rättigheter i CRC fullt ut.²²⁹ CRC-Kommittén är tydlig med att diskrimineringsförbudet innebär ett krav på att säkerställa ”faktiskt jämlikhet” och att detta innebär ett åtagande att ”identifiera vilka grupper av barn som kvalificerar sig för särskilda åtgärder, och använda offentliga budgetar för att genomföra åtgärderna”.²³⁰ Det räcker alltså inte att behandla alla grupper av barn lika. Rätten till icke-diskriminering under Artikel 2 innefattar även en rätt till *alternativa åtgärder*, då detta behövs för att förverkliga rättigheterna i CRC för barn med funktionsnedsättning. I relation till budgetering förtydligar Kommittén ”[a]tt använda pengar rättvist betyder inte alltid att spendera samma summa på varje barn [, utan] istället [...] att fatta beslut om utgifter på ett sätt som leder till faktisk jämlikhet bland barn”.²³¹

Rättigheterna i Artikel 2 (1) är begränsade till ”de rättigheter som anges i denna konvention”, alltså de livsområden som regleras i CRC. Detta gör att skyddet mot diskriminering är principiellt smalare under CRC än under CRPD, då diskrimineringsförbudet i CRPD Artikel 7 Barn med funktionsnedsättning gäller ”alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter”, alltså även de som inte explicit räknas upp i CRPD.²³²

Precis som i CRPD är det i CRC personen (i detta fall barnet) med funktionsnedsättning som är rättighetsbäraren. Dock har föräldrar och andra vårdnadshavare rätt till stöd i uppfyllandet av sina roller och skyldigheter gentemot barnet.²³³ Syskon till barnet är rättighetsbärare i samma bemärkelse som barnet med funktionsnedsättning, i den mån de förra är just barn.

Artikel 23 Barn med funktionsnedsättning

Artikel 23 fokuserar specifikt rättigheter för barn med funktionsnedsättning. Artikeln överlappar med diskrimineringsförbudet i Artikel 2 (1), som också syftar till att motverka missgynnande av barn med funktionsnedsättning. Utvecklingen av diskrimineringsförbudet i internationell lagstiftning om mänskliga rättigheter till det skydd för ”faktisk jämlikhet” som CRC-Kommittén ger uttryck för ovan har tagit tid. Vid tidpunkten då CRC antogs var det inte lika självklart som idag att förbudet mot diskriminering omfattar en rätt till stöd och anpassning såsom åsyftas i

²²⁹ CRC Allmän Kommentar 9, para. 5.

²³⁰ CRC-Kommittén, Allmän Kommentar 19 om offentlig budgetering för förverkligandet av barns rättigheter (2016), para. 42. Refereras härnäst till som CRC Allmän Kommentar 19.

²³¹ *Ibid.*, para. 61. CRC-Kommittén kräver till exempel ”särskild hjälp för att [barn med funktionsnedsättning ska] integreras och för att [deras] rättigheter ska förverkligas” som en del av icke-diskriminering i CRC-Kommitténs Allmän Kommentar 7 om genomförandet av barnets rättigheter under tidig barndom (2005), para. 11 (bii).

²³² Detsamma gäller CRPD Artikel 5 Jämlikhet och icke-diskriminering.

²³³ Se framför allt CRC Artiklarna 18 (2) och 23 (2).

Artikel 23. Artikeln behövdes därför för att markera att det inte räcker att utvidga det befintliga allmänna samhällsstödet till att omfatta barn med funktionsnedsättning. Dessutom krävs de *specifika former av stöd* som behövs för att barn med funktionsnedsättning ska åtnjuta sina mänskliga rättigheter. Genom CRC-Kommitténs nuvarande förståelse av icke-diskriminering och jämlikhet överlappar Artikel 2 (1) principiellt med alla rättigheter i Artikel 23.

Artikel 23 har dock fortfarande en potentiell roll då Artikel 2 (1), som nämnts ovan, bara gäller i relation till de rättigheter som skyddas i CRC. Artikel 23 omfattar explicit exempelvis icke hälsorelaterad (re)habilitering kopplad till funktionsnedsättning, vilket inte nämns i någon annan artikel. Dessutom medför detaljnivån i Artikel 23 att specifika krav på insatser för barn med funktionsnedsättningen inte kräver en argumentation utifrån den mer generellt formulerade Artikel 2, utan otvetydigt gör en rättighet under CRC genom Artikel 23.

Artikel 23 förmedlar en syn på barn med funktionsnedsättning som var för tiden progressiv: Målet med artikeln är ”ett fullvärdigt och anständigt liv under förhållanden som säkerställer värdighet, främjar tilltron till den egna förmågan och möjliggör barnets aktiva deltagande i samhället” (23 (1)).²³⁴ De former av stöd som Artikel 23 kräver ska även utformas ”på ett sätt som bidrar till barnets största möjliga integrering i samhället och individuella utveckling, innefattande dess kulturella och andliga utveckling” (23 (3)).

Precis som under CRPD är kravet på förverkligandet av sociala rättigheter avhängigt konventionsstatens ”tillgängliga resurser” (Artikel 4). Artikel 23 (2) anger att staten ”ska, inom ramen för tillgängliga resurser, uppmuntra och säkerställa att det berättigade barnet och de som ansvarar för dess omvårdnad får stöd”. Utgångspunkten enligt 23 (3) är att stödet ska vara kostnadsfritt, så länge det är ”möjligt” för staten. Detta ställer krav på att staten, om stödet inte är kostnadsfritt, ska kunna visa varför detta inte var möjligt ”inom ramen för tillgängliga resurser”.

CRC-Kommittén ”uppmunar konventionsstaterna att göra särskild omvårdnad och särskilt stöd till barn med funktionsnedsättning till en högprioriterad fråga, och att i största möjliga mån investera tillgängliga resurser i att undanröja diskriminering av barn med funktionsnedsättning och att inkludera dessa barn helt i samhället”.²³⁵ CRC-Kommittén fortsätter med att ”det är konventionsstaternas yttersta ansvar att säkerställa att tillräckliga medel avsätts för barn med funktionsnedsättning, och att det finns strikta riktlinjer för tillhandahållandet av service”.²³⁶ Sådana resurser ska ”täck[a] alla behov, inklusive [...] ekonomiskt stöd till familjer; inkomststöd; social trygghet; hjälputrustning; och relaterade tjänster”.²³⁷

För att konventionsstatens åtagande under Artikel 23 ska aktualiseras krävs att vårdnadshavare eller annan som ansvarar för barnets omsorg ansöker om stöd (23 (2)). Stödets syfte är att

²³⁴ Detta till trots har Artikel 23 ett fokus på vård, omsorg och individnära förändringar vilket skiljer sig markant från CRPD. Se Byrne, Bronagh, *Minding the Gap? Children with Disabilities and the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities* I Freeman, Michael (red.) *Law and Childhood Studies: Current Legal Issues*, Oxford University Press, Oxford, 2012. s. 426-430. Refereras härnäst till som Byrne, 2012. Se även Bruce, 2014 s. 429-431.

²³⁵ CRC Allmän Kommentar 9, para. 14(a).

²³⁶ *Ibid.*, para. 20.

²³⁷ *Ibid.*, *Ibid.*

”säkerställa att barnet har effektiv tillgång till och får utbildning, hälso-och sjukvård, rehabilitering och habilitering, förberedelse för arbetslivet och möjligheter till rekreation” (Artikel 23 (3)). Då barn med funktionsnedsättning omfattas av alla rättigheterna i CRC, samt ska åtnjuta alla dessa utan diskriminering (Artikel 2 (1)), kan denna lista inte uppfattas som uttömmande. Stödet måste därför syfta till att realisera åtnjutande av alla rättigheter som skyddas i CRC. En central aspekt av stödet är att det ska utformas utifrån ”vad som är lämpligt med hänsyn till barnets tillstånd och föräldrarnas förhållanden eller förhållandena hos andra som tar hand om barnet” (23 (2)). Enligt CRC-Kommittén ska stödet även, genom den analys av ”barnets bästa” som alltid ska göras, ta höjd för det förtydligande av barnet med funktionsnedsättnings rättigheter som CRPD :s regler innebär.²³⁸

Personkretsen under Artikel 23 (1) är ”barn med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning”. CRC-Kommittén anger att barn med funktionsnedsättning under CRC ska förstås i linje med CRPD Artikel 1 Syfte: alltså såsom ”innefatta[nde] bl.a. personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra”.²³⁹ Som behandlats ovan i Kapitel 1 innebär detta en vid personkrets som i första hand avgränsas mot bakgrund av förekomst av hinder och behov av stöd, snarare än med hänsyn till individuella, medicinska gränsdragningar.²⁴⁰

Rättigheten till personlig assistans under CRC

I motsats till Artikel 19 (b) i CRPD specificerar Artikel 23 i CRC inte någon viss form av individanpassat stöd som ska säkerställas för barn med funktionsnedsättning. Då stödet ska omfatta alla livsområden som täcks av artiklarna i CRC, samt vara utformat att fungera i relation till en heterogen grupp av barn i olika åldrar, får det antas att Artikel 23 förutsätter ett brett batteri av stödformer. Som nämnts ovan exemplifierar CRC-Kommittén sådant stöd med ”ekonomiskt stöd till familjer; inkomststöd; social trygghet; hjälputrustning; och relaterade tjänster”.²⁴¹

Frågan här är huruvida personlig assistans, såsom stödformen förstås i CRPD, ingår i detta batteri. CRC-Kommittén har i sina allmänna kommentarer uttryckligen nämnt personlig assistans (”personal assistance”) endast i relation till utbildning. BO har översatt detta till det bredare begreppet ”personligt stöd”, och utifrån det sammanhang uttrycket används av CRC-Kommittén framstår detta som korrekt.²⁴² Uttalandet kan alltså inte tolkas som ett explicit krav från CRC-Kommittén på personlig assistans i CRPD: s mening.

²³⁸ Se vidare nedan under 7.2.3.

²³⁹ CRC Allmän Kommentar 9, para. 7.

²⁴⁰ Se ovan under 2.3.1.

²⁴¹ CRC Allmän Kommentar 9, para. 20.

²⁴² “In order to fully exercise their right to education, many children need *personal assistance*, in particular, teachers trained in methodology and techniques, including appropriate languages, and other forms of communication, for teaching children with a diverse range of abilities capable of using childcentred and individualised teaching strategies, and appropriate and accessible teaching materials, equipment and assistive devices, which States parties should provide to the maximum extent of available resources.” *Ibid.*, para. 65. Författarens kursivering.

Utgångspunkten för att besvara frågan om CRC kräver personlig assistans är konventionsstatens åtagande att ”vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder, administrativa åtgärder och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i denna konvention” (Artikel 4). På samma sätt som diskuterats ovan under 3.1., 5.3.1. och 5.3.4. i relation till CRPD har staten, då ingen explicit åtgärd nämns, frihet att välja mellan olika ”lämpliga” åtgärder vid implementering av mänskliga rättigheter i den nationella kontexten. En åtgärds lämplighet bedöms utifrån dess kapacitet att uppfylla syftet med rättigheten för rättighetsbäraren, i detta fall främst barnet med funktionsnedsättning. Artikel 23 ställer, som behandlas ovan, krav på individuellt utformade stödformer som säkerställer barnets aktiva deltagande i samhället.

Till syvende och sist avgörs stödformens lämplighet (på policynivå liksom i det individuella fallet) av huruvida den är kapabel att nå syftena med Artikel 23, däribland ”barnets största möjliga integrering i samhället” (23 (3)) och ”barnets aktiva deltagande i samhället” (23 (1)). Stöd enligt Artikel 23 ska även ”främja[...] tilltron till den egna förmågan” (23 (1)), vilket är nära kopplat till egenmakt och självbestämmande. CRC-Kommittén understryker att ”[d]et centrala budskapet i [23 (1)] är att barn med funktionsnedsättning bör inkluderas i samhället”.²⁴³ Mot bakgrund av detta bör ”[å]tgärder som vidtas för att genomföra rättigheterna i konventionen för barn med funktionsnedsättning, till exempel när det gäller utbildning och hälsa [...] uttryckligen sikta mot en *maximal inkludering* av dessa barn i samhället”.²⁴⁴

Särställningen av personlig assistans i CRPD bygger på uppfattningen att just denna stödform har bäst potential att uppnå målen ovan. Att dessa mål är centrala i texten av Artikel 23 talar därmed för att stater är skyldiga att tillhandahålla personlig assistans även enligt Artikel 23, för det fall det är nödvändigt för att förverkliga artikelns mål. Det kvarstår dock att Artikel 23 har en uttrycklig begränsning i och med att 23 (2) kvalificerar rätten till stöd med att det endast krävs ”inom ramen för tillgängliga resurser”. Detta innebär att rätten till stöd endast måste fullgöras över tid och i den takt som nationella resurser tillåter. Dock kan varje krav under Artikel 23 även framföras under Artikel 2 (1) som ett krav på icke-diskriminering i relation till funktionsnedsättning, vilket inte på samma sätt är begränsat av tillgängliga resurser.

Som nämnts ovan så fastställer CRC-Kommittén att analysen av ”barnets bästa” ska förankras i rättigheterna i CRPD. I CRPD har just personlig assistans en särställning för att uppnå de mål som explicit uttrycks i CRC: s Artikel 23. Här ska även påminnas om CRC-Kommitténs krav ovan på ”maximal inkludering” av barn med funktionsnedsättning, på ”faktisk jämlikhet” genom särskilda stödformer samt på att ta sig an stöd till barn med funktionsnedsättning som ”en högprioriterad fråga”. Detta då barn med funktionsnedsättning fortfarande dagligen lever en ’faktisk *ojämlikhet*’ kännetecknad av exkludering.

²⁴³ *Ibid.*, para. 11.

²⁴⁴ *Ibid.*, *Ibid.* Författarens kursivering.

Sammantaget medför detta, förutom kravet på att en analys för att fastställa barnets bästa alltid måste göras, att ett beslut att inte erbjuda personlig assistans kräver en övertygande motivering. Detta gäller både i valet av vilka stödformer som erbjuds generellt och i valet av stödform för det individuella barnet.²⁴⁵ Starka skäl talar enligt ovan även för att kravet på icke-diskriminering i kombination med principen om barnets bästa i många situationer innebär en skyldighet för staten att tillhandahålla personlig assistans. Detta trots potentiella resursfrågor och att ”barnets bästa” är flexibelt både som rättighet och som tolkningsprincip.²⁴⁶

²⁴⁵ Jämför CRC Allmän Kommentar 14, till exempel para. 6 (c) och 97 samt CRC Allmän Kommentar 19, para. 45.

²⁴⁶ CRC Allmän Kommentar 14, para. 32. Se Byrne, 2012, s. 428-430 och Broderick, Andrea, Article 7 Children with Disabilities i Della Fina, Valentina; Cera, Rachele; och Palmisano, Giuseppe (red.), The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary, Springer International Publishing, Cham, 2017, s. 204-207. Refereras härnäst till som Broderick, 2017.

7. Rättigheten till personlig assistans under CRPD och begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'

7.1. Inledning

De tidigare kapitlen har utmejslat rättigheten till personlig assistans i Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen mot bakgrund av CRPD: s bärande principer samt de generella dragen i CRPD: s reglering av rättigheter och statsansvar. En övergripande analys av rätten till personlig assistans under CRC har också gjorts.

Nedan presenteras en analys av de artiklar i CRPD som är centrala för att avgöra vilket utrymme en konventionsstat som Sveriges har att använda begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn' för att begränsa rätten till personlig assistans. Ambitionen är att visa vilka regler i CRPD som aktualiseras av Utredningen och vilka implikationer dessa regler har för Utredningens arbete. På detta stadium av Utredningen finns inte förutsättningar för en detaljerad analys av konkreta förslag. Istället avser jag att visa hur CRPD ska vägleda Utredningens arbete. Mitt syfte är att bidra till att Utredningens överväganden och förslag i sin tur ska bidra till förverkligandet av rättigheterna i CRPD i enlighet med Sveriges internationella åtaganden.

Rättighetsfrågan från CRPD: s perspektiv är legitimiteten hos juridiska konstruktioner som avgränsar bort vissa former och omfång av behov från berättigandet till personlig assistans. De juridiska konstruktionerna i fokus här är begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn'. Att avgränsa ett anspråk i lagstiftning och implementering av lag och att använda juridiska konstruktioner för att göra detta är centralt för all rättslig reglering. Problem uppstår om begreppens användning resulterar i att en rättighet i internationell eller nationell lagstiftning kränks. Här gäller frågan om användandet av begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn' används på ett sätt som kränker de materiella och processuella rättigheterna i CRPD.

Då begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn' är en del av det nationella rättsliga ramverket, kan deras effekt inte särskiljas från effekten av deras samverkan med olika rättsregler och andra juridiska konstruktioner. Tydliga exempel på de senare är begränsningar i den personkrets som har rätt till personlig assistans enligt svensk lagstiftning samt de juridiska konstruktionerna "grundläggande behov"²⁴⁷ och "andra personliga behov".²⁴⁸ Här är det viktigt att poängtera att begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn' är problematiska utifrån CRPD redan om de är *en av många* bidragande faktorer till kränkningar av CRPD. Detta medför även att åtgärder för att försäkra konventionskonformitet måste ha en bred ansats. De måste riktas mot den sammantagna effekten av olika rättsliga regler och konstruktioner, liksom mot den sammantagna effekten av verksamheten hos många olika aktörer. Detta då mänskliga rättigheter har *rättighetsbäraren i centrum*. Det är det slutgiltiga utfallet för rättighetsbäraren som räknas, oaktat om det är en effekt av många olika normer och verksamheter.

²⁴⁷ 9 a § första stycket LSS.

²⁴⁸ 9 a § andra stycket LSS.

Slutligen ska erinras att *alla* CRPD: s rättigheter är relevanta för rättigheten till personlig assistans. Detta då den personliga assistansen är *ett medel* för att åtnjuta dessa rättigheter; den personliga assistansen är en sidoaktivitet till något en rättighetsbärare är eller gör. Samtliga rättigheter är alltså i förlängningen relevanta för att avgöra huruvida de juridiska konstruktionerna 'föräldraansvar', 'egenvård' och 'tillsyn' är i konformitet med CRPD. Utrymmesskäl har dock gjort det nödvändigt att välja några få artiklar för analysen nedan. Detta urval har gjorts utifrån författarens förståelse av dessa juridiska konstruktioner och av CRPD.

7.2. Begreppet 'föräldraansvar' utifrån CRPD

7.2.1. Inledning

Begreppet 'föräldraansvar' finns inte i lagstiftningen utan är en etikett som myndigheter och domstolar använder för att hänvisa till det ansvar vårdnadshavare har för sina barn enligt Föräldrabalken (1949:381). Detta ansvar omfattar bland annat "att barnet får den tillsyn som behövs med hänsyn till dess ålder, utveckling och övriga omständigheter".²⁴⁹

Begreppet används i myndighetsutövning för att avgränsa rättigheten till personlig assistans för barn. Tillgodoseendet av behov som omfattas av detta 'föräldraansvar' *berättigar inte till personlig assistans*.²⁵⁰ Vid beviljandet av den tid för vilken ett barn med funktionsnedsättning är berättigad till personlig assistans dras därför av den tid en förälder till ett barn utan funktionsnedsättning kan förväntas lägga på sitt barn. På detta sätt minskar begreppet 'föräldraansvar' den tid för vilken ett barn med funktionsnedsättning är berättigad till personlig assistans.

Utredningens uppdrag är att undersöka huruvida begreppet 'föräldraansvar', såsom det används i bedömningen av rätten till personlig assistans, behöver "förtydligas".²⁵¹ Detta fokus härrör från konstaterade brister i en enhetlig och rättssäker tillämpning av begreppet som tolkas på olika sätt av olika beslutsfattare.²⁵²

Uppdraget innebär dessutom att begreppet ska "smalnas av", alltså att tillgången till personlig assistans för barn ska öka.²⁵³ Utgångspunkten är "att barns rätt till personlig assistans ska säkerställas på ett ändamålsenligt sätt och att föräldrar till barn med funktionsnedsättning ska ha rätt till den avlastning de behöver för att kunna förena familjeliv med arbete på samma sätt som andra föräldrar".²⁵⁴ Det framgår även tydligt av Utredningens titel ("[s]tärkt rätt till personlig assistans [...] för barn") att målsättningen är att utöka tillgången till personlig assistans genom att åtgärda de nuvarande negativa effekterna av begreppet 'föräldraansvar'.²⁵⁵

²⁴⁹ 6 kap. 2 § andra stycket, Föräldrabalken (1949:381).

²⁵⁰ 51 kap 6 § Socialförsäkringsbalken (2010:110). Refereras hädanefter till som SFB. 9 f § första stycket LSS.

²⁵¹ Direktiv 2020:3, s. 15.

²⁵² Inspektionen för socialförsäkringen, Rapport 2014:6 Vad är normalt? Föräldraansvaret i assistansersättningen, 2014, s. 7, 31-41.

²⁵³ Direktiv 2020:3, s. 2 och 15.

²⁵⁴ *Ibid.*, s. 16.

²⁵⁵ *Ibid.*, s. 1.

Slutligen ska Utredningen bidra till ”att barnets behov av personlig assistans respektive assistansersättning i högre utsträckning än i dag ska bedömas med hänsyn till det enskilda barnets förutsättningar”.²⁵⁶ Detta fokus påkallas av att begreppet ’föräldraansvar’ använder föräldrar till barn utan funktionsnedsättning som måttstock, utan koppling till de reella behoven hos barn med funktionsnedsättning och deras familjer.

7.2.2. Rättighetsfrågan

Analysen av CRPD nedan fokuserar i vilken utsträckning, om någon, CRPD kring skär konventionsstaternas möjligheter att begränsa tillgången till personlig assistans med hänvisning till ’föräldraansvar’, såsom begreppet förstås i svensk rättstillämpning. Rättighetsfrågan handlar om de *materiella* konsekvenserna begreppet ’föräldraansvar’ har för åtnjutande av rättigheten till personlig assistans under CRPD. Dessutom handlar rättighetsfrågan om begreppets *processuella* konsekvenser – vilka konsekvenser begreppet ’föräldraansvar’ får i de administrativa och juridiska processer genom vilka de materiella rättigheterna i CRPD ska förverkligas på nationell nivå.

Från CRPD: s perspektiv ligger fokus på hur den juridiska konstruktionen ’föräldraansvar’ påverkar åtnjutandet i Sverige av rätten till personlig assistans enligt CRPD. En central fråga rör alltså hur tillämpningen av begreppet påverkar tillgången till personlig assistans för barn. En annan viktig fråga är huruvida de antaganden som begreppet föräldraansvar vilar på är förenliga med CRPD.

Rättigheten till personlig assistans enligt CRPD måste, som beskrivits ovan, tolkas inte bara utifrån Artikel 19, utan även utifrån de rättigheter den personliga assistansen ska bidra till att uppnå. Dessa omfattar bland annat rätten till liv, hälsa, boende, familjeliv, utbildning och fritidsaktiviteter. Analysen nedan fokuserar rätten till familjeliv såsom denna är reglerad i Artikel 23 Respekt för hem och familj. Detta då den tydligaste koppling till konsekvenserna av begreppet ’föräldraansvar’ finns just här. Eftersom rättighetsbäraren är ett barn analyseras även Artikel 7 Barn med funktionsnedsättning.

En viktig utgångspunkt i rättighetsfrågan är *vem* som har rättigheterna. Huvudpersonen utifrån CRPD: s perspektiv är alltid personen med funktionsnedsättning, i detta fall barnet. Familjemedlemmar omnämns i Preambeln till CRPD genom deras rätt till stöd för att främja barnets rättigheter (Preamble (x)).²⁵⁷ De har även rätt till skydd för sina egna intressen så länge dessa ligger i linje med barnets. Detta via Artikel 5 Jämlikhet och icke-diskriminering som skyddar andra (i detta fall främst föräldrar och syskon) mot ’associativ diskriminering’: diskriminering som

²⁵⁶ *Ibid.*, s. 15-16.

²⁵⁷ CRPD Preamble (x) ”[P]ersoner med funktionsnedsättning och deras familjemedlemmar bör få nödvändigt skydd och stöd för att göra det möjligt för deras familjer att bidra till ett fullt och rättvist åtnjutande av rättigheter för personer med funktionsnedsättning”.

drabbar en person på grund av samhällsgemenskapens respons på en närståendes funktionsnedsättning.²⁵⁸

Utifrån Utredningens fokus begränsas analysen av CRPD i denna rapport till den juridiska konstruktionen 'föräldraansvar' roll i berättigande till personlig assistans på grundval av *barnets* funktionsnedsättning. En lika viktig fråga som inte utreds i denna rapport är begreppets roll i berättigande till personlig assistans på grundval av *förälderns* funktionsnedsättning.

7.2.3. Tolkning av artiklar med bäring på frågan om 'föräldraansvar'

Här följer en genomgång av Artikel 7 Barn med funktionsnedsättning, Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen och Artikel 23 Respekt för hem och familj i relation till begreppet 'föräldraansvar'.

Artikel 7 Barn med funktionsnedsättning

Artikel 7 Barn med funktionsnedsättning

1. Konventionsstaterna ska vidta alla nödvändiga åtgärder som behövs för att säkerställa att barn med funktionsnedsättning fullt åtnjuter alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter på lika villkor som andra barn.
2. I alla åtgärder som rör barn med funktionsnedsättning ska barnets bästa komma i främsta rummet.
3. Konventionsstaterna ska säkerställa att barn med funktionsnedsättning har rätt att fritt uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör dem, varvid deras åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till deras ålder och mognad på lika villkor som för andra barn, och att de för att utöva denna rättighet erbjuds stöd anpassat till funktionsnedsättning och ålder.

Artikel 7 i CRPD handlar uteslutande om barn med funktionsnedsättning. Artikeln fastställer de principiella krav som ska styra och genomsyra staters implementering av samtliga CRPD: s rättigheter i relation till barn med funktionsnedsättning.

Av Artikel 7 (1) framgår att staten ska vidta alla nödvändiga åtgärder som behövs för att säkerställa att barn med funktionsnedsättning fullt åtnjuter alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter på lika villkor som andra barn. 7 (1) kräver således att alla rättigheter i CRPD ska implementeras på ett sätt som säkerställer dem *fullt ut* för just barn, med allt vad det innebär för både generella genomförandeåtgärder och insatser i individuella situationer. Dessutom kräver 7 (1), genom att koppla till jämlikhet och icke-diskriminering, att barn med funktionsnedsättning inte ska missgynnas på ett otillbörligt sätt *jämfört med andra barn*.

Artikel 7 (2) kräver att "barnets bästa [ska] komma i främsta rummet" för alla åtgärder som rör barn med funktionsnedsättning. Inga försök gjordes att definiera begreppet "barnets bästa" i förhandlingarna av CRPD. Det framgår tydligt att begreppet kommer från CRC då formuleringen

²⁵⁸ CRPD Artikel 5 Jämlikhet och icke-diskriminering är inte begränsad till "personer med funktionsnedsättning". Se CRPD Allmän Kommentar 6, para. 20.

speglar den i CRC Artikel 3 (1).²⁵⁹ CRPD-Kommittén har hittills inte givit en egen tolkning av begreppet, utan hänvisar till CRC och understryker att begreppet ska tillämpas på barn med funktionsnedsättning ”med noggrant övervägande av deras situation”.²⁶⁰ Att på detta sätt tolka CRPD i ljuset av CRC får stöd i Preambeln till CRPD. Här slås fast att konventionsstaterna ”erkänner att barn med funktionsnedsättning ska fullt ut åtnjuta alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter på lika villkor som andra barn och erinrar om åtaganden som de stater som är parter i konventionen om barnets rättigheter har gjort i detta syfte”.²⁶¹

Begreppet ”barnets bästa” är notoriskt flexibelt.²⁶² Grundtanken bakom begreppet är att barns intressen ofta ignoreras eller rationaliseras bort av vuxna både i det större samhällsbygget och i individuella situationer. Barns intresse måste därför centreras, ges särskild vikt och få konkreta konsekvenser i olika sammanhang. Enligt CRC-Kommittén är ”barnets bästa” en princip och en rättighet, liksom ett tillvägagångssätt.²⁶³ Det ska få genomslag både i bredare lagstiftnings- och policysammanhang och i situationer hänförliga till ett individuellt barn.²⁶⁴

Artikel 7 (3) kräver att staten ska säkerställa att barn med funktionsnedsättning har rätt att fritt uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör dem. Deras åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till deras ålder och mognad på lika villkor som för andra barn. För att utöva denna rättighet ska de erbjudas stöd anpassat till funktionsnedsättning och ålder. Även 7 (3) härrör från CRC (Artikel 12) men är anpassad till de hinder som ofta möter barn med funktionsnedsättning. Till exempel så finns i CRPD 7 (2) ingen begränsning till barn som bedöms vara ”i stånd att bilda egna åsikter”²⁶⁵ och det finns en explicit rätt till stöd anpassat till det individuella barnet för att möjliggöra barnets uttryck. På så sätt är 7 (2) tydligt resultatorienterad. Rätten att få uttrycka sig och att ens uttryck tillmätas vikt är en central del av barnets intresse och är på så sätt en del av begreppet barnets bästa, såsom det skyddas i Artikel 7 (2).²⁶⁶ Principerna om barnets bästa och att få uttrycka sin åsikt är således sammanlänkande och står inte i konflikt med varandra.²⁶⁷ Vikten av Artikel 7 (3) är tydlig både praktiken och i CRPD. Barn med funktionsnedsättning riskerar att drabbas dubbelt av fördomar om bristande förmåga att ’veta sitt eget bästa’. Detta då fördomarna är grundade i föreställningar både om låg ålder och om funktionsnedsättning.²⁶⁸ Mot denna bakgrund är det inte förvånande att förhandlingarna av CRPD lät rätten till respekt för barnets

²⁵⁹ CRC Artikel 3 (1) ”Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa.” De engelska versionerna är båda formulerade som att barnets bästa ska vara ”a primary consideration”.

²⁶⁰ CRPD Allmän Kommentar 6, para. 38.

²⁶¹ CRPD Preamble (r). Se vidare om CRC ovan i Kapitel 6.

²⁶² Se CRC, Allmän Kommentar 14, para. 32. Se även Broderick, 2017, s. 204-207 och Byrne, 2012, s. 428-429.

²⁶³ CRC Allmän Kommentar 14, para. 6.

²⁶⁴ *Ibid.*, para. 6 (c) samt CRC Allmän Kommentar 19, para. 45.

²⁶⁵ CRC Artikel 12 ”1. Konventionsstaterna ska tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. 2. För detta ändamål ska barnet, i alla domstolsförfaranden och administrativa förfaranden som rör barnet, särskilt beredas möjlighet att höras, antingen direkt eller genom en företrädare eller ett lämpligt organ och på ett sätt som är förenligt med nationella procedurregler.”

²⁶⁶ CRC Allmän Kommentar 14, paras. 43-45.

²⁶⁷ *Ibid.*, paras. 43 och 53-54.

²⁶⁸ Byrne, 2012, s. 420-422.

fortlöpande utveckling av förmågor ta plats som den övergripande principen i relation till barn med funktionsnedsättning i Artikel 3 (h), snarare än principen om barnets bästa.²⁶⁹

Artikel 7 ger principiell vägledning för vilket utrymme nationell normgivning och myndighetsutövning har att använda en juridisk konstruktion som 'föräldransvar' för att avgränsa ett barns rätt till personlig assistans. En analys om hur begreppet förhåller sig till barnets bästa måste göras både på lag- och policynivå och i varje individuellt fall.²⁷⁰ Så fort begreppet har en begränsande effekt på ett barns berättigande till personlig assistans måste barnets åsikt efterforskas, med stöd om så behövs, i enlighet med 7 (3). Barnets intresse ska sättas i "främsta rummet", såsom anges i 7 (2). Slutligen är den centrala utgångspunkten att barnet har rätt till personlig assistans till den grad detta behövs för att hens mänskliga rättigheter ska förverkligas *på en nivå jämförbar med andra barn*.

Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen

Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen

Konventionsstaterna erkänner lika rätt för alla personer med funktionsnedsättning att leva i samhällsgemenskapen med lika valmöjligheter som andra personer och ska vidta effektiva och ändamålsenliga åtgärder för att underlätta att personer med funktionsnedsättning fullt åtnjuter denna rätt och deras fulla inkludering och deltagande i samhällsgemenskapen, bl.a. genom att säkerställa att

- a) personer med funktionsnedsättning har möjlighet att välja sin boställningsort och var och med vem de vill leva på lika villkor som andra och inte är tvungna att bo i särskilda boendeformer,*
- b) personer med funktionsnedsättning har tillgång till olika former av samhällsservice både i hemmet och inom särskilt boende och till annan service, bl.a. sådan personlig assistans som är nödvändig för att stödja boende och deltagande i samhällsgemenskapen och för att förbinda isolering och avskildhet från samhällsgemenskapen, samt*
- c) samhällsservice och anläggningar avsedda för allmänheten är tillgängliga på lika villkor för personer med funktionsnedsättning och svarar mot deras behov.*

271

Artikel 19 (b) ger ett barn med funktionsnedsättning rätt till personlig assistans både i hemmet och ute i samhället och inom alla livsområden som CRPD: s rättigheter täcker. Den personliga assistansen ska vara en del av att skapa förutsättningar för barnet att leva i samhällsgemenskapen *med lika valmöjligheter som andra barn*.

Som behandlats ovan under 5.2. ställer Artikel 19 krav på personlig assistans för personer, inklusive barn, som omfattas av CRPD: s personkrets. Detta förutsatt att personlig assistans är nödvändig för att förverkliga ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Ramen är, från barnets perspektiv, att hen ska leva som andra barn och åtnjuta alla rättigheterna i CRPD. Personlig assistans är således ett verktyg, en företeelse och relation som pågår parallellt med, och

²⁶⁹ CRPD Artikel 3 Allmänna principer (h) "[R]espekt för den fortlöpande utvecklingen av förmågorna hos barn med funktionsnedsättning och respekt för funktionsnedsatta barns rätt att bevara sin identitet."

²⁷⁰ Se till exempel CRC Allmän Kommentar 14, paras. 6 och 10. Som nämnts ovan hänvisar CRPD-Kommittén till CRC vad gäller tolkningen av barnets bästa.

²⁷¹ Se noterna 5, 77 och 108 ovan om hur och varför översättningen av Artikel 19 här avviker från den officiella svenska översättningen.

är nödvändig för, barnets åtnjutande av dessa rättigheter fullt ut och på en nivå jämförbar med andra barn.

En nationell rättslig konstruktion som 'föräldraansvar' blir konventionsstridig om den begränsar barn med funktionsnedsättnings möjligheter att åtnjuta sina rättigheter enligt CRPD. Den blir även konventionsstridig om den begränsar uppfyllandet av behov eller intresse som är *de facto* förverkligande för andra barn (om än med andra medel och på andra sätt). Det finns inte utrymme i denna rapport att analysera vilka specifika krav på utformning och omfattning av personlig assistans som varje rättighet i CRPD ger upphov till tolkad tillsammans med Artikel 19. Fokus nedan är istället begränsat till Artikel 23.

Begreppet 'föräldraansvar' begränsar rätten till personlig assistans. CRPD-Kommittén definierar som nämnts ovan personlig assistans som "personstyrt/användarstyrt stöd från en människa som en person med funktionsnedsättning har tillgång till och som fungerar som ett verktyg för att leva självständigt".²⁷² För att den begränsande effekten av 'föräldraansvar' på rätten till personlig assistans ska stå i strid med 19 (b) krävs att just personlig assistans är nödvändig för att barnet ska leva ett självständigt, självbestämt liv i samhällsgemenskapen, på lika villkor som andra barn. Individanpassat stöd under 19 (b) kan ha andra former än personlig assistans. Det kvarstår dock att stödet måste vara ändamålsenligt utifrån Artikel 19: s uttryckliga syfte: ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen för barnet. Personlig assistans har även en särställning som den enda stödform som nämns explicit i Artikel 19 (b).

Som nämnts ovan under 5.2.1. fanns en förståelse under förhandlingarna av CRPD av potentialen hos personlig assistans för att förverkliga rätten till ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Detta härrör från stödformens utmärkande drag: den kan anpassa sig efter rättighetsbärandens specifika behov och val av människor att ha nära samt följa med i rättighetsbärandens dagliga liv utifrån dennes vilja och behov i stunden. Detta istället för att schemalägga tillgodoseendet av olika behov med hjälp av olika personer och därmed diktera både var, hur och med vem rättighetsbärandens kan leva sitt liv.

Sammantaget medför detta att staten har bevisbördan för att visa att de begränsningar i den nationella rätten till personlig assistans som följer av den juridiska konstruktionen 'föräldraansvar' inte innebär att barn nekats det individanpassade stöd de har rätt till enligt 19 (b). Detta stöd ska skapa reella förutsättningar för ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen för barnet. Om stödet ges i en annan form än personlig assistans, ska staten visa att denna stödform är ändamålsenlig för att implementera Artikel 19 på ett sätt som medför att personlig assistans inte behövs.

Ett ytterligare frågetecken i relation till just begreppet 'föräldraansvar' är om de *utgångspunkter* begreppet bygger på är förenliga med CRPD. Den personliga assistansen, inklusive omfattningen, ska vara utformat utifrån barnets *individuella* behov.²⁷³ Utgångspunkten är att behovsprövning måste utgå från barnets situation och barnets behov.²⁷⁴ Begreppet 'föräldraansvar' har istället en

²⁷² CRPD Allmän kommentar 5, para. 16 (d).

²⁷³ *Ibid.*, para. 28.

²⁷⁴ *Ibid.*, para. 63.

familj *utan ett barn med funktionsnedsättning* som utgångspunkt. Det utgår från vad en förälder till ett barn utan funktionsnedsättning förväntas göra i relation till sitt barn för att barnet ska fara väl. Detta står i tydlig strid med CRPD: s kärna som är att en verklighet med funktionsnedsättning och (tyvärr) funktionshinder ska sättas i centrum, utifrån sina egna premisser. Att sätta liv med funktionsnedsättning i centrum genomsyrar hela CRPD, men uttrycks tydligast i Artikel 3 (d) Allmänna principer och dess krav på ”respekt för olikheter och acceptering av personer med funktionsnedsättning som en del av den mänskliga mångfalden och mänskligheten”.²⁷⁵

Förutom att utgångspunkten i den juridiska konstruktionen ’föräldraansvar’ är problematisk på ett principiellt plan, så framstår den även som grovt missvisande. En förälder till ett barn *med* funktionsnedsättning kan svårigen antas ha samma sammantagna bild av vad som krävs för att räcka till gentemot barnet, syskon och sig själv som en förälder till ett barn *utan* funktionsnedsättning har. Detta inte minst då den senare kategorin föräldrar har tillgång till allmänna system av samhällsservice (tillgängliga utan ansökningar, processer och överbyggande av otillgänglighet) som underlättar arbete, familjeliv och allt därutöver. Detta är service som föräldrar till barn med funktionsnedsättning många gånger inte kan nyttja. När analyser likt den av ’föräldraansvar’ utgår från normen (föräldraskap för ett barn *utan* funktionsnedsättning) i sin analys av behov kopplade till föräldraskap för ett barn *med* funktionsnedsättning blir resultatet en missvisande bild. Denna bild tillåts sedan avgöra livsmöjligheterna för barn med funktionsnedsättning och deras familjer.

Som diskuterats ovan under 5.3.1. ställer Artikel 19 även krav på *processen* genom vilken det avgörs huruvida, och i vilken omfattning, ett barn har rätt till personlig assistans. Grundläggande är att processen ska möjliggöra ett tillgodosende av rättigheten, såsom den är utformad i CRPD och i enlighet med nationell lagstiftning. I avsaknad av ett krav på en fungerande process blir rättigheter sårbara och till och med meningslösa. Om lagstiftaren eller rättstillämpningen använder juridiska konstruktioner som ’föräldraansvar’, måste ett sådant begrepp tillämpas på ett sätt som säkerställer rätten till personlig assistans. Detta gäller alla barn inom CRPD: s personkrets som behöver denna stödform för ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen.

I kravet ingår att nationell lag ska vara tillräckligt preciserad för att kunna tillämpas rättssäkert. Detta framgår av skyddet för likhet inför lagen i Artikel 5 (1) Jämlikhet och icke-diskriminering. Tyngdpunkten för utvärderingen av kravet på precision är dock *hur begreppet faktiskt tillämpas*, inte hur det är utformat i lag. Om forskrifter, kunskapsstöd med mera används istället för att precisera begreppet i lag måste dessa föreskrifter och kunskapsstöd förklara hur begreppet fungerar. Detta gäller inte bara i relation till tillämpande myndigheter utan även för allmänheten. Detta så att konsekvenserna av begreppet för det individuella barnets rätt till personlig assistans blir förutsägbara.

²⁷⁵ Se vidare om Artikel 3 Allmänna principer ovan under 2.3.2.

Artikel 23 Respekt för hem och familj**Artikel 23 Respekt för hem och familj**

1. Konventionsstaterna ska vidta effektiva och ändamålsenliga åtgärder för att avskaffa diskriminering av personer med funktionsnedsättning i alla frågor som gäller äktenskap, familj, föräldraskap och personliga förbindelser på lika villkor som för andra [...]

3. Konventionsstaterna ska säkerställa att barn med funktionsnedsättning har lika rättigheter i familjelivet. För att förverkliga dessa rättigheter och för att förhindra att barn med funktionsnedsättning göms undan, överges, försummas och avskiljs, ska konventionsstaterna åta sig att lämna tidig och allsidig information, service och stöd till barn med funktionsnedsättning och till deras familjer.

4. Konventionsstaterna ska säkerställa att ett barn inte skiljs från sina föräldrar mot deras vilja, utom i de fall då behöriga myndigheter, som är underställda rättslig överprövning i enlighet med tillämplig lag och tillämpliga förfaranden, finner att sådant åtskijande är nödvändigt för barnets bästa. Ett barn ska inte i något fall skiljas från sina föräldrar på grund av barnets eller den ena eller båda föräldrarnas funktionsnedsättning. [...]

Artikel 23 (3) försäkrar ett barn med funktionsnedsättning lika rättigheter som andra barn i familjelivet. Barnet och dess familj har rätt till service och stöd för att förhindra att barnet försummas, utsätts för våld och övergrepp eller avskiljs från sin familj.

I 23 (3) ställs alltså stöd i direkt relation till familjelivet. Barnet och dess familj har rätt till adekvat stöd för att kunna leva bra tillsammans. Utgångspunkten är, från barnets perspektiv, att hen ska kunna leva som andra barn. Hen ska alltså inte som en konsekvens av bristande stöd få sina rättigheter i familjelivet kränkta.

Som nämnts ovan kräver Artikel 19 stödformen personlig assistans, förutsatt att detta är ett nödvändigt verktyg för ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen.²⁷⁶ Andra rättigheter i CRPD ger konturer till vad som ska uppnås med personlig assistans, då de mejslar ut olika aspekter av livet i samhällsgemenskapen. ”Stöd och service” under 23 (3) kan *prima facie* ha andra former än personlig assistans. Förutsättningen för skyldigheten att tillhandahålla just personlig assistans som stödform är alltså att just den behövs för att förverkliga barnets rätt till familjeliv enligt 23 (3).

Den marginal staten har att välja stödform är alltså begränsad av att stödet fortfarande ska leva upp till kraven som ställs utifrån 23 (3) tillsammans med Artikel 19: ett gott, självständigt och självbestämt liv för barnet *i sin familj* i samhällsgemenskapen. Relevansen av de fördelar med stödformen personlig assistans som diskuterats ovan i relation till Artikel 19 framstår än tydligare i relation till barnets (och resten av familjens) rätt till familjeliv under Artikel 23.

Fremsta anledningen till att personlig assistans sticker ut som ändamålsenlig är att många andra stödformer innebär mindre tid för barnet *med sin familj*, vilket står i tydlig konflikt med Artikel 23. Personlig assistans ska inte ersättas med andra stödformer som innebär att barnet periodvis vistas utanför sin familj eller på andra sätt minskar kontaktytan mellan barnet och familjen. Dessutom framstår behovet av flexibilitet som stort då barnet och de personer som ger stöd är en del av en

²⁷⁶ Se även ovan under 5.2.1.

konstellation med andra vuxna och barn. Ett mindre antal personer betyder färre påtvingade relationer för alla i familjen. CRPD-Kommittén är tydlig med att en central aspekt av särställningen av personlig assistans i skapandet av självbestämmande, oberoende och deltagande är att det är en upparbetad relation mellan två personer.²⁷⁷

Tillsammans skapar faktorerna ovan en konkurrensfördel för just stödformen personlig assistans. En slags bevisbörda skapas för staten att visa att andra stödformer uppfyller kraven i Artiklarna 19 och 23 tillsammans. I den mån begreppet 'föräldraansvar' får som konsekvens att barnet inte får tillgång till personlig assistans, och istället erbjuds andra stödformer oförmögna att leva upp till kraven under Artiklarna 19 och 23 (eller inga stödformer alls) är detta *prima facie* konventionsstridigt. Om barnet på grund av de stödformer (och dessas begränsade omfattning) som erbjuds istället för personlig assistans inte längre har möjlighet att leva med sin familj föreligger ett tydligt konventionsbrott.

Att beredas möjlighet att växa upp i sin familj är en fundamental aspekt av att som barn *leva på lika villkor*. Precis som för andra barn är ett liv i sin familj likställbart med att leva i samhällsgemenskapen, såsom Artiklarna 19 och 23 tillsammans kräver. CRPD-Kommittén understryker den nära relationen mellan Artikel 19 och 23:

Rätten till ett självständigt liv i samhällsgemenskapen är intimt sammankopplad med rätten till familj för barn och föräldrar med funktionsnedsättning (artikel 23). Om det saknas stöd och tjänster i närsamhället kan följden bli ekonomiskt trångmål i familjer där personer med funktionsnedsättning ingår. De rättigheter som är inskrivna i artikel 23 är nödvändiga för att förhindra att barn tas ifrån sina familjer och placeras på institution, och även för att ge familjer stöd när det gäller att leva i samhällsgemenskapen.²⁷⁸

Artikel 23 (3) är tillämplig på situationer då familjen som en sista utväg i brist på stöd släpper sitt barn med funktionsnedsättning för att placeras utanför familjen. Denna situation rör hjärtat i rättigheterna både till familjeliv och till ett liv i samhällsgemenskapen för barn med funktionsnedsättning. I den mån föräldrarnas 'val' är hänförligt till bristande stöd, och situationen är sådan att just personlig assistans är det stöd som situationen kräver, är förnekandet av personlig assistans *prima facie* konventionsstridigt. I den mån begreppet 'föräldraansvar' har bidragit till detta, är även det *prima facie* konventionsstridigt.

Artikel 23 (4) tar sikte på situationen när barnet med funktionsnedsättning omhändertagits av myndigheter på basis av att föräldrarna inte ansetts kapabla att ta hand om hen. Även om det kan (såsom syns från 23 (4)) vara i ett barn med funktionsnedsättnings intresse (precis som i andra barns) att omhändertaras av det allmänna måste utgångspunkten alltid vara att barn med funktionsnedsättning har *samma intresse* som andra barn av ett gott familjeliv *med sin familj*. Det är här frågan om stöd kommer in: kunde personlig assistans eller annat stöd enligt Artikel 23 (3) och 19 (b) ha förebyggt eller förhindrat en situation där det framstår som nödvändigt med hänsyn till barnets bästa att separera barnet från hans familj? I den mån en separation kunde avvärijts genom tillgång till just personlig assistans är förnekandet av denna stödform *prima facie*

²⁷⁷ CRPD Allmän kommentar 5, para. 16 (diii).

²⁷⁸ *Ibid*, para. 87.

konventionsstridigt. I den mån begreppet 'föräldraansvar' har bidragit till detta, är även det *prima facie* konventionsstridigt. Om ett barn redan har separerats från sin familj under de förutsättningar som preciserats ovan, handlar rättighetsfrågan istället om rollen för personlig assistans som ett medel för återförening.

På samma sätt som diskuterats ovan i relation till Artikel 19 så kan begreppet 'föräldraansvar' även ifrågasättas under Artikel 23 utifrån att det bestämmer rättigheter för barn med funktionsnedsättning utifrån en mall som är fastställd i relation till barn utan funktionsnedsättning. De processuella krav på tillämpningen av begreppet 'föräldraansvar' som diskuterats ovan under Artikel 19 gäller likaledes under Artikel 23, förutsatt att konsekvenserna rör hem- och familjeliv.²⁷⁹

7.3. Begreppet 'egenvård' utifrån CRPD

7.3.1. Inledning

Begreppet 'egenvård' används i svensk myndighetsutövning för att särskilja en "hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient själv kan utföra"²⁸⁰ från "sådan verksamhet som bedöms kräva personal med utbildning inom hälso- och sjukvård eller sådan personal i samarbete med annan personal"²⁸¹. 'Egenvård' omfattar även en hälso- och sjukvårdsåtgärd som bedöms kunna utföras "med hjälp av någon annan".²⁸²

Avgörande för om en hälso- och sjukvårdsåtgärd faller inom kategorin 'egenvård' är alltså om åtgärden bedöms vara något som rättighetsbäraren "kan utföra själv" alternativt "med hjälp av någon annan". Det finns således inget i åtgärdens natur i relation till begreppen 'hälso' eller 'vård' som styr klassificeringen. Valet mellan klassificeringarna "hälso- och sjukvårdsåtgärd" och 'egenvård' beror på vad som bedöms olämpligt respektive lämpligt att utföra utan "personal med utbildning inom hälso- och sjukvård".

Bedömningen om vad som är 'egenvård' "ska göras i samråd med patienten".²⁸³ Bedömningen ska göras "utifrån respekten för dennes självbestämmande och integritet samt behov av trygghet och säkerhet".²⁸⁴ Bedömningen ska även "utgå från patientens fysiska och psykiska hälsa samt dennes livssituation [och innefatta] en analys av, om utförandet av egenvården kan innebära att patienten utsätts för risk att skadas".²⁸⁵

Konsekvensen av att en åtgärd klassas som 'egenvård' blir från hälso- och sjukvårdens perspektiv att åtgärden inte längre utförs av dess legitimerade personal. För rättighetsbäraren innebär det att

²⁷⁹ Se även ovan under 3.2.2.

²⁸⁰ 2 kap 1 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Refereras härnäst till som Socialstyrelsens egenvårdsföreskrifter.

²⁸¹ 2 kap 1 § not 1 Socialstyrelsens egenvårdsföreskrifter. Se vidare 2 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Se även vidare 1 kap. 4 § Patientsäkerhetslagen (2010:659).

²⁸² 4 kap 5 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrifter.

²⁸³ 4 kap 3 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrifter.

²⁸⁴ 4 kap 3 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrifter.

²⁸⁵ 4 kap 4-5 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrifter.

åtgärden sköts av rättighetsbäraren, själv eller med hjälp av en närstående eller en personlig assistent. Detta innebär i sin tur, som Utredningens direktiv noterar då den återger en rapport från Socialstyrelsen, att rättighetsbäraren har ”större möjligheter att leva sitt liv på liknande villkor som andra personer”.²⁸⁶ Denna konsekvens överlappar med syftet för stödformen personlig assistans och speglar varför direktivet uppdrar åt Utredningen att ”ta ställning till och föreslå hur personlig assistans kan lämnas för stöd vid egenvårdsinsatser”.²⁸⁷

Att en åtgärd klassificeras som ’egenvård’ får alltså konsekvensen att den kan utföras som personlig assistans, då den inte längre är hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).²⁸⁸ Att en åtgärd klassas som ’egenvård’ innebär dock inte att den automatiskt berättigar till personlig assistans. För att detta ska vara fallet krävs att beslutsfattande myndigheter och domstolar bedömer att det behov som påkallar ’egenvård’, ensamt eller tillsammans med andra behov, berättigar till personlig assistans enligt tillämplig lag.²⁸⁹

Möjligheterna för rättighetsbärare att anses berättigade till personlig assistans för ’egenvård’ enligt tillämplig lag har krympts genom rättsliga tolkningar och myndighetspraxis.²⁹⁰ Denna utveckling, och dess konsekvenser för rättighetsbärare, är orsaken till Utredningens uppdrag att ”ta ställning till och föreslå hur personlig assistans kan lämnas för stöd vid egenvårdsinsatser”.²⁹¹ Detta ska göras som en del av att ”analysera och ta ställning till hur personer som omfattas av personkretsen enligt LSS [Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade] och som behöver hälso- och sjukvårdsåtgärder till följd av sina funktionsnedsättningar kan ges ändamålsenligt stöd”.²⁹²

7.3.2. Rättighetsfrågan

Analysen av CRPD nedan fokuserar vilken bäring rättigheterna i CRPD har på frågan om en ”hälso- och sjukvårdsåtgärd vilken legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan utföra²⁹³ [med] hjälp av någon annan²⁹⁴” ska berättiga till personlig assistans i en konventionsstat som Sverige.

Från CRPD: s perspektiv är fokus vilken roll den juridiska konstruktionen ’egenvård’ spelar vid bedömningar av berättigande till personlig assistans. Den centrala rättighetsfrågan blir om effekterna av begreppet ’egenvård’ på åtnjutandet av rättigheterna i CRPD är förenliga med densamma. Rättigheten till personlig assistans under CRPD måste som beskrivits ovan

²⁸⁶ Socialstyrelsen, Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning, 2017, s. 9. Refererad i Direktiv 2020:3, s. 6.

²⁸⁷ Direktiv 2020:3, s. 1.

²⁸⁸ 2 kap 1 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrifter.

²⁸⁹ 51 kap SFB, LSS.

²⁹⁰ Se HFD 2012 ref. 41. Enligt Försäkringskassan kan därmed ”en åtgärd som är bedömd som egenvård aldrig kan vara ett grundläggande behov enligt 9 a § LSS”, se Socialstyrelsen, Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet: En analys av hur kommuner och brukare påverkas, 2017, s. 16-17. Se vidare s. 38.

²⁹¹ Direktiv 2020:3, s. 1.

²⁹² *Ibid.*, s. 10.

²⁹³ 2 kap 1 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrifter.

²⁹⁴ 4 kap 5 § Socialstyrelsens egenvårdsföreskrifter.

bestämmas inte bara utifrån Artikel 19 utan även utifrån de rättigheter som den personliga assistansen ska bidra till att uppnå. I ljuset av detta kompletteras tolkningen nedan av Artikel 19 med tolkning av Artikel 25 Hälsa och Artikel 26 Habilitering och rehabilitering.

En viktig utgångspunkt i rättighetsfrågan är *vem* som har rättigheterna. Huvudpersonen utifrån CRPD: s perspektiv är alltid personen med funktionsnedsättning. Andra impliceras här genom deras rätt till stöd för att främja den förras rättigheter (Preamble (x)).²⁹⁵ Dock har andra även rätt till skydd för sina egna intressen under CRPD, i alla fall så länge dessa ligger i linje med den centrala rättighetsbärandens intressen. Detta huvudsakligen via Artikel 5 Jämlikhet och icke-diskriminering som skyddar andra mot 'associativ diskriminering': otillbörligt missgynnande som drabbar en person på grund av samhällsgemenskapens respons på en närståendes funktionsnedsättning.²⁹⁶

En underliggande rättighetsfråga är den om självbestämmande vad gäller *vilken vård som kräver utförande av hälso- och sjukvårdspersonal* och vilken vård som får professionell sanktion att utföras av rättighetsbäranden själv, med eller utan hjälp av annan. Detta är inte bara en fråga om att väga olika intressen på lagstiftnings- och policynivå. Det handlar även om att försäkra rättighetsbäranden ett utrymme att välja själv hur hen vill att vårdbehov tillgodoses i det individuella fallet. Här blir Artikel 12 Likhet inför lagen avgörande²⁹⁷, liksom Artikel 17 Skydd för den personliga integriteten.²⁹⁸ Det ska här påminnas om den starka drivkraften under förhandlingarna av CRPD att inte ge den medicinska professionens föreställningar om behov och hur dessa ska fyllas företräde framför rättighetsbärandens perspektiv och kunskap.²⁹⁹ Som enda artikel i CRPD kräver Artikel 25 Hälsa explicit att professionen som förverkligar rättigheten ska utbildas för att förändra sina värderingar, så att de "tillhandahåller vård av samma kvalitet till personer med funktionsnedsättning som till andra, inbegripet med deras fria och informerade samtycke" (Artikel 25 (d)). Detta ska uppnås "genom att bl.a. höja medvetandet om mänskliga rättigheter, värdighet, självständighet och behov för personer med funktionsnedsättning, genom utbildning och utfärdande av etiska normer för offentlig och privat hälsoservice" (Artikel 25 (d)). Viktigt att poängtera här är dock att rättigheten att avböja det som erbjuds är både starkare och tydligare än rättigheten till alternativ att välja emellan, oaktat att båda aspekterna krävs för ett (menings)fullt åtnjutande av rättigheterna i CRPD.

²⁹⁵ CRPD Preamble (x) "Konventionsstaterna [...] är övertygade om att familjen är samhällets naturliga och grundläggande enhet och är berättigad till samhällets och statens skydd och att personer med funktionsnedsättning och deras familjemedlemmar bör få nödvändigt skydd och stöd för att göra det möjligt för deras familjer att bidra till ett fullt och rättvist åtnjutande av rättigheter för personer med funktionsnedsättning".

²⁹⁶ CRPD Artikel 5 Jämlikhet och icke-diskriminering är inte begränsad till "personer med funktionsnedsättning". Se CRPD Allmän Kommentar 6, para. 20.

²⁹⁷ CRPD Artikel 12 Likhet inför lagen "1. Konventionsstaterna bekräftar åter att personer med funktionsnedsättning har rätt att i alla sammanhang bli erkända som personer i lagens mening. 2. Konventionsstaterna ska erkänna att personer med funktionsnedsättning åtnjuter rättskapacitet på lika villkor som andra i alla hänseenden. 3. Konventionsstaterna ska vidta ändamålsenliga åtgärder för att erbjuda personer med funktionsnedsättning tillgång till det stöd de kan behöva för att utöva sin rättskapacitet. [...]".

²⁹⁸ CRPD Artikel 17 Skydd för den personliga integriteten "Alla personer med funktionsnedsättning har rätt till respekt för sin fysiska och psykiska integritet på lika villkor som andra".

²⁹⁹ Se nedan under 7.3.3. om CRPD Artiklarna 25 och 26.

För barn blir situationen annorlunda, då barn har en mer begränsad autonomi.³⁰⁰ Barns självbestämmande är villkorat av vuxnas (i huvudsak vårdnadshavares) bedömningar om vad som är bra för barnet. Istället för att maktuppdelningen blir mellan den medicinska professionen och individen med funktionsnedsättning, blir den i barns fall mellan barnet, den medicinska professionen och vårdnadshavare. Detta skapar ett tungt ansvar att skapa lösningar som kompromissar så lite som möjligt med de olika aspekterna av rätten till vård, inbegripet största möjliga fysiska och psykiska hälsa, självbestämmande, självständighet och deltagande i samhällsgemenskapen.

Vad gäller både vuxna och barn kräver Artikel 5 Jämlikhet och icke-diskriminering att personer med funktionsnedsättnings val, vuxna som barns, inte begränsas oproportionerligt jämfört med befolkningen i övrigt, eller att begränsningar bygger på fördomar om personer med funktionsnedsättnings intresse, liv eller kapacitet.³⁰¹

Då Utredningens fokus ligger på berättigande till personlig assistans för 'egenvård', snarare än vad som ska utgöra 'egenvård' och hur detta ska fastställas, kommer denna underliggande rättighetsfråga inte att beröras vidare i rapporten.

Slutligen ska noteras att frågor om lättnader i sekretess i samband med 'egenvård' aktualiserar frågor under Artikel 22 (2) Respekt för privatlivet som explicit reglerar uppgifter om hälsa och rehabilitering för personer med funktionsnedsättning.³⁰² Av utrymmesskäl behandlas detta inte vidare i denna rapport.

7.3.3. Tolkning av artiklar med bäring på frågan om 'egenvård'

De artiklar som går igenom nedan är Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen, Artikel 25 Hälsa och Artikel 26 Habilitering och rehabilitering. Det är överlappningar av dessa artiklar, tolkade i ljuset av Preambeln och de Allmänna principerna i Artikel 3, som avgör i vilken grad CRPD ger upphov till en rätt till personlig assistans för 'egenvård'.

*Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen*³⁰³

Frågor om stöd vid 'egenvård' faller under Artikel 19 (b), då det handlar om behov kopplade till funktionsnedsättningen. Artikel 19 (b) ger staten ansvar att säkerställa att "personer med funktionsnedsättning har tillgång till olika former av samhällsservice både i hemmet och inom särskilt boende och till annan service, bl.a. sådan personlig assistans som är nödvändig för att

³⁰⁰ Se ovan under 7.2.3. om Artikel 7 Barn med funktionsnedsättning och Kapitel 6 om CRC.

³⁰¹ Se även ovan under 3.2.7. om CRPD Artikel 8 Medvetandegörande om situationen för personer med funktionsnedsättning.

³⁰² Se Direktiv 2020:3, s. 2, 7-8 och 10.

³⁰³ Artikel 19 finns reproducerad i sin helhet ovan och inkluderas därför inte här.

stödja boende och deltagande i samhällsgemenskapen och för att förhindra isolering och avskildhet från samhällsgemenskapen”.

Huvudfrågan här är vilka behov som rätten till personlig assistans omfattar. Utgångspunkten är, som utvecklats ovan i Kapitlen 4 och 5, att syftet med Artikel 19 är att vara ett medel för ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Denna samhällsgemenskap omfattar alla de platser, aktiviteter, tjänster och livsmöjligheter som skyddas i CRPD: s artiklar. Således även de som täcks av Artiklarna 25 och 26. Följaktligen föranleder det faktum att ett behov förstås som hälso- eller (re)habiliteringsrelaterat inte på något sätt ett förminskat krav på stöd enligt 19 (b), inbegripet krav på stödformen personlig assistans.

Som beskrivits ovan begränsar begreppet 'egenvård' rätten till personlig assistans. CRPD-Kommittén definierar personlig assistans som ”personstyrkt/användarstyrkt stöd från en människa som en person med funktionsnedsättning har tillgång till och som fungerar som ett verktyg för att leva självständigt”.³⁰⁴ Vad gäller kravet på personlig assistans som en specifik stödform bland andra i Artikel 19 (b), så kan personlig assistans som utvecklats ovan under 5.2. inte ersättas av andra former av stöd. Detta gäller om just personlig assistans är ”nödvändigt för att stödja boende och deltagande i samhällsgemenskapen och för att förhindra isolering och avskildhet från samhällsgemenskapen”. För att den begränsande effekten av begreppet 'egenvård' på rätten till personlig assistans ska stå i strid med Artikel 19 (b) krävs därför att just personlig assistans för 'egenvård' är nödvändig för att rättighetsbäraren ska leva ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen, på lika villkor som andra.

Som nämnts ovan bland annat under 5.2.1. fanns en förståelse under förhandlingarna av CRPD att just personlig assistans hade en hög potential för ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Som CRPD-Kommittén understryker så innebär stödformen personlig assistans att rättighetsbäraren själv kan bestämma när och var behov fylls.³⁰⁵ Därmed får rättighetsbäraren inte sitt dagliga liv uppbundet vid andras scheman utan bestämmer själv utifrån sina förutsättningar och preferenser hur uppfyllandet av behov minst påverkar hans livsaktiviteter. Rättighetsbäraren är den som styr förståelsen av behovet. Hen kan agera utifrån sin egen kunskap och sina egna preferenser om hur behovet bäst fylls. CRPD-Kommittén är även tydlig med att en central aspekt av särställningen av personlig assistans i skapandet av självbestämmande, oberoende och deltagande är att det är en upparbetad relation mellan två personer, där rättighetsbäraren styr.³⁰⁶ På så sätt slipper rättighetsbäraren ständigt vare sig förmedla sin förståelse av och preferenser kring behovet till olika personer eller etablera sin auktoritet att styra hur behovet fylls.

Sammantaget skapar detta en bevisbörda för staten att visa att de begränsningar i den nationella rätten till personlig assistans som blir effekten av den juridiska konstruktionen 'egenvård' inte får konsekvenser som är oförenliga med CRPD. Effekten får inte bli att rättighetsbäraren förnekas det individanpassade stöd 19 (b) kräver: det som skapar reella förutsättningar för ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Om stödet ges i en annan form än personlig

³⁰⁴ CRPD Allmän Kommentar 5, para.16 (d).

³⁰⁵ *Ibid.*, para.16 (dii).

³⁰⁶ *Ibid.*, para.16 (diii).

assistans, ska staten visa att denna stödform är ändamålsenlig för att implementera Artikel 19 på ett sätt som innebär att personlig assistans inte behövs.

Ett ställningstagande att ett behov som ligger till grund för 'egenvård' är tillfredsställande uppfyllt utan att personlig assistans erbjuds måste alltså bygga på att personlig assistans för 'egenvård' inte är "nödvändigt för att stödja boende och deltagande i samhällsgemenskapen och för att förhindra isolering och avskildhet från samhällsgemenskapen" (Artikel 19 (b)). Alternativa stöd hänförliga till 19 (b) som istället erbjuds för att uppfylla behovet måste vara kapabla att försäkra rättighetsbäraren ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Ett sådant liv inbegriper de dimensioner som diskuterats just ovan i termer av kontroll över vem, var, när och hur behov av 'egenvård' ska fyllas.

Om de former av service som erbjuds istället för personlig assistans för att fylla behov som kan utföras som 'egenvård' gör det omöjligt för rättighetsbäraren att välja boende i enlighet med det grundläggande kravet i 19 (a) är detta *prima facie* konventionsstridigt. Barn med funktionsnedsättnings rätt att bo med sin familj väger tungt³⁰⁷, men rätten att välja bostad gäller givetvis även vuxna med funktionsnedsättning.

Närmast presenteras Artikel 25 Hälsa och Artikel 26 Habilitering och Rehabilitering. De reglerar de behov som Artikel 19 i sin tur kräver ska uppfyllas på ett sätt som främjar ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Med andra ord får behov hänförliga till hälsa och (re)habilitering inte hindra åtnjutandet av andra rättigheter.

Artikel 25 Hälsa

Artikel 25 Hälsa

Konventionsstaterna erkänner att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa och utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Konventionsstaterna ska vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster för personer med funktionsnedsättning med beaktande av jämställbetsperspektivet, däribland hälsorelaterad rehabilitering. Konventionsstaterna ska särskilt

- a) erbjuda personer med funktionsnedsättning samma utbud, kvalitet och standard avseende gratis eller subventionerad hälso- och sjukvård samt insatser och behandlingsprogram som erbjuds andra personer, även när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa samt befolkningsbaserade offentliga folkehälsoprogram,*
- b) erbjuda sådan hälso- och sjukvårdstjänster som personer med funktionsnedsättning behöver särskilt på grund av deras funktionsnedsättning, inklusive tidig upptäckt och ändamålsenliga insatser, och service som är avsedd för att begränsa och förebygga vidare funktionsnedsättning, bl.a. för barn och äldre,*
- c) erbjuda hälso- och sjukvårdstjänster så nära personernas egna hemorter som möjligt, även på landsbygden,*
- d) kräva att hälso- och sjukvårdspersonal tillhandahåller vård av samma kvalitet till personer med funktionsnedsättning som till andra, inbegripet med deras fria och informerade samtycke, genom att bl.a. höja medvetandet om mänskliga rättigheter, värdighet, självständighet och behov för personer med funktionsnedsättning, genom utbildning och utfärdande av etiska normer för offentlig och privat hälso- och sjukvårdstjänst, [...].*

³⁰⁷ Se ovan under 7.2.3.

Grundbehovet som 'egenvård' omhändertar faller inom livsområdet hälsa, och handlar om att "åtnjuta bästa möjliga hälsa" (kappan, Artikel 25). För att vara i linje med Artikel 25 ska alltså 'egenvård' vara kapabel att leda till "bästa möjliga hälsa". Artikel 25 (a) etablerar rätten till lika tillgång till allmän hälsovård i termer av "samma utbud, kvalitet och standard" (jämför Artikel 19 (c)). Artikel 25 (b) täcker vidare "sådan hälsoservice som personer med funktionsnedsättning behöver särskilt på grund av deras funktionsnedsättning". Behoven som åsyftas med 'egenvård' faller närmast under 25 (b), då det handlar om behov kopplade till funktionsnedsättningen.

Artikel 25 (d) anger riktningen för vilken slags vård som leder till "bästa möjliga hälsa". Vården ska baseras på "mänskliga rättigheter, värdighet [och] självständighet". Den svenska översättningen av 25 (d) är formulerad som att vård även ska ges endast med rättighetsbärandens "fria och informerade samtycke". Detta framstår som en snäv översättning av originaltexten, vilken kräver att vården respekterar "autonomi", vilket närmare motsvarar det bredare begreppet 'självbestämmande'. Artikel 25 (e) kräver att vård ska ges så nära rättighetsbärarnas "hemorter" som möjligt.

Som nämnts ovan kräver Artikel 19 uttryckligen stödformen personlig assistans, om detta är ett nödvändigt verktyg för ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Andra rättigheter i CRPD ger konturer till vad som ska uppnås med personlig assistans, då de mejslar ut olika aspekter av livet i samhällsgemenskapen. Målen med Artikel 25, vilket omfattar "bästa möjliga hälsa" (kappan) och mänskliga rättigheter, självständighet och självbestämmande (Artikel 25 (d)) är samstämmiga med syftet med Artikel 19: ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Båda artiklarna pekar även på värdet av att få sina behov uppfyllda som en del av den dagliga livsföringen i samhällsgemenskapen, på platser nära till hands.

En ytterligare dimension att ha i åtanke vid tolkningen av Artikel 25 är att ett centralt tema i förhandlingarna av CRPD var att 'avmedikalisera' liv med funktionsnedsättning. En aspekt av detta var att fokusera hinder utanför personen snarare än funktionsnedsättningen, och på så sätt flytta fokus från medicinska frågor till samhällsförändring. CRPD är utformad för att vända på den globala tendensen att fokusera och problematisera funktionsnedsättningen på bekostnad av de hinder och bristande stödformer som skapar funktionshinder. Detta framgår tydligt i hur personer med funktionsnedsättning och funktionshinder porträtteras i CRPD (se under 2.3.1. ovan). Det framgår även av att samtliga artiklar i CRPD utom 25 och 26 åsyftar förändring av omgivningen, inte funktionsnedsättningen. 'Inhägnaden' av hälsofrågor i en specifik artikel, vilken inte positionerades som en förutsättning för att åtnjuta andra rättigheter, bröt med tidigare internationell normgivning i relation till personer med funktionsnedsättning.³⁰⁸

En annan aspekt av att 'avmedikalisera' funktionshinder var att på olika sätt försäkra att individuella behov eller variationer i funktion (vilka tidigare accepterats som legitima anledningar till segregation) inte längre tilläts hindra inkludering i samhället. Istället ska hinder rivas och individuellt utformat stöd erbjudas, på ett sätt som möjliggör inkludering och deltagande i samhället på lika villkor. Detta är kärnan i hur personer med funktionsnedsättning och

³⁰⁸ Jämför till exempel FN: s Standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet, antagen 20 december 1993.

funktionshinder porträtteras i Artikel 1 och Preambel (e).³⁰⁹ Det framgår även av alla de livsområden som ingår i rättighetsskyddet i CRPD. Sammantaget talar detta för att personer med funktionsnedsättning med medicinska behov inte hänvisas till former av uppfyllande av dessa behov som fortsätter hindra ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen och åtnjutande av de livsmöjligheter som de olika rättigheterna i CRPD skyddar.

Förverkligandet av Artikel 19 (b) liksom Artikel 25 (b) förutsätter olika former av stöd påkallade av behov hänförliga till funktionsnedsättning och funktionshinder. Den service som krävs under 25 (b) kan *prima facie* ta andra former än personlig assistans. För att det ska föreligga en rätt till just stödformen personlig assistans för 'egenvård', krävs att personlig assistans behövs för att realisera målen med Artiklarna 19 och 25, inbegripet bästa möjliga hälsa, självständighet, självbestämmande och ett liv i samhällsgemenskapen. Som diskuterats ovan under 5.2., har personlig assistans en särställning bland individanpassade stöd i Artikel 19 (b). Denna särställning är baserad på dess kapacitet att skapa förutsättningar för ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Vad gäller målet "största möjliga hälsa" är personlig assistans förenlighet med detta avgjord redan innan frågan om rätten till personlig assistans avgörs. Detta då frågan om tillgång till personlig assistans bara blir aktuell då ett behov har ansetts lämpligt för 'egenvård' enligt hälso- och sjukvårdspersonal.³¹⁰

Ett ställningstagande att ett behov som ligger till grund för 'egenvård' är tillfredsställande uppfyllt utan att personlig assistans erbjuds måste alltså bygga på att personlig assistans inte är "nödvändigt för att stödja boende och deltagande i samhällsgemenskapen och för att förhindra isolering och avskildhet från samhällsgemenskapen" (Artikel 19 (b)) samt inte heller behövs för att uppfylla syften med Artikel 25 och CRPD i stort, inbegripet målet att 'avmedikalisera' funktionshinder. Relevansen av de fördelar med just stödformen personlig assistans som diskuterats ovan i relation till Artikel 19 framstår med stor tydlighet vad gäller hälsorelaterade behov. Sådana behov är nära den egna kroppen och därför i en privat sfär där kontroll och självbestämmande är centralt för alla människor, liksom (som diskuterats ovan) att här inte behöva relatera till ett stort antal olika människor. Som nämnts ovan så ringer även många varningsklockor utifrån CRPD: s större syfte om val av stödform för att uppfylla just hälsorelaterade behov tillåts begränsa deltagande i samhällsgemenskapen för CRPD: s personkrets. Tillsammans skapar faktorerna ovan en konkurrensfördel för just stödformen personlig assistans och en slags bevisbörla skapas för staten att fastställa att andra stödformer har potential att uppfylla kraven i Artiklarna 19 och 25 tillsammans.

³⁰⁹ Se ovan under 2.3.1.

³¹⁰ Se ovan under 7.3.1.

Artikel 26 Habilitering och rehabilitering**Artikel 26 Habilitering och rehabilitering**

1. Konventionsstaterna ska vidta effektiva och ändamålsenliga åtgärder, däribland genom kamrattstöd, för att göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att uppnå och vidmakthålla största möjliga oberoende, full fysisk, mental, social och yrkesmässig förmåga samt fullt inkluderande och deltagande i livets alla aspekter. I det syftet ska konventionsstaterna organisera, förstärka och utsträcka heltäckande habiliterings- och rehabiliteringsstöd och habiliterings- och rehabiliteringsprogram, särskilt på områdena hälsa, sysselsättning, utbildning och social service på så sätt att dessa tjänster och program

a) börjar så tidigt som möjligt och grundas på en tvärvetenskaplig bedömning av vars och ens behov och förmåga, samt

b) stöder deltagande och inkluderande i samhället och alla aspekter av det och är frivilliga och tillgängliga för personer med funktionsnedsättning så nära deras egna hemorter som möjligt, även på landsbygden.

2. Konventionsstaterna ska främja utveckling av grundutbildning och vidareutbildning för specialister och annan personal som är verksamma med habiliterings- och rehabiliteringsstöd.

3. Konventionsstaterna ska främja tillgång till, kännedom om och användning av hjälpmedel och teknik som är utformade för personer med funktionsnedsättning som främjar habilitering och rehabilitering.

Grundbehovet som 'egenvård' omhändertar faller inom livsområdet re(habilitering) såsom det skyddas i Artikel 26. Även Artikel 26 vittnar om förhandlingarnas drivkraft att hindra ett medicinskt fokus från att breda ut sig på bekostnad av andra livsområden. På så sätt separerades hälsa (Artikel 25) från (re)habilitering (Artikel 26). Detta gjordes för att undvika ett ensidigt fokus på medicinsk (re)habilitering på bekostnad av (re)habilitering inom exempelvis "sysselsättning, utbildning och social service" (Artikel 26 (1)).³¹¹

Målen för (re)habilitering uttrycks i Artikel 26 (1) som "största möjliga oberoende, full fysisk, mental, social och yrkesmässig förmåga samt fullt inkluderande och deltagande i livets alla aspekter". 26 (1b) ger viktiga ledtrådar till hur (re)habiliteringsinsatser ska organiseras och utföras. De ska "stö[d]a deltagande och inkludering i samhället och alla aspekter av det och [vara] frivilliga och tillgängliga för personer med funktionsnedsättning så nära deras egna hemorter som möjligt, även på landsbygden".

Tillsammans visar de explicita målen i Artikel 26 (1) och aspekterna av hur (re)habilitering ska ske (Artikel 26 (1b)) ett starkt fokus på oberoende; inkluderande och deltagande; den egna viljan; och en (re)habilitering så nära förankrad i samhällsgemenskapen som möjligt. Målen med Artiklarna 19 och 26 överlappar väl vad gäller självständighet, självbestämmande och deltagande i samhällsgemenskapen.

Frågan om det föreligger en rättighet till personlig assistans för 'egenvård' är beroende av vilka stödformer som är ändamålsenliga för att uppfylla målen i Artikel 26 läst tillsammans med Artikel 19. För att det ska föreligga en rätt till just personlig assistans för 'egenvård', krävs att detta behövs för att realisera målen med Artiklarna 19 och 26. Som nämnts tidigare har stödformen personlig assistans en särställning i Artikel 19 (b), baserad på dess potential för självständighet, självbestämmande och deltagande i samhällsgemenskapen.³¹² De resonemangen om relevansen av

³¹¹ Artiklarna 25 och 26 var i början av förhandlingarna av CRPD en artikel (Artikel 21 Rätt till hälsa och rehabilitering). Se CRPD: s förarbeten, till exempel Session 6, Volym 7, #5, 5 augusti 2005.

³¹² Se ovan under 5.2.

personlig assistans i relation till behov hänförliga till just 'egenvård' framförda ovan i relation till Artikel 25 gäller även i relation till Artikel 26. Detsamma gäller kraven på att medicinska behov (här (re)habilitering) inte ska hänvisas till stödformer som fortsätter att hindra ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Tillsammans skapar faktorerna ovan en konkurrensfördel för just stödformen personlig assistans och en slags bevisbörla skapas för staten att fastställa att andra stödformer har en reell potential att uppfylla kraven i Artiklarna 19, 25 och 26 tillsammans.

7.4. Begreppet 'tillsyn' utifrån CRPD

7.4.1. Inledning

Begreppet 'tillsyn' avser enligt Utredningens direktiv "övervakning som behövs på grund av psykisk eller fysisk funktionsnedsättning (inklusive ingripanden) och aktiverings- och motiveringsinsatser".³¹³ Utredningens uppdrag är att "ta ställning till och föreslå hur rätten till personlig assistans för behov av hjälp med tillsyn kan stärkas".³¹⁴ Målsättningen är alltså att öka möjligheten att erhålla personlig assistans för 'tillsyn' genom att åtgärda nuvarande hinder. Detta syfte framgår även av Utredningens titel: "Stärkt rätt till personlig assistans för stöd [...] vid tillsyn".³¹⁵

Bakgrunden till Utredningens uppdrag är att möjligheterna för rättighetsbärare att bedömas som berättigade till personlig assistans för 'tillsyn' enligt tillämplig lag har krympts genom rättsliga tolkningar och myndighetspraxis, speciellt för personer med fysiska funktionsnedsättningar.³¹⁶

7.4.2. Rättighetsfrågan

Analysen av CRPD nedan fokuserar i vilken utsträckning CRPD kring skär konventionsstaternas möjligheter att begränsa tillgången till personlig assistans enligt Artikel 19 med hänvisning till 'tillsyn', såsom begreppet förstås i svensk rätt. Från CRPD: s perspektiv ligger fokus alltså på vilken roll den juridiska konstruktionen 'tillsyn' har på åtnjutandet av rätten till personlig assistans enligt CRPD i konventionsstaten Sverige.

Frågan om 'tillsyn' aktualiserar alla de livsområden som CRPD: s rättigheter täcker. Detta då 'tillsyn' svarar på ett övergripande behov som, på ett generellt plan, torde omfatta de flesta livssituationer. Rättighetsfrågan är hur tillämpningen av begreppet 'tillsyn' kan tillåtas påverka erhållandet av personlig assistans som medel för att åtnjuta *alla mänskliga rättigheter* utan att det strider mot CRPD.

³¹³ Direktiv 2020:3, s. 11.

³¹⁴ *Ibid.*, s. 2.

³¹⁵ *Ibid.*, s. 1.

³¹⁶ Se HFD 2015 ref. 46; Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2017:4, Assistanstersättning: Inlöde, utlöde och konsekvenser av förändrad rättspraxis, 2017; och Försäkringskassan, Rapport: Resultatindikatorer för assistanstersättning, 2019 s. 19-22. Refereras härnäst till som Försäkringskassan resultatindikatorer, 2019.

Frågan om 'tillsyn' aktualiserar även specifikt rätten till personlig assistans för personer med *omfattande behov* av stöd i termer av tid. Detta då behov av 'tillsyn' kännetecknas av behov av en kontinuerlig insats som sträcker sig över tid.

En viktig utgångspunkt i rättighetsfrågan är *vem* som har rättigheterna. Huvudpersonen utifrån CRPD: s perspektiv är som nämnts ovan i relation till begreppen 'föräldraansvar' och 'egenvård' alltid personen med funktionsnedsättning. Andra personer impliceras här genom deras rätt till stöd för att främja den förras rättigheter (Preamble (x)).³¹⁷ Dock har andra personer även rätt till skydd för sina egna intressen under CRPD så länge dessa ligger i linje med den centrala rättighetsbärandens intressen. Detta huvudsakligen via Artikel 5 Jämlikhet och icke-diskriminering som skyddar andra mot 'associativ diskriminering': diskriminering som drabbar en person på grund av samhällsgemenskapens respons på en närståendes funktionsnedsättning.³¹⁸

7.4.3. Tolkning av artiklar med bäring på frågan om 'tillsyn'

Nedan presenteras en analys av Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen utifrån dess implikationer för rätten till personlig assistans som svarar mot behov av 'tillsyn'. Till skillnad från frågor om 'föräldraansvar' och 'egenvård' hänför sig inte de behov som fylls av 'tillsyn' till något specifikt livsområde. Istället varierar behov av 'tillsyn' från uppfyllnad av basala fysiska och psykiska behov centrala för hälsa och liv till ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen, samt omfattar allt däremellan.

Artikel 19 Rätt att leva självständigt och att delta i samhällsgemenskapen³¹⁹

"Tillsyn", i egenskap av individanpassade stödinsatser, faller under Artikel 19 (b). Att begränsa rätten till personlig assistans för 'tillsyn' är således *prima facie* i strid med CPPD i den mån stödformen personlig assistans är nödvändig för ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen för någon i den personkrets som täcks av CRPD.

Artikel 19 (b) ger staten ansvar att säkerställa att "personer med funktionsnedsättning har tillgång till olika former av samhällsservice både i hemmet och inom särskilt boende och till annan service, bl.a. sådan personlig assistans som är nödvändig för att stödja boende och deltagande i samhällsgemenskapen och för att förhindra isolering och avskildhet från samhällsgemenskapen".

Huvudfrågan här är vilka behov som omfattas av rätten till personlig assistans. Utgångspunkten är, som utvecklats ovan under 5.2., att syftet med Artikel 19 är att vara ett medel för ett

³¹⁷ CRPD Preamble (x) "[P]ersoner med funktionsnedsättning och deras familjemedlemmar bör få nödvändigt skydd och stöd för att göra det möjligt för deras familjer att bidra till ett fullt och rättvist åtnjutande av rättigheter för personer med funktionsnedsättning".

³¹⁸ CRPD Artikel 5 Jämlikhet och icke-diskriminering är inte begränsad till "personer med funktionsnedsättning". Se CRPD Allmän Kommentar 6, para. 20.

³¹⁹ Artikel 19 finns reproducerad i sin helhet ovan och inkluderas därför inte här.

självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Denna samhällsgemenskap omfattar alla de platser, aktiviteter, tjänster och livsmöjligheter som skyddas i CRPD: s artiklar, utanför liksom i hemmet. Som upprepat ovan måste rättigheten till personlig assistans i olika sammanhang fastställas inte bara mot bakgrund av Artikel 19, utan även mot bakgrund av de krav som ställs i de andra artiklarna i CRPD. Detta då dessa artiklar reglerar de specifika livsmöjligheter den personliga assistansen ska möjliggöra.

De livsmöjligheter som 'tillsyn' möjliggör omfattar behov som inte endast hänför sig till ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen utan även utgör förutsättningar för fysisk existens (äta, sova, andas). Det senare medför att Artikel 19 måste tolkas på ett sätt så att personlig assistans även möjliggör "bästa möjliga hälsa" (Artikel 25 Hälsa, kappan); "full fysisk, mental, social och yrkesmässig förmåga" (Artikel 26 (1) Habilitering och rehabilitering); "liv" (Artikel 10 Rätten till liv); och "en tillfredsställande levnadsstandard för [personen med funktionsnedsättning och hens] familj, däribland tillräckligt med mat, kläder och en lämplig bostad samt till ständigt förbättrade levnadsvillkor" (Artikel 28 Skälig levnadsstandard).

Mål och livsmöjligheter som dessa artiklar skyddar överlappar med målen för Artikel 19: Ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen.³²⁰ Centraliteten av dessa mål för alla rättigheter i CRPD understryks även av Artikel 3 Allmänna principer.³²¹ Sammantaget innebär detta att rättigheter till fysisk existens måste uppfyllas *utan att* rättigheterna under Artikel 19 åsidosätts eller inskränks.

Utgångspunkten i Artikel 19 (b) är att personer som täcks av CRPD: s personkrets (se ovan under 2.3.1.) har rätt till personlig assistans, om detta är nödvändigt för ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Ett tillvägagångssätt som kategoriskt sorterar ut vissa behov, såsom 'tillsyn', från den nationella rätten till personlig assistans är svårförenligt med Artikel 19. Detta då sådana behov svårligen kategoriskt kan sägas vara orelaterade varken till ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen eller till personlig assistans som ett nödvändigt medel dit.

Behov av 'tillsyn' ('övervakning som behövs på grund av psykisk eller fysisk funktionsnedsättning (inklusive ingripanden) och aktiverings- och motiveringsinsatser")³²² hänför sig både till behov som uppkommer i hemmet och ute i samhällsgemenskapen. Det framstår som konventionsstridigt att i nationella regler ställa krav på att en individ även har behov av hjälp inom andra områden än det hen söker hjälp för. Ett exempel på en sådan situation är när en rättighetsbärare, som en förutsättning för att få stöd för aktiviteter *utanför* hemmet, måste visa att hen även har behov av hjälp med fysiska, individnära aktiviteter *i* hemmet.

Personlig assistans tjänar vidare både till att svara mot behov hänförliga till funktionsnedsättningen *och* behov hänförliga till de hinder som samhällsgemenskapen ännu inte eliminerat. Även om inga behov kan ignoreras, framhåller förståelsen av funktionshinder i CRPD, liksom Artikel 19, vikten av deltagande i samhällsgemenskapen på lika villkor som andra.

³²⁰ Se ovan under 7.3.3. om Artiklarna 25 och 26.

³²¹ Se ovan under 2.3.2. och 4.2.

³²² Direktiv 2020:3, s. 11.

Medicinska, individcentrerade behov är viktiga, men inte viktigare än andra behov. Speciellt inte behov som hänför sig till deltagande. Att inte vara berättigad personlig assistans för ett aktivt liv utan att även individnära behov i hemmet föreligger är inte förenligt med Artikel 19, vars främsta syfte är att säkerställa möjlighet att delta i samhällsgemenskapen. CRPD-Kommittén poängterar här att "[k]onventionsstaterna ska ta med följande beståndsdelar i kriterierna: Bedömningen [för att få tillgång till personlig assistans] bör [...] utgå från en människorättsbaserad syn på funktionshinder; *fokusera på de behov personen har på grund av hinder i samballet, och inte på funktionsnedsättningen*".³²³

Rättigheterna i Artikel 19, inklusive de i 19 (b), är explicit tillämpliga på "alla" personer med funktionsnedsättning" (Artikel 19 (kappan)).³²⁴ Som utvecklats ovan under 2.3.1, gäller rättigheterna i CRPD uttryckligen för "bl.a. personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar" (Artikel 1). Föreställningen om att omfattande behov inte behöver mötas med personlig assistans strider mot det grundläggande ställningstagandet i CRPD att *alla* personer med funktionsnedsättning, *oavsett högt stödbehov*, äger rättigheterna i CRPD, inklusive Artikel 19. Preambel (j) är tydlig med att "[k]onventionsstaterna [...] erkänner behovet av att främja och skydda de mänskliga rättigheterna för alla personer med funktionsnedsättning, inklusive för *dem som behöver mer omfattande stöd*".³²⁵ Även CRPD-Kommittén är tydlig här:

När personer med funktionsnedsättning bedöms behöva en hög grad av personligt stöd betraktar konventionsstaterna ofta institutioner som den enda lösningen. Detta gäller särskilt när personliga stödtjänster anses vara "för dyra" eller när personen med funktionsnedsättning anses vara "oförmögen" att bo utanför en institutionsmiljö. [...] Detta sätt att resonera strider mot artikel 19, som ger *alla personer med funktionsnedsättning rätten till ett självständigt liv och att vara inkluderade i samhällsgemenskapen, oavsett nivå av intellektuell förmåga, funktionsförmåga, eller stödbehov*.³²⁶

Just behov av 'tillsyn' kännetecknas av att rättighetsbäraren behöver en kontinuerlig närvaro. Individnära behov uppkommer när de vill. Deltagande i samhällsgemenskapen kräver kontinuerlig närvaro för att tid och plats ska vara självbestämda. Om kontinuerligt stöd ersätts med punktsatser omöjliggörs val i stunden på bekostnad av självbestämmande och spontanitet. Behov av 'tillsyn' innebär därmed en jämförelsevis stor tidsåtgång, vilken genererar kostnader.³²⁷ Det måste understrykas att det, såsom utvecklats ovan, är konventionsstridigt att kategoriskt utesluta vissa behov eller delar av personkretsen baserat på kostnad. Detta speciellt då anledningen är att rättighetsbäraren är i den innersta ringen av CRPD: s personkrets: människor med jämförelsevis stora behov av stöd. CRPD-Kommittén påminner att "[m]änniskorättsmodellen av funktionshinder inte [tillåter] att personer med funktionsnedsättning exkluderas av någon anledning, *inklusive när det gäller vilken typ och mängd av stöd som krävs*".³²⁸

³²³ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 61. Författarens kursivering.

³²⁴ Författarens kursivering.

³²⁵ Den andra kursiveringen är författarens.

³²⁶ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 21. Författarens kursivering.

³²⁷ Direktiv 2020:3, s. 12 och Försäkringskassan resultatindikatorer, 2019, s. 19-20.

³²⁸ CRPD Allmän Kommentar 5, para. 60. Författarens kursivering.

Begreppet 'tillsyn' kan även ifrågasättas utifrån Artikel 8 Medvetandegörande om situationen för personer med funktionsnedsättning. Enligt Artikel 8 (2a) ska konventionsstater "främja erkännande av färdigheter, meriter och förmågor hos personer med funktionsnedsättning". Begreppet 'tillsyn' ger generella konnotationer av oberäknlighet eller otillräcklighet och någon som därför ska övervakas. Detta medan den gemensamma nämnaren i samlingsbegreppet 'tillsyn' snarare framstår som stöd av *kontinuerlig* karaktär. CRPD-Kommittén uttrycker Artikel 8: s höga relevans för Artikel 19 som att "artikel 19 ytterst handlar om att omvandla samhällsgemenskaper [till] öppna, möjliggörande och inkluderande samhällsgemenskaper".³²⁹ För att detta ska ske måste "[s]tereotyper, "ableism" och förutfattade meningar som hindrar personer med funktionsnedsättning från ett självständigt liv [...] undanröjas" till fördel för "en positiv bild av personer med funktionsnedsättning och deras bidrag till samhället".³³⁰ En del av detta är hur kategorier av behov, såsom 'tillsyn' benämns och förstås.

Personlig assistans kan som utvecklats ovan under 5.2. inte ersättas av andra former av stöd enligt 19 (b), om just personlig assistans är "nödvändigt för att stödja boende och deltagande i samhällsgemenskaper och för att förhindra isolering och avskildhet från samhällsgemenskaper". För att den begränsande effekten av begreppet 'tillsyn' på rätten till personlig assistans ska stå i strid med 19 (b) krävs alltså att just personlig assistans är nödvändig för att rättighetsbäraren ska leva ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskaper, på lika villkor som andra.

Medan individanpassat stöd under 19 (b) kan ha andra former än personlig assistans, har den senare en särställning som den enda stödform som nämns explicit i Artikel 19 (b). Anledningen till detta är dess potential för ett självständigt, självbestämt liv i samhällsgemenskaper. Många aspekter av denna potential har diskuterats ovan i relation till begreppen 'föräldraansvar' (7.2.3.) och 'egenvård' (7.3.3.). Denna potential har relevans även här, då behov av 'tillsyn' spänner över alla CRPD: s rättigheter. Detta då en grundläggande aspekt av 'tillsyn' är att behoven begreppet tillgodoser följer med personen i livets olika sammanhang.

Taget det stora spann av behov som 'tillsyn' svarar mot, framstår behoven samt de rättighetsbärare som har dessa behov som högst heterogena. Detta medför att det är svårt att dra alla behov av 'tillsyn' över en kam vad gäller vilken stödform de påkallar. Om något utmärkande ändå sticker ut på ett övergripande plan så är det att behov av 'tillsyn' framstår som att de är *kontinuerliga*. Därmed förefaller behov av 'tillsyn' som olämpliga för att inte säga omöjliga att uppfylla genom stöd i form av avgränsade punktinsatser. Slutligen verkar behov av tillsyn i jämförelsevis hög utsträckning kräva kunskap om rättighetsbärarens behov och preferenser som dessutom, i vissa fall, inte kan förmedlas av personen i fråga i stunden. Detta torde kräva en nära och varaktig relation.

Sammantaget skapar detta en bevisbörda för staten att visa att de begränsningar i den nationella rätten till personlig assistans som blir effekten av den juridiska konstruktionen 'tillsyn' inte får konsekvensen att rättighetsbäraren förnekas det individanpassade stöd som Artikel 19 (b) tillsammans med de andra rättigheterna i CRPD kräver. Detta stöd måste skapa reella

³²⁹ *Ibid.*, para. 77.

³³⁰ *Ibid.*, *Ibid.*

förutsättningar för ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen på samma gång som det uppfyller basala fysiska och psykiska behov centrala för hälsa och liv. Om stödet ges i en annan form än personlig assistans, ska staten visa att denna stödform är ändamålsenlig för att implementera CRPD på ett sätt som innebär att personlig assistans inte behövs.

7.5 Sveriges genomförandeansvar under CRPD i relation till begreppen 'förelädransvar', 'egenvård' och 'tillsyn'

Nedan följer en sammanfattande analys av hur Sveriges ansvar att förverkliga rättigheterna i CRPD påverkar utrymmet att tillämpa begreppen 'förelädransvar', 'egenvård' eller 'tillsyn' på ett sätt som begränsar tillgången till personlig assistans.

Skyldigheten att utan dröjsmål starta ett systematiskt arbete för att på sikt säkerställa rättigheter fullt ut

De begränsningar i den nationella rätten till personlig assistans som blir effekten av juridiska konstruktioner såsom 'förelädransvar', 'egenvård', och 'tillsyn' får inte innebära att en rättighetsbärare under CRPD 19 (b) inte längre har reella förutsättningar för ett självständigt och självbestämt liv i samhällsgemenskapen. Om stöd ges i en annan form än personlig assistans, ska staten visa att denna stödform är ändamålsenlig för att implementera Artikel 19 (b) på ett sätt som innebär att personlig assistans inte är nödvändigt.

Som diskuterats ovan kan åtagandet att uppfylla en rättighet under CRPD vara antingen att garantera rättigheten med omedelbar verkan eller att *avvända alla tillgängliga medel systematiskt och målinriktat för att stegvis förverkliga rättigheten i sin helhet* (Artikel 4 (2) Allmänna åtaganden).

Utgångspunkten för individanpassat stöd såsom personlig assistans i 19 (b) är som diskuterats ovan under 3.3.1. och 5.3.2. att det är en social rättighet och därmed måste vara föremål för en gradvis men systematisk och målinriktad utveckling framåt.

Endast i undantagsfall är en utveckling förenligt med konventionen om den innebär att färre rättighetsbärare under CRPD får tillgång till personlig assistans eller att rättighetsbärare åtnjuter personlig assistans till en lägre grad. En juridisk konstruktion såsom 'förelädransvar', 'egenvård' eller 'tillsyn' är därmed konventionsstridig om den bidrar till en succesiv försämring av tillgång till personlig assistans (retrogression). Detsamma gäller redan om ett begrepp *de facto* verkar emot den gradvis rörelse framåt som rimligtvis kan förväntas taget nationella resurser.

Om det finns brister i förverkligandet av rättigheten till personlig assistans kopplade till begreppen 'förelädransvar', 'egenvård' eller 'tillsyn' pekar detta mot att Sverige inte tagit de "effektiva och ändamålsenliga åtgärder" som CRPD kräver. För att åtgärda sådana brister ska ändamålsenliga åtgärder vidtas, i den takt som Sveriges resurser tillåter. Alla styrmedel, mekanismer och åtgärder som behövs för att den sammantagna insatsen ska vara effektiv och ändamålsenlig ska användas. Utgångspunkten kan inte här vara att välja *ett* styrmedel. Artikel 4

(1a) kräver explicit att ”*alla ändamålsenliga* [...] åtgärder” ska vidtas.³³¹ Många styrmedel (inklusive budgetering, förtydligande i lag, handfasta riktlinjer samt utbildning av tillämpare) kan krävas för att *den sammantagna insatsen* att åtgärda problemet ska anses som ”ändamålsenlig”.

Som en del av att vidta alla ändamålsenliga åtgärder ingår även ansvaret att säkerställa, så långt det går, att åtgärderna verkligen är *ändamålsenliga*. Detta härrör från åtagandet i Artikel 4, men även från Artikel 31 Insamling av statistik och information och Artikel 35 Konventionsstaternas rapporter. Åtgärder ska vara evidensbaserade och tydligt motiverade, särskilt om staten väljer bort styrmedel som de övergripande artiklarna i CRPD ställer upp som *prima facie* ändamålsenliga. Att välja bort en *prima facie* ändamålsenlig åtgärd måste således baseras på en rimlig prioritering av andra åtgärder som framstår som mer ändamålsenliga för att uppfylla rättigheten. En självklar åtgärd, som inte är förhandlingsbar, är att ”nära samråda med och aktivt involvera” organisationer av personer med funktionsnedsättning (Artikel 4 (3)). Detta både därför att det är en explicit skyldighet *och* därför att det är nödvändigt för att säkerställa att åtgärderna *de facto* är ändamålsenliga.

Rättigheten till personlig assistans under CRPD måste som beskrivits ovan bestämmas inte bara utifrån Artikel 19 utan även utifrån de rättigheter som den personliga assistansen ska bidra till att uppnå. Detta då personlig assistans är ett verktyg för ett självbestämt och självständigt liv *i samhällsgemenskapen*: platsen där livet utspelar sig och mänskliga rättigheter får mening. I ljuset av detta kompletterades ovan tolkningen av Artikel 19 med tolkningar av andra rättigheter som påverkas negativt av den svenska tillämpningen av begreppen ’föräldraansvar’, ’egenvård’ och ’tillsyn’.

Precis som Artikel 19 innehåller dessa rättigheter både aspekter som ger upphov till ett ansvar för omedelbart förverkligande och aspekter som endast kräver att arbetet för rättighetens fulla förverkligande sker gradvis, om än det måste påbörjas utan dröjsmål. I den senare kategorin ingår som huvudregel Artiklarna 25 Hälsa och 26 Habilitering och rehabilitering. Som diskuterats ovan faller de behov som personlig assistans för ’egenvård’ ska fylla under dessa rättigheter. Det ska påminnas här att även om ansvaret är progressivt, förtar detta inte dess styrka. Det faktum att ett behov hänför sig till Artiklarna 25 och 26 skapar ett extra ansvar att uppfylla behoven utan att det kontrollerar eller segregerar personer med funktionsnedsättning eller på andra sätt förhindrar åtnjutandet av mänskliga rättigheter inom de andra livsområden CRPD täcker. Som diskuterats ovan rör detta kärnan i CRPD: att inte åberopa hälsorelaterade behov som ett alibi för att hindra personer med funktionsnedsättning från ett självbestämt och självständigt liv i samhällsgemenskapen.³³²

Skyldigheten att omedelbart säkerställa rättigheter

Som diskuterat ovan under 5.3.2. har olika artiklar i CRPD ofta både aspekter som är föremål för ett omedelbart implementeringsansvar och aspekter som är föremål för ett gradvis fullföljt (men

³³¹ Författarens kursivering.

³³² Se ovan under 7.3.3.

utan dröjsmål påbörjat) implementeringsansvar. Detta gäller även Artikel 19. Som nämnts ovan förs ofta åtagandet att säkerställa rätten att välja boende under 19 (a) fram som en omedelbar skyldighet. Även vissa åtgärder för att förverkliga 19 (b) framstår som rimliga att kräva omedelbart, bland annat lagstiftningsåtgärder.

Även om åtaganden om personlig assistans i 19 (b) i huvudsak är successiva, så kan nekad personlig assistans få negativa effekter på *omedelbara förpliktelser*, såsom rätten att väja bostad i 19 (a). På den vägen kan ansvaret att tillhandahålla personlig assistans blir *omedelbart* – i den mån personlig assistans är nödvändig för förverkligandet av en omedelbar rättighet. Begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' eller 'tillsyn' kan då i sin tur vara konventionstidiga i den mån deras effekt är att förhindra berättigandet till personlig assistans.

Rättigheten till personlig assistans under CRPD måste som beskrivits ovan bestämmas inte bara utifrån Artikel 19 utan även utifrån *de rättigheter som den personliga assistansen ska bidra till att uppnå*. Eftersom begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' eller 'tillsyn' påverkar tillgången till personlig assistans, och rättigheten till personliga assistans i sin tur påverkar *bela livet*, skapar tillämpningen av dessa begrepp potentiellt förpliktelser under *samtliga av CRPD: s rättigheter*. Detta gäller även de förpliktelser som Sverige har skyldighet att förverkliga omedelbart, såsom Rätten till liv i Artikel 10. Detta betyder exempelvis att Sverige har en omedelbar förpliktelse att åtgärda tillämpningen av begreppet 'tillsyn', för det fall att begreppet hindrar tillgång till personlig assistans som är nödvändig för att säkerställa rätten till liv.

Ett annat exempel på omedelbart ansvar är när begreppet 'föräldraansvar' tillämpas på ett sätt som begränsar rätten till personlig assistans för barn, förutsatt att sådan assistans är nödvändig för att förhindra separation av barnet från sin familj. Att garantera barn med funktionsnedsättning rätt till familjeliv enligt Artikel 23 (4) Respekt för hem och familj är en omedelbar skyldighet. Vid en konventionsstridig separation av ett barn med funktionsnedsättning från föräldrarna mot deras vilja blir även den bristande personliga assistansen ett omedelbart konventionsbrott, taget att separationen är en konsekvens av bristande personlig assistans. Den juridiska konstruktionen 'föräldraansvar' är som följd omedelbart konventionsstridig i den mån den bidrar till den bristande personliga assistansen. I relation till 23 (3), då inget myndighetsingripande mot föräldrarnas vilja skett, är frågan om ansvarets natur mer öppen. Detta trots att föräldrarnas medgivande kan ha tvingats fram av just bristande personlig assistans föranledd av tillämpningen av begreppet 'föräldraansvar'. Konsekvenserna för barnet och familjen är dock liknande, vilket talar för att ansvaret även här är omedelbart. Ett annat exempel på omedelbart ansvar är när våld mot barn med funktionsnedsättning i familjen i strid med Artikel 16 Rätt att inte utsättas för utnyttjande, våld och övergrepp kan härledas till begreppet 'föräldraansvars' konsekvenser för nekande av personlig assistans.

Ytterligare ett exempel, denna gång i relation till begreppet 'egenvård', är Artiklarna 25 och 26. Även om dessa artiklar principiellt kategoriseras som sociala rättighet att implementeras gradvis finns undantag. Detta gäller exempelvis aspekter såsom samtycke (Artikel 25 (d)) och frivillighet (Artikel 26 (1b)). I den mån bristande personlig assistans påverkar dessa rättigheter, och nekande av personlig assistans gjorts med hänvisning till begreppet 'egenvård', är skyldigheten att åtgärda begreppets tillämpning omedelbar.

Slutligen så är vissa former av processuella tillkortakommande i tillämpningen av begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' eller 'tillsyn' omedelbart konventionsstridiga. Rätten till likhet inför lagen i Artikel 5 (1) Jämlikhet och icke-diskriminering (att lika fall behandlas lika) och undvikande av godtycke är en rättighet som är omedelbart tillämplig. I den mån begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' eller 'tillsyn' tillämpas på ett sätt som leder till att tillgången till personlig assistans varierar över landet uppkommer ett omedelbart ansvar att åtgärda detta. Denna processuella aspekt av rättigheten till personlig assistans är kopplad till en skyldighet att leverera resultat *nu*, och är alltså inte begränsad till en skyldighet att ta åtgärder i en viss takt.

Ansvar gentemot olika rättighetsbärare under CRPD

Det kan inte nog understrykas att rättigheterna i CRPD gäller *alla* personer med funktionsnedsättning. Angående personlig assistans framgår detta tydligt från både Artikel 19 och Artikel 1 Syfte. Dock har alla inte samma behov och behöver följaktligen inte samma insatser för att åtnjuta de rättigheter CRPD skyddar. Jämför artikel 19 (b) som kräver personlig assistans endast för de som *behöver* denna insats för att leva självbestämt och självständigt i samhällsgemenskapen, medan rätten att leva självständigt och självbestämt i samhällsgemenskapen gäller alla. På så sätt kräver ett nekande av en insats, antingen kategoriskt eller i det enskilda fallet, att insatsen *inte är nödvändig*.

En väsensskild sak är däremot när nekandet av personlig assistans föranleds av att någon har omfattande hjälpbehov och därmed genererar större kostnad. I dessa fall skapas snarare ett *ökat* ansvar att tillhandahålla personlig assistans. Detta ansvar kan inte kringgås genom tillämpning av juridiska konstruktioner som 'föräldraansvar', 'egenvård' eller 'tillsyn'. Exempelvis uppfylls detta ansvar inte i den mån begreppet 'tillsyn' kategoriskt används för att begränsa rätten till personlig assistans som svarar mot stora och kontinuerliga behov. Som diskuterat ovan under 7.4.3. i relation till band annat Artiklarna 1 och 19 samt Preamble (j) kräver lagstiftning om mänskliga rättigheter att staten inte ignorerar *de som står längst ifrån att få sina rättigheter under CRPD förverkligade*.

Huvudpersonen utifrån CRPD: s perspektiv är alltid personen med funktionsnedsättning. Det uppkommer även ett ansvar att erbjuda närstående stöd för att främja den förras rättigheter (Preamble (x)).³³³ I viss mån skapar detta i sig ett ansvar som omfattar exempelvis föräldrar och syskon. Detta då dessa personer inte är utbytbara från ett barn med funktionsnedsättnings perspektiv. De måste för barnets skull kunna fylla sina roller i dess liv. Dessutom skapar Artikel 5 ett ansvar att åtgärda 'associativ diskriminering': otillbörligt missgynnande som drabbar en person på grund av samhällsgemenskapens respons på en närståendes funktionsnedsättning.³³⁴ Därmed har konventionsstaterna även ett ansvar att förverkliga rättigheter för närstående, i alla fall så

³³³ CRPD Preamble (x) "Konventionsstaterna [...] är övertygade om att familjen är samhällets naturliga och grundläggande enhet och är berättigad till samhällets och statens skydd och att personer med funktionsnedsättning och deras familjemedlemmar bör få nödvändigt skydd och stöd för att göra det möjligt för deras familjer att bidra till ett fullt och rättvist åtnjutande av rättigheter för personer med funktionsnedsättning".

³³⁴ CRPD Artikel 5 Jämlikhet och icke-diskriminering är inte begränsad till "personer med funktionsnedsättning". Se CRPD Allmän Kommentar 6, para. 20.

länge detta ligger i linje med personen med funktionsnedsättnings intressen. Här har Utredningens direktiv en smalare ambition är CRPD. Direktivet efterlyser att föräldrar till barn med funktionsnedsättning ska kunna ”förena familjeliv med arbete”.³³⁵ Konventionen däremot kräver att närstående, precis som barnet med funktionsnedsättning, ska ha ett fullt liv med möjligheter till exempelvis politiskt och kulturellt deltagande, inte bara förvärvsarbete. Samtliga av de begrepp Utredningen fokuserar är relevanta för närstående till personer med funktionsnedsättning, då nekad personlig assistans ofta dramatiskt påverkar närståendes liv.

På så sätt omfattas ansvar gentemot föräldrar och syskon av det statsansvar som uppkommer då exempelvis begreppet ’föräldraansvar’ tillämpas på ett sätt som begränsar tillgången till personlig assistans för ett barn med funktionsnedsättning. Även om kopplingen till närstående är tydligare vad gäller ’föräldraansvar’ än vad gäller ’egenvård’ och ’tillsyn’ påverkas närstående på samma sätt när stöd uteblir, oavsett vilket begrepp som påverkat bedömningen.

I ljuset av Utredningens fokus på barn med funktionsnedsättning ska här även påminnas om Artikel 7 Barn med funktionsnedsättnings bäring på frågan om statsansvar. För det första så skapas processuella skyldigheter att göra en analys av *barnets bästa* (Artikel 7 (2)) och att barn med funktionsnedsättnings röster (kollektivt och individuellt) ska *böras* och ges vikt (Artiklarna 7 (3) och 4 (3)). I alla sammanhang där tillämpningen av begreppen ’föräldraansvar’, ’egenvård’ eller ’tillsyn’ riskerar att minska barnets rätt till personlig assistans ska barnets bästa sättas ”i främsta rummet” (Artikel 7 (2)). Analysen av barnets bästa överlappar i hög grad med analysen om ansvaret att tillgodose barnets rättigheter *på lika villkor som andra barn*. Detta innebär en skyldighet att analysen måste vara fria från traditionella föreställningar som bygger på föreställningar om barn med funktionsnedsättning som ’annorlunda’ i bemärkelsen att det exempelvis är mer rimligt att barn med funktionsnedsättning inte lever med sin familj än vad det är för andra barn. En analys av barnets bästa måste även ta höjd för att om ett barn med funktionsnedsättning hamnar på en plats som inte är en familj, framstår risken att barnet fastnar i institutionalisering avsevärt högre än för ett barn utan funktionsnedsättning.³³⁶ Sammanfattningsvis innebär det ansvar Artikel 7 skapar höga materiella och processuella krav när begreppen ’föräldraansvar’, ’egenvård’ eller ’tillsyn’ tillämpas på ett sätt som begränsar barns rätt till personlig assistans. Om begreppens tillämpning påverkar centrala aspekter av barns liv, såsom rätten att bo med sin familj, bör detta väga tungt i den analysen av barnets bästa som Artikel 7 kräver. I den mån konsekvenserna av begreppen ’föräldraansvar’, ’egenvård’ eller ’tillsyn’ inte kan anses vara i linje med barnets bästa, framstår möjligheterna att vara i konformitet med CRPD som små.

Ansvaret att beakta barnets bästa aktualiseras både på policynivå och på den individuella nivån. På båda nivåer innefattar detta att analysen grundar sig föreställningar som är förenliga med CRPD. Detta omfattar vilket slags liv barn med funktionsnedsättning och deras familjer ska kunna förvänta sig i samhällsgemenskapen. Detta gäller inte bara begreppens effekt utan även den ideologiska bakgrunden de vilar på. Från den utgångspunkten föreligger även ett ansvar att begrepp såsom ’föräldraansvar’ utgår från och är förankrade i verkligheten såsom den faktiskt ser ut för barn med funktionsnedsättning och deras familjer.

³³⁵ Direktiv 2020:3, s. 16.

³³⁶ Aspekt uppmärksammas av Theresia Degener under samtal juni 2020.

Konsekvenser av att lagstiftning om mänskliga rättigheter sätter individen i centrum

Slutligen ska påminnas om att det är den totala effekten av samspelet mellan de juridiska konstruktionerna 'föräldraansvar', 'egenvård' eller 'tillsyn' med andra begrepp och rättsregler i ett större sammanhang som avgör om begreppet är förenligt med CRPD. Det räcker att begreppen är *en bidragande orsak till en rättighetskränkning* för att de ska vara konventionsstridiga. På samma sätt är det *den sammanlagda effekten* av hur begreppen tillämpas av olika aktörer inom rättskipning och annan myndighetsutövning som är avgörande. Det går alltså inte att hänvisa till andra delar av ett problem, eller andra bidragande orsaker eller aktörer, för att undgå ansvar. Detta är konsekvensen av att lagstiftning om mänskliga rättigheter har individen i centrum och till syvende och sist utvärderar styrning och förvaltning utifrån dess sammanlagda konsekvenser *för individen*.

Om 'slutdestinationen' för begreppens resa är individens bristande åtnjutande av rätten till personlig assistans, är det statens skyldighet att åtgärda detta. Detta innebär en skyldighet att identifiera samtliga instanser, aktörer, rättsregler och begrepp som bidrar till detta och att ta ändamålsenliga åtgärder för verklig förändring. Att åtgärda tillämpningen av begreppen 'föräldraansvar', 'egenvård' eller 'tillsyn' blir en *nödvändig, om än otillräcklig*, del av detta arbete. Här ska påminnas om att denna skyldighet är densamma oavsett om konventionsbrott sker i *statlig, regional eller kommunal regi* eller som en konsekvens av bristande samverkan dem emellan.

Källförteckning

Internationella Källor

Internationella Konventioner och Deklarationer

Wienkonventionen om traktaträtten, antagen 23 maj 1969

FN: s Konvention om medborgerliga och politiska rättigheter, antagen 16 december 1966

FN: s Konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, antagen 16 december 1966

FN: s Konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor, antagen 18 december 1979

FN: s Konvention om barnets rättigheter, antagen 20 november 1989

FN: s Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, antagen 13 december 2006

FN: s Standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet, antagen 20 december 1993

Kommunikationer

CRPD-Kommittén, HM. mot Sverige, 21 maj 2012

Allmänna Kommentarer

FN: s Kommitté för rättigheter för personer med funktionsnedsättning

CRPD Allmän Kommentar 1 om likhet inför lagen (2014)

CRPD Allmän Kommentar 2 om tillgänglighet (2014)

CRPD Allmän Kommentar 5 om ett självständigt liv och att vara inkluderad i samhällsgemenskapen (2017)

CRPD Allmän Kommentar 6 om jämlikhet och icke-diskriminering (2018)

CRPD Allmän Kommentar 7 om deltagande av personer med funktionsnedsättning i förverkligandet och övervakningen av konventionen (2018)

Kommentarerna är översatta till svenska av Myndigheten för delaktighet (MFD) och tillgängliga på <https://www.mfd.se/vart-uppdrag/publikationer/fns-konvention-och-allmanna-kommentar/>

FN: s Kommitté för mänskliga rättigheter

Allmän Kommentar 31 om naturen av statsansvar för konventionsstater (2004)

FN: s Kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter

Allmän Kommentar 3 om naturen av konventionsstaternas ansvar (1990)

FN: s Kommitté för barnets rättigheter

Allmän Kommentar 7 om genomförandet av barnets rättigheter under tidig barndom (2005)

Allmän Kommentar 9 om rättigheter för barn med funktionsnedsättningar (2006)

Allmän Kommentar 14 om barnets rätt att i första hand få beaktat vad som bedöms vara barnets bästa (2013)

Allmän Kommentar 19 om offentlig budgetering för förverkligandet av barns rättigheter (2016)

Kommentarerna översatta till svenska av Barnombudsmannen (BO) och är tillgängliga på <https://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/barnkonventionen/allmannakommentarer/>

Förarbeten FN: s Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

Arbetsgruppen: Arbetsgruppens rapport, 2004

Session 3: Rapport Session 3, 2004

Session 4: Volym 5, #1, 23 augusti 2004; Volym 5, #3, 25 augusti 2004; Volym 5, #5, 27 augusti 2004; Volym 5, #6, 30 augusti 2004 och Volym 5, #7, 31 augusti 2004

Session 5: Volym 6, #9, 3 februari 2005

Session 6: Volym 7, #1, 1 augusti 2005 och Volym 7, #5, 5 augusti 2005

Session 7: Förslag från CRPD-Kommitténs ordförande om en definition av "funktionshinder"; Volym 8, #3, 18 januari 2006; Volym 8, #4, 19 januari 2006; Volym 8, #5, 20 januari 2006; Volym 8, #11, 30 januari 2006 och Volym 8, #12, 31 januari 2006

Sammanfattande slutsatser FN: s Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

CRPD-Kommittén, Sammanfattande slutsatser efter granskning av Sveriges första rapport, 12 maj 2014

Övrigt

Skrivelse från ICESCR-Kommitténs ordförande till ICESCR: s medlemsstater, daterad 16 maj 2012

Rapport av CRPD-Kommitténs om prövning av Storbritannien och Nordirland under Artikel 6 av Fakultativt protokoll till Konventionen, 7 oktober 2016

Svenska Källor

Lagar, förordningar och föreskrifter

Föräldrabalken (1949:381)

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Socialförsäkringsbalken (2010:110)

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård

Rättsfall

HFD 2012 ref. 41

HFD 2015 ref. 46

Offentligt tryck

Sveriges internationella överenskommelser Nr 26 Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och fakultativt protokoll till konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, SÖ 2008:26

Kommittédirektiv, Direktiv 2020:3 Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn

Rapporter Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning, 2017
Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet: En analys av hur kommuner och brukare påverkas, 2017

Rapporter Försäkringskassan

Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2017:4 Assistansersättning: Inflöde, utflöde och konsekvenser av förändrad rättspraxis, 2017

Försäkringskassan, Rapport: Resultatindikatorer för assistansersättning, 2019

Rapporter Inspektionen för socialförsäkringen

Inspektionen för socialförsäkringen, Rapport 2014:6 Vad är normalt? Föräldraansvaret i assistansersättningen, 2014

DoktrinBöcker

Arnardóttir, Oddný Mjöll och Quinn, Gerard (red.), The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: European and Scandinavian Perspectives, Brill, Leiden, 2009

Bantekas, Ilias; Stein, Michael Ashley och Anastasiou, Dimitris (red.), The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary, Oxford University Press, Oxford, 2018

Bruce, Anna, 'Which Entitlements and for Whom?: The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Its Ideological Antecedents', Lund University, Lund, 2014

Degener, Theresia och Koster-Dreese, Yolán (red.), Human Rights and Disabled Persons-Essays and Relevant Human Rights Instruments, Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht, 1995

Della Fina, Valentina; Cera, Rachele och Palmisano, Giuseppe (red.), The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary, Springer International Publishing, Cham, 2017

Freeman, Michael (red.) Law and Childhood Studies: Current Legal Issues, Oxford University Press, Oxford, 2012

Quinn, Gerard och Degener, Theresia med Bruce, Anna et al., Human Rights and Disability: The Current Use and Future Potential of United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability, United Nations Publications, New York, 2002

Artiklar/papper

Brennan, Ciara; Rice, James; Traustadóttir, Rannveig; och Anderberg, Peter, Are Cutbacks to Personal Assistance Violating Sweden's Obligations under the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities?, 5 *Laws* 23, 2016

Brennan, Ciara; Rice, James; Traustadóttir, Rannveig; och Anderberg, Peter, How can States Ensure Access to Personal Assistance when Service Delivery is Decentralized? A Multi-level Analysis of Iceland, Norway and Sweden, 19 *Scandinavian Journal of Disability Research* 4, 2017

Clements, Luke och Parker, Camilla, The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A New Right to Independent Living?, 13 *European Human Rights Law Review* 4, 2008

Dhanda, Amita, Legal Capacity in the Disability Rights Convention: Stranglehold of the Past or Lodestar for the Future?, 34 *Syracuse Journal of International Law and Commerce* 429, 2007.

Fredman, Sandra, Substantive Equality Revisited, 14 *International Journal of Constitutional Law* 3, 2016

Fredman, Sandra; Campbell, Meghan; Atrey, Shreya; Brickhill, Jason; Ramalekana, Nomfundo; och Samtani, Sanya, Achieving Transformative Equality for Persons with Disabilities, papper till CRPD-Kommittén i arbetet med Allmän Kommentar 6, 2016, tillgänglig via

<http://ohrh.law.ox.ac.uk/wordpress/wp-content/uploads/2017/12/CPRD-Submission.pdf>

Kayess, Rosemary och French, Phillip, Out of Darkness into Light? Introducing the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 8 *Human Rights Law Review* 1, 2008

Lewis, Oliver och Richardson, Geneva, The Right to Live Independently and be Included in the Community, 69 *International Journal of law and psychiatry*, 2020

Mégret, Frédéric, The Disabilities Convention: Human Rights of Persons with Disabilities or Disability Rights?, 30 *Human Rights Quarterly* 2, 2008

Mégret, Frédéric, The Disabilities Convention: Towards a Holistic Concept of Rights, 12 *The International Journal of Human Rights* 2, 2008

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

Stöd eller vård? Om gränsdragningar mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård

Stöd eller vård? Om gränsdragningar mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård	1
Inledning.....	1
Hälso- och sjukvård, omvårdnad, omsorg eller stöd.....	1
Gränsdragningen mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård.....	2
Rapportens innehåll, avgränsning och utgångspunkter.....	3
Personlig assistans –politisk målsättning och ideologi	4
Stöd vid måltider som grundläggande behov, egenvård eller hälso- och sjukvård.....	6
Stöd vid måltider som personlig assistans eller hälso- och sjukvård.....	8
Stöd vid måltider som en åtgärd eller sidoaktivitet	10
Slutdiskussion.....	12
Källförteckning.....	16

Inledning

Inom ramen för utredningen ”Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn” (dir. 2020:3) har frågan om vad som skiljer hälso- och sjukvård från omsorg aktualiserats. Syftet med denna rapport är att söka svar på om och i så fall hur det går att särskilja olika åtgärder inom personlig assistans och precisera vad som är hälso- och sjukvård respektive omsorg.

Hälso- och sjukvård, omvårdnad, omsorg eller stöd

Hälso- och sjukvård och omsorg är två begrepp som kommit att utvecklas, definieras och avgränsas i förhållande till varandra. Vart och ett av begreppen syftar på verksamheter med olika målgrupper, syfte, reglering, organisering, professionella yrkesgrupper och ideologi. Vad det är som skiljer hälso- och sjukvård från omsorg är heller ingen ny fråga. Inom institutionsvården har det sedan lång tid tillbaka funnits en uppdelning mellan så kallade ’husmorsuppgifter’ och ’vårdande uppgifter’. Denna uppdelning har bidragit till en avgränsning mellan sociala och medicinska uppgifter och framväxten av begreppen social omsorg och omvårdnad som benämner både två olika praktiker och kunskapsområden. Inom akademien har social omsorg integrerats med socialt arbete, vilket är namnet på det ämne som utgör grunden för socionomutbildningen. Omvårdnad i sin tur är det ämne som utgör grunden för sjuksköterskeprogrammet (Johansson 2002).

Hälso- och sjukvård och omsorg väcker således olika associationer och föreställningar om vad hjälpen ska innehålla, vad den ska syfta till, hur den ska utföras och vem som ska utföra den. Som uppmärksammas av den tidigare forskningen genomsyras begreppen av ett flertal diskurser. Omsorg förknippas med verksamheter för äldre och har historiskt även använts för

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

att benämna verksamheter för personer med funktionsnedsättning¹. Vård i sin tur förknippas med omhändertagande och behandling av sjuka på sjukhus. Därtill används olika begrepp för att benämna dem som erhåller vård respektive omsorg. Inom äldreomsorgen används ofta begreppet brukare eller vårdtagare medan patient är vanligt inom hälso- och sjukvården. Vidare används begreppet kund inom den privata sektorn (Qvarsell 1991, Erlandsson 2014).

Då personlig assistans till stora delar är en privat verksamhet i Sverige används kundbegreppet även inom personlig assistans. Dock benämns inte den personliga assistansen som vare sig omsorg eller vård. Personlig assistans definieras som ett ”personligt utformat stöd” i den lagstiftning som reglerar stödet (§9a LSS). Detta kan förstås utifrån att personlig assistans har utvecklats som en kritik mot både omsorgen och vården som enligt kritikerna är professionsstyrd. För att markera den enskildes aktiva roll i att organisera och styra över stödet används därför begreppet stöd (Erlandsson 2014). Värt att nämna i sammanhanget är att LSS står för ”Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade”. Service, är liksom stöd, ett begrepp som markerar den enskildes aktiva roll och inflytande (Qvarsell 1991). Då omsorgsbegreppet generellt inte används inom personlig assistans kommer fortsättningsvis begreppet stöd att användas för att beteckna den hjälp som ges inom personlig assistans. Inom LSS och i viss mån även inom personlig assistans, används även omvårdnad för att beteckna delar av stödet. För att kunna särskilja personlig assistans och hälso- och sjukvård i rapporten kommer dock omsorg endast användas för att beteckna sjuksköterskors praktik och kunskapsfält som utgör en del av hälso- och sjukvården.²

Gränsdragningen mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård

När det gäller avgränsningen mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård framkommer det i såväl förarbeten som lagstiftning att personlig assistans inte kan beviljas för att tillgodose behov av hälso- och sjukvård (Arvidsson 2019, Bäckman 2018). Motiveringen till detta är att hälso- och sjukvården är andra huvudmäns ansvar, regleras av annan lagstiftning och ska utföras av personal med särskild utbildning och kompetens (Prop 1995/96:146 s.15). Trots, eller kanske tack vare, denna tydliga avgränsning så har särskiljandet mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård kommit att diskuteras intensivt under senare tid. Förändrad rättspraxis och därefter förändrad lagstiftning har inneburit att stöd som tidigare erhållits inom personlig assistans har kommit att definieras som hälso- och sjukvård, vilket medfört att människor mist eller fått minskad personlig assistans. Det som särskilt hamnat i fokus för gränsdragningen mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård är definitionerna av grundläggande behov enligt LSS och egenvård. Ett par domslut från Högsta

¹ Såsom exempelvis handikappomsorg och särskilda insatser enligt Omsorgslagen, se begreppet omsorg i Nationalencyklopedin.

² Se exempelvis Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS och SOU 2018:88.

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

förvaltningsdomstolen har medfört att definitionerna av de grundläggande behoven ändrats och att nya gränser dragits upp mellan grundläggande behov och egenvård (se exempelvis HFD 2012 ref 41, HFD 2015 ref 46, HDF 2018 ref 21). Domsluten har föranlett flera utredningar och granskningar avseende egenvård och personlig assistans (ISF 2016, Socialstyrelsen 2017). Vidare har lagstiftningen ändrats och från och med 1 juli 2020 finns egenvård vid sondmatning och andning inskrivna i det stöd för grundläggande behov som utreds och bedöms när rätten till personlig assistans prövas (Proposition 2019/20:92).

Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd, som den enskilde bedömts kunna utföra själv eller med hjälp av en annan person såsom exempelvis en anhörig eller personlig assistent (Socialstyrelsen 2013). Vad som är att betrakta som egenvård varierar och avgörs av individens fysiska och psykiska hälsa, livssituation och förmåga att själv eller med hjälp av någon annan ta ansvar för egenvården (Socialstyrelsen 2013). Bedömningen görs av hälso- och sjukvården och endast hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan utföras som egenvård räknas med i utredning och bedömning av rätten till personlig assistans. Om hälso- och sjukvården bedömer att det krävs medicinsk utbildning för att utföra åtgärden exkluderas åtgärden från utredning och bedömning av rätten till personlig assistans då det faller inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde (Arvidsson 2019, Bäckman 2018, Försäkringskassan 2020). Detsamma gäller om det finns risk för att patienten skadas om åtgärden utförs som egenvård (Socialstyrelsen 2013).

Under de senaste decennierna har delar av hälso- och sjukvården omlokaliseras till människors privata hem. Den medicintekniska utvecklingen har medfört att vård som tidigare endast funnits att tillgå inom slutenvården och som utförts av legitimerad personal idag utförs som egenvård i den enskildes hem (Bjuresäter 2010, Fex 2010). Detta innebär att gränserna mellan hälso- och sjukvård och personlig assistans inte är lika tydliga idag eftersom båda formerna av insatser kan utföras i den enskildes hemmiljö. Tidigare var hälso- och sjukvård liktydigt med institutionsboende eller besök på vårdinrättning och personlig assistans liktydigt med eget boende ute i samhället (Berg 2005). Egenvård innebär, liksom personlig assistans, att den enskilde vidare tillskrivs en aktiv roll och ett ansvar. Fex (2010 s.8) benämner egenvård för ”a reborn phenomenon”, alltså ett återfött fenomen. Historiskt sett har egenvård varit det enda alternativet, men i och med framväxten av hälso- och sjukvård och professionellt utförd omvårdnad och behandling sjönk tilltron till människors förmåga att ta ansvar för sin egen hälsa och vård. Idag tillmäts egenvård dock återigen betydelse och människor förväntas ta eget ansvar och vara delaktiga i vården (Fex 2010).

Rapportens innehåll, avgränsning och utgångspunkter

I LSS anges fem grundläggande behov ”andning, sin personliga hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade” (§ 9a). Gränsdragningen mellan personlig assistans och egenvård skulle kunna belysas och diskuteras med utgångspunkt i flera av dessa grundläggande behov.

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

Föreliggande rapport kommer emellertid att avgränsas till måltider då en fördjupad analys av hur detta grundläggande behov definieras bedöms vara tillräckligt för att tydliggöra att gränserna mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård är socialt konstruerade, det vill säga socialt uppbyggda och skapade. Något *är* med andra ord inte personlig assistans eller hälso- och sjukvård utan *blir* det genom en definitionsprocess. En gräns som dras baserat på typen av åtgärd eller moment synliggör inte faktiska skillnader utan endast hur olika åtgärder och moment har kategoriserats och definierats på ett visst sätt och således tolkas och förstås som antingen personlig assistans eller hälso- och sjukvård. När det gäller stöd vid måltider har gränsdragningarna och definitionerna ändrats över tid vilket synliggör den ständigt pågående sociala konstruktionsprocess som förskjuter gränserna mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård. Detta beskrivs mer utförligt i avsnittet ”Stöd vid måltider som grundläggande behov, egenvård eller hälso- och sjukvård”.

Skillnaderna till trots så finns det likheter mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård när det gäller människosyn och förhållningssätt. Detta uppmärksammas i rapportens avsnitt ”Stöd vid måltider som personlig assistans eller hälso- och sjukvård” där de ideologiska utgångspunkterna för omvårdnad och personlig assistans diskuteras med utgångspunkt i den avgränsning som görs av grundläggande behov vid måltider och som innebär att den enskilde reduceras till en kropp som behöver tillföras näring.

Det är inte primärt behovet av stöd vid måltider (eller stöd för att tillgodose andra grundläggande behov) som särskiljer personlig assistans. Grundläggande behov tillgodoses inom såväl hälso- och sjukvård, hemtjänst, boende för äldre och personer med funktionsnedsättning. Det som skiljer personlig assistans är det sätt varpå stödet styrs och organiseras. Frågan som rapporten syftar till att besvara är, som inledningsvis beskrevs, att belysa skillnader mellan olika åtgärder inom personlig assistans. Det som emellertid särskiljer stöd inom personlig assistans är att det inte ska styras och organiseras som en åtgärd. Åtgärd betyder ”målriktad handling” enligt svenska akademins ordlista och ”handling som är inriktad på ett visst resultat” enligt svensk ordbok. Detta må vara ett adekvat begrepp för att benämna tidsbegränsade och uppgiftsinriktade insatser från hemtjänst eller inom hälso- och sjukvård, men åtgärd är inte ett adekvat begrepp för att benämna ett stöd som ska styras och organiseras av den enskilde, ges kontinuerligt och vara personligt utformat. För att kunna fördjupa denna diskussion i rapportens senare del följer här en bakgrundsbeskrivning av den politiska målsättningen och de ideologiska utgångspunkterna för personlig assistans.

Personlig assistans –politisk målsättning och ideologi

I förarbeten till LSS framkommer att den politiska målsättningen med personlig assistans är att skapa villkor för personer med omfattande och långvariga funktionsnedsättningar som är likvärdiga dem som råder för andra människor i motsvarande åldrar (Proposition 1992/93:159). Som uppmärksammas av Egard (2011) tar den politiska målsättningen sin utgångspunkt i att människor med omfattande funktionsnedsättningar anses ha begränsade möjligheter att utöva självbestämmande och ha inflytande över sitt liv och även den hjälp de

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

behöver i vardagen. För att förändra detta anses det politiskt motiverat med kraftfulla åtgärder som gör det möjligt för dem som har omfattande och dagligt behov av stödinsatser att få ett reellt inflytande över det stöd de behöver och därmed också över sin livssituation (Proposition 1992/93:159). Den som beviljas personlig assistans kan välja att vara egen arbetsgivare eller överlåta själva arbetsgivaransvaret för de personliga assistenterna till kommunen eller annan assistansanordnare (Proposition 1992/93:159). Även om den enskilde väljer att avsäga sig arbetsgivaransvaret arbetsleds de personliga assistenterna av brukaren eller dennes företrädare (förmyndare, god man eller förälder) och den enskilde har rätt till inflytande över insatsernas utformning och rekrytering av personal (Proposition 1992/93:159).

Tillgång till personlig assistans betraktas som en mänsklig rättighet som syftar till att göra det möjligt att uppnå andra mänskliga rättigheter för personer med omfattande funktionsnedsättningar (Larsson 2008, Brennan et al. 2016). Att tillskriva personlig assistans betydelse för att människor med omfattande funktionsnedsättning ska få fullvärdiga mänskliga rättigheter bygger på en social förståelse av funktionshinder. I FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning definieras funktionshinder som ”begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen” (Ds 2008:23 s. 19). Denna relationella eller miljörelativa definition av funktionshinder innebär att funktionshinder blir en politisk fråga och ett socialt problem då blicken riktas mot att undanröja hinder i den omgivande fysiska eller sociala miljön (Danermark 2005). En sådan miljörelativ definition av funktionshinder gjordes för första gången 1976 i Sveriges första handikapputredning. Den miljörelativa definition av funktionshinder markerade ett skifte från den medicinska eller individuella förståelsen av funktionshinder som orsakat av individens skada eller sjukdom. Skiftet innebar att funktionshinder inte längre endast var en fråga om behandling och rehabilitering inom sjukvården utan även en socialpolitisk fråga och ett socialt problem som bör och kan åtgärdas genom socialpolitiska reformer (Egard 2011).

Erlandsson (2014) finner att dagens funktionshinderpolitik och insatser till personer med funktionsnedsättning genomsyras av en diskurs om att förändra livsvillkoren för personer med funktionsnedsättning. Detta innebär att syftet med arbetet med att ge stöd till personer med funktionsnedsättning numera liknar de former av omsorgsarbete som Waerness (1980) kallar för utvecklings- och förändringsinriktat och som utförs av högskoleutbildade sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, socionomer och förskollärare

Trots att personlig assistans också genomsyras av en diskurs om att förändra kräver arbetet som personlig assistent inte någon formell eller teoretisk utbildning. Däremot ska den som arbetar som personlig assistent ha grundläggande kunskaper om vad det politiska syftet är med arbetet. I socialstyrelsens allmänna råd (2014:2) formuleras detta som att en personlig assistent som utses av den enskilde ska ha grundläggande kunskaper om mänskliga rättigheter, målsättningen med LSS och den enskildes rätt till självbestämmande. Därtill ska de personliga assistenterna få den fortbildning och handledning som krävs för att den

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

personliga assistansen ska utföras utifrån den enskilde assistansanvändarens behov och önskemål (Socialstyrelsens allmänna råd 2014:2).

För att förstå dessa formuleringar är det viktigt att känna till att personlig assistans växt fram som en reaktion mot vård och omsorg. När de första formerna av personlig assistans tog form i USA på 1960-talet var det framförallt sjukvården som Independent Living-rörelsen kritiserade och tog spjörn emot. När rörelsen sedan nådde Sverige under 1980-talet kom kritiken att riktas mot omsorgen och socialtjänsten (Gough 1997, Berg 2008). Det centrala i rörelsens kritik mot vård och omsorg är att stöd från professionella yrkesgrupper inom vård och omsorg gör att människor med funktionsnedsättning berövas makten över sina liv och sin vardag och betraktas som sjuka, svaga och beroende. För att markera att assistansanvändarens aktiva roll används begrepp som service eller stöd för att benämna det arbete som de personliga assistenterna utför, eftersom vård och omsorg förknippas med ”okunniga” vårdtagare eller patienter som behöver tas om hand, vårdas och behandlas av professionella yrkesgrupper (Erlandsson 2014).

Rörelsen menar att stöd till människor med omfattande funktionsnedsättningar måste vara personligt utformat och styras av den enskilde som behöver stödet i sin vardag. Personlig assistans som är utformad på detta sätt möjliggör det rörelsen kallar för ”independent living”, det vill säga ett oberoende i betydelsen kontroll över och valfrihet i sitt liv och sin vardag (Brisenden 1986, DeJong 1979a, Morris 2004). Ledorden för Independent Living-rörelsens ideologi är att *av-medikalisera*, *av-professionalisera*, *av-kolonialisera* och *av-institutionalisera* inte endast stöd och service utan även synen på människor med funktionsnedsättning (Berg 2008). För att uppnå detta är det enligt rörelsen viktigt att människor med en viss diagnos eller funktionsnedsättning inte tar över de professionellas bild och föreställningar om vem de är och hur de bör leva. Därtill ska inte deras vardag styras av professionellas bedömningar eller verksamheters regler och riktlinjer. Vidare ska den personliga assistansen följa med användaren och inte endast kunna utföras i hemmet utan även i skolan, på arbetet, på fritiden eller på andra platser där användaren befinner sig (Berg 2008).

Utgångspunkten för rörelsens ideologi är att människor som har en funktionsnedsättning bör betraktas som ansvariga för sitt eget liv, hälsa och välmående. De är experter på sitt behov av stöd och bör ges möjlighet att ta ansvar för och organisera det stöd de behöver (Berg 2008). När den enskilde på grund av ålder eller funktionsnedsättning behöver hjälp att fatta beslut behövs en legal företrädare för att ge detta stöd och vidare behövs en servicegarant som tar det övergripande ansvaret för den personliga assistansen (Berg 2008). Att ha personlig assistent eller vara någons servicegarant är utifrån Independent Living-rörelsens perspektiv ett arbete som tar tid att lära sig (Jacobsson 1996, Gough 1997).

Stöd vid måltider som grundläggande behov, egenvård eller hälso- och sjukvård

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

I försäkringskassans (2020b) vägledning gällande assistansersättning görs en uppdelning mellan så kallat grundläggande behov, personliga behov och egenvård. Var gränserna dras är centralt för att avgöra vem som har rätt till statlig assistansersättning. Avgränsningen av så kallat grundläggande behov är särskilt viktig då den enskilde totalt sett måste bedömas ha ett behov av minst 20 timmars assistans per vecka för att tillgodose grundläggande behov för att anses vara berättigad till statlig assistansersättning.

När det gäller stöd vid måltider är det endast stöd för att inta själva måltiden som bedöms vara ett grundläggande behov (Försäkringskassan 2020b)³. Avgörande för vad som ska definieras som grundläggande behov vid måltider är enligt vägledningen ”om kroppen tillförs den näring som den behöver”, vilket innebär att sondmatning likställs med måltid (s.98). När det gäller sondmatning betraktas alla delar av såsom av- och påkoppling samt själva näringstillförseln som grundläggande. Om den enskilde intar måltiden på annat sätt än genom sondmatning så måste hjälpen anses vara av privat och integritetsnära karaktär för att det ska anses vara frågan om ett grundläggande behov (s.98). Att bli matad genom munnen uppfyller dessa kriterier och anses således vara ett grundläggande behov. Försäkringskassan för vidare fram att det krävs ett nära samspel mellan den enskilde och den personliga assistenten för att hjälpa någon att föra mat till munnen (s.99).

I definitionen av grundläggande behov är det underförstått att inta måltiden genom munnen är ett stöd som kan tillgodoses av personliga assistenter. När måltiden däremot intas genom sond anges det explicit att en egenvårdsbedömning först ska göras (Försäkringskassan 2020b). Detta innebär att sondmatning endast kan tillgodoses i form av personlig assistans om det definieras som egenvård (Proposition 2019/20: 92 s.23-26). Om sondmatningen inte kan tillgodoses i form av egenvård på grund av att det exempelvis krävs särskild hälso- och sjukvårdsutbildning för att ge vården så definieras det som hälso- och sjukvårdens ansvar och rymms inte inom den personliga assistansen.

Gränsen för vad som är stöd i form av personlig assistans och hälso- och sjukvård avgörs således inte av typen av åtgärd, alltså vad som ska göras, själva momentet eller arbetsuppgiften. Det som avgör är juridiska och administrativa gränsdragningar, politiska beslut och professionella bedömningar. Gränsdragningen avgörs för det första av om ansvarig hälso- och sjukvårdsprofession bedömer att åtgärden kan utföras som egenvård och för det andra av huruvida egenvården bedöms vara ett grundläggande eller personligt behov enligt försäkringskassans handläggare som i sin tur styrs av rättspraxis och lagstiftning.

³ Stöd vid för och efterarbete vid måltiden såsom att planera, handla och tillreda, servera, lägga upp och dela maten, ta hand om disken, rester och sopor eller förbereda och rengöra sondsprutor lämnas därhän då de inte betraktas som grundläggande behov utan som så kallat personliga behov. Assistans för att tillgodose så kallat personliga behov är endast möjligt om den enskilde anses ha tillräckligt omfattande behov av stöd för grundläggande behov (se 9a § LSS).

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

Egenvårdsbedömningarna gör enligt Inspektionen för socialförsäkringens (2016) kartläggning framförallt när det gäller åtgärder som ”fördefinierats” som sjukvårdsliknande som exempelvis sondmatning, sårvård, ventilatorvård och det är alltså inte en bedömning som generellt görs vid alla ansökningar om personlig assistans.

En del former av stöd förefaller vara fördefinierade som stöd i form av personlig assistans, kanske beroende på att detta är stöd som traditionellt sett genomförs inom den sociala omsorgen (jmf Johansson 2002). Detta gäller exempelvis stöd med att inta måltider genom munnen. Frågan är dock om inte detta också i en del fall hade kunnat definieras som hälso- och sjukvård om en egenvårdsbedömning hade gjorts. I kurslitteratur för blivande sjuksköterskor definierar Björvell & Thorell-Ekstrand (2019) det nämligen som en så kallad ”yrkesspecifik omvårdnadsåtgärd” att hjälpa människor med sväljsvårigheter att äta, vilket betyder att sådana moment enligt dem endast ska utföras av legitimerade sjuksköterskor eftersom människor som har sväljsvårigheter riskerar att aspirera maten. Om hälso- och sjukvården kommit till samma slutsats vid en egenvårdsbedömning så hade det enligt gällande regelverk kunnat innebära att personlig assistans inte längre kan beviljas för att inta måltider genom munnen.

Även definitionen av grundläggande behov är föränderlig och har som tidigare nämnts förändrats över tid beroende på rättspraxis och lagstiftning. Sondmatning har definierats som ett grundläggande behov (hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade) därefter delats upp i dels grundläggande dels personligt behov för att sedan i sin helhet definieras som ett grundläggande behov för att inta måltider i och med den lagändring som trädde i kraft den 1 juli 2020 (Socialstyrelsen 2017, Försäkringskassan 2020a, 2020b).

Att utgå från själva arbetsuppgiften eller åtgärden för att dra gränser mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård återspeglar således endast vad som har definierats och konstruerats som det ena eller andra i vår nutida välfärdspolitiska kontext snarare än några faktiska eller underliggande skillnader.

Stöd vid måltider som personlig assistans eller hälso- och sjukvård

Utdraget från försäkringskassans vägledning bygger på gällande rättspraxis och tydliggör var de rättsliga och administrativa gränserna dras mellan hälso- och sjukvård, egenvård och grundläggande behov. Emellertid är det som beskrivs vare sig att betrakta som⁴ eller personlig assistans om utdraget läses med utgångspunkt i den människosyn, det förhållningssätt eller den värdegrund och ideologi som ska utmärka dessa respektive praktiker.

Omvårdnad förknippas traditionellt med att ta hand om någon kroppsligen, men enligt nu gällande definition av omvårdnad ska denna utgå från en enhetssyn på människan som

⁴ se exempelvis innebörden av ”omvårdnad” i svensk ordbok, www.svenska.se

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

innebär att hon inte kan reduceras till en kropp utan ska bemötas som en unik person. En människa ska ses som ”en enhet av kropp, själ och ande” (s. 1 svensk sjuksköterskeförening 2016). Vidare ska omvårdnaden av patienter vara personcentrerad vilket enligt svensk sjuksköterskeförening (2016) innebär att:

... respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom, samt att arbeta utifrån denna tolkning för att främja hälsa med utgångspunkt i vad hälsa betyder för just denna enskilda person. En personcentrerad vård innebär också att personens unika perspektiv ges likvärdig giltighet som det professionella perspektivet.

Utifrån ett personcentrerat förhållningssätt ska patienten behandlas som en jämbördig partner och vara delaktig i vården och omvårdnadspersonalen ska lyssna till hennes erfarenheter och upplevelser (Svensk sjuksköterskeförening 2016). Att betona patientens kunskap och vikten av delaktighet är som tidigare beskrivits en central utgångspunkt för egenvården (Fex 2010). Såväl enhetssynen på människan som det personcentrerade förhållningssättet till omvårdnad kommer till uttryck i kurslitteratur för blivande sjuksköterskor. I boken ”Omvårdnadens grunder” ägnas mat och ätande ett helt kapitel. Studenterna får lära sig om måltidens symboliska värde, andliga dimensioner och sociokulturella betydelse. Därtill innehåller kapitlet avsnitt om medicinska och kroppsliga aspekter av mat och ätande. I det avsnitt som handlar om assistans för att äta, eller ”matning” som det också kallas, läggs fokus på vad personalen generellt ska beakta. Att hjälpa någon att äta beskrivs som en tidskrävande och komplicerad arbetsuppgift. Relationella aspekter av ätandet beskrivs utförligt. Vikten av att skapa tillit och förtroende betonas liksom att visa respekt för den enskildes integritet, ha ögonkontakt, inte stressa och också anpassa storleken på maten efter den enskildes förmåga och ork att tugga och äta (Wästergren 2019).

I definitionen av gällande grundläggande behov vid måltider är det människan som biologisk varelse och hennes biologiska behov av näring som beaktas då grundläggande behov definieras utifrån att kroppen tillförs näring (Försäkringskassan 2020b). De relationella aspekterna av ätande och vikten av samspel mellan den enskilde och den personliga assistenten beaktas när måltiden intas genom munnen, men vid beskrivningen av måltider som intas genom sond saknas detta perspektiv. Att inta en måltid via sond benämns som sondmatning och det som beskrivs är företrädesvis slangar och teknisk apparatur. Beskrivningen är ytterst instrumentell och utan vare sig personer eller kontext. Den som erhåller stöd är passiv och långt ifrån den jämbördiga part som är grunden för personcentrerad omvårdnad. Ord som ”matas” och ”sondmatning” används och måltider ”intas”. Det är ingen person som är hungrig och äter; händelsen beskrivs utan ett aktivt subjekt. Någon omgivande kontext finns inte heller och inget sammanhang. Sociokulturella aspekter på ätande och uppmärksammas inte. Det som beskrivs i försäkringskassans vägledning är således på inget sätt ett exempel på personcentrerad omvårdnad och återger inte heller en enhetssyn på människan som ska utmärka omvårdnad inom hälso- och sjukvård.

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

Det som beskrivs i försäkringskassans vägledning avseende grundläggande behov vid måltider är inte heller någon beskrivning av stöd i form av personlig assistans. Det som ska särskilja personlig assistans från andra former av stöd och service är som tidigare beskrivits att den enskilde ska ha ett inflytande över och kunna styra över stödets innehåll och utformning. Vidare ska stödet vara personligt utformat. Detta beaktas inte i försäkringskassans redogörelse. Den enskildes aktörsskap synliggörs inte då beskrivningen är synnerligen instrumentell. I beräkningen av tid för att inta en måltid nämns inget om tid för kommunikation mellan den enskilde och de personliga assistenterna. Det som nämns i beräkningen är hur lång tid det kroppsligt sett tar att inta måltiden, det vill säga exempelvis att tugga svälja, koppla av och på slangar och tillföra själva näringen. Behovet beskrivs vare sig som något personligt eller kontextuellt.

I vägledningen har personlig assistans reducerats till att handla om behov av ”privat karaktär”, röra ”situationer av krävande eller på annat sätt komplicerad natur eller ”personligt slag” och ”känsliga för den personliga integriteten”, det vill säga de kriterier som är avgörande för att definiera vad som är ett så kallat grundläggande behov (Försäkringskassan 2020b s. 98-99). Det som betraktas som privat och integritetsnära vid måltider är enligt försäkringskassans synsätt endast den sfär som omger den enskildes kropp. Andra aspekter av en persons integritet eller privata sfär beaktas inte. Detta innebär att privat och integritet ges en snäv definition. Enligt svensk ordbok betyder privat: något som ”tillhör eller har att göra med enskild person särsk. vederbörandes hem- och umgängesliv”, medan integritet betyder ”rätt att ha en egen sfär som är skyddad mot intrång”, vilket innefattar betydligt mer än endast kroppen. Denna snäva definition innebär att den enskilde som ges stödet reduceras till en kropp, vilket inte är förenligt med den humanistiska människosyn, den helhetssyn och definition av integritet som utgör grunden för personlig assistans och andra verksamhetsfält inom socialt arbete (Lewin 2019, Thorsén 2016).

Stöd vid måltider som en åtgärd eller sidoaktivitet

I en svensk kontext har personlig assistans kommit att handla om grundläggande och personliga behov, privat och integritetsnära, arbete av komplex natur och så vidare, men i ett internationellt perspektiv handlar personlig assistans om något helt annat. Personlig assistans finns i flera länder och världsdelar och det som är gemensamt för de olika formerna av personlig assistans är att enskilda som beviljas offentligt finansierat stöd kan anställa sin egen personal och själv organisera sina stödsatser (se exempelvis Askheim 2005, Benjamin & Fennel 2007:13 Edebalk, 2005, Pijl 2000, Ungerson & Yeadle 2006). Det som särskiljer personlig assistans är med andra ord dess organisationsform då den personliga assistansen är organiserad kring, utformad efter och styrs av den person som behöver stödet. Om den enskilde inte själv kan styra över den personliga assistansen kan hans eller hennes företrädare bistå med detta (Berg 2008). Som Knutsson (2018) uppmärksammar utmärks också personlig assistans av en betydligt högre personaltäthet än exempelvis hemtjänst eller stöd på boende. Den personliga assistenten ska finnas vid den enskildes sida under all arbetstid och följa med den enskilde till olika platser och sammanhang. Detta skiljer personlig assistans från

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

hemtjänst, stöd på boende eller hemsjukvårdens insatser i hemmet då dessa former av hjälp utförs som tidsbegränsade punktinsatser (Egard 2018, Gough 1997). Dessa former av hjälp låter sig lättare inrymmas i begreppet åtgärd än vad stöd i form av personlig assistans gör då de kan avgränsas till särskilda uppgifter, tidpunkter och målinriktade handlingar.

Personlig assistans ska däremot vara ett kontinuerligt stöd som ska ges under längre sammanhängande tid. Detta innebär att den personliga assistansen – till synes motsägelsefullt – inrymmer stunder då den enskilde *inte* behöver stöd. Under dessa tillfällen finns de personliga assistenterna ändå vid den enskildes sida. Tidigare forskning visar att de personliga assistenterna i dessa stunder befinner sig i ett slags ”stand-by” och finns tillhands när de behöver ge aktivt stöd. Att de personliga assistenterna finns tillgängliga är centralt för att den enskilde som behöver stödet ska kunna utöva inflytande och styra över den personliga assistansens innehåll och utformning och också över sitt liv och sin vardag (Egard 2018).

Som framkommer i flera tidigare studier är idealet att den personliga assistansen *flyter på*, att det finns ett ”flow” (Parker 1999, Egard och Hedvall kommande). Idealt sett utgör således den personliga assistansen en sidoaktivitet. Det vill säga den personliga assistansen ges parallellt och samtidigt som den enskilde är engagerad i ett huvudsakligt engagemang såsom ett samtal, eller exempelvis en måltid (Egard 2011, Goffman 1963). Idealet är att den personliga assistansen ges på ett diskret och integrerat sätt och att det huvudsakliga engagemanget inte behöver avbrytas eller stoppas upp av den personliga assistansen (Egard 2011).

Nedan följer ett utdrag från Egard (2011) för att belysa detta. Utdraget består av fältanteckningar från ett restaurangbesök där Bertil får stöd med att äta och dricka från sin personliga assistent Anton⁵. Bertil är förlamad i hela kroppen och behöver hjälp med att föra både mat och dryck till munnen. Som vi kommer att få ta del av i utdraget ges dock inte detta stöd som en tidsavgränsad åtgärd utan som ett kontinuerligt stöd som integreras i Bertil och Antons samtal och gemensamma restaurangbesök:

Det är en sommarkväll i mitten av juli och jag, Bertil och hans personliga assistent har just kommit fram till restaurangen där vi ska äta. Väl framme vid bordet slår vi oss ned och kyparen kommer med tre menyer. Jag får min meny och börjar bläddra i den. Anton tar sin och Bertils meny. Han viker upp Bertils och lägger den framför honom så han kan läsa. Sedan sätter sig Anton och läser sin meny. När Bertil läst en sida av sin meny ber han Anton att vända blad.

Medan de läser sina menyer pratar Bertil och Anton om vilken mat som är godast. ’Grillspett?’ ’Lammkotletter?’ De pratar också om vad Bertil ska dricka och skämtar om sprit. ’Kanske ska man ta en snaps innan maten?’ ’Har de gammeldansk?’, frågar Bertil. ’Jodå det har de’ säger Anton. De pratar också om att dela en flaska vin. Anton säger skämtsamt att Bertil kommer att somna på bion om han dricker för mycket. Vi skämtar också om att jag inte kan dricka eftersom jag är gravid. En stund senare beställer vi mat. Under tiden som vi sedan väntar på maten pratar vi om hur fint det är på restaurangen. Vi sitter på en stor lummig innergård, solen skiner och uteserveringen är full med folk. Anton börjar prata om att han kanske skulle gå hit med sin son som nyligen fyllt år. Han fortsätter sedan prata om sonen och hans fotbollsintresse.

⁵ Båda namnen är fingerade för att inte röja deltagarnas identitet.

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

Under tiden som Anton pratar försöker Bertil få hans uppmärksamhet genom att be honom om hjälp med att fåta bort en fluga som håller på att klättra in i hans öra. Anton avbryter sin berättelse och hjälper Bertil med att ta bort flugan.

Efter en stund kommer kyparen med våra tallrikar med mat. 'Jag vill ha haklapp när jag äter' säger Bertil till Anton när kyparen har ställt ned maten på bordet. Anton tar upp Bertils servett, vecklar ut den och viker in ett hörn av servetten innan för halslinningen på Bertils tröja. Sedan säger Bertil att han behöver ett sugrör. Anton böjer sig ned, tar upp ett sugrör ur Bertils väska och sätter sedan sugröret i Bertils vinglas. 'Nej! Inte i vinet, det är tabu' utropar Bertil och fnissar. 'I vattnet menar jag, vinet får du balansera'. Anton säger inget men flyttar sugröret till vattenglas.

Sedan börjar vi äta. Anton skär upp Bertils grillspett och ger sedan Bertil bitar successivt. Under tiden äter Anton sin mat och jag min. När Bertil säger 'mat', 'vatten' eller 'vin' lägger Anton ner sina bestick och hjälper Bertil. Under tiden som vi äter pratar vi om maten. Vi kommer också in på att prata om min undersökning och jag passar på att tacka för att jag kunnat följa med dem. Kvällen fortlöper, vi äter efterrätt och fortsätter prata.

(Citat från Egard 2011 s.179-180)

Som framkommer i utdraget är det en person som äter med hjälp av en annan person, men när detta "stöd vid måltider" sker i en kontext och parallellt med en mängd andra aktiviteter och samtal samt samspel med utomstående. Att inta måltiden är inte det primära utan det är själva måltiden, samtalet och restaurangbesöket. Stödet för att möjliggöra detta utförs likt en sidoaktivitet. Det huvudsakliga engagemanget är relationen, samspelet och själva måltiden på restaurangen. Detta möjliggörs genom att personlig assistans, till skillnad från andra former av stöd, service, omsorg eller hälso- och sjukvård är organiserat som ett kontinuerligt och personligt stöd, som styrs av den enskilde som behöver det och följer med den enskilde i olika sammanhang och miljöer. Som framkommer i utdraget är både personliga assistenter och brukare är aktiva i att forma den personliga assistansens innehåll och de sociala interaktionsmönster som skapas när personlig assistans ska realiseras. De är båda aktiva subjekt och tillsammans utgör de ett team (Egard 2011). Detta innebär att stödet anpassas efter den enskilde och sammanhanget, inte tvärtom.

Slutdiskussion

Att arbeta med att hjälpa eller sörja för en annan människa i en välfärdsstatlig kontext handlar om betydligt mer än om de uppgifter som ingår i arbetet. Som Evertsson och Sauer (2007) uppmärksammar kommer arbetet att formas och ta färg av den politiska reform och ideologi som det är en del av. Arbetsuppgifterna och yrket kommer att tillskrivas ett visst syfte och också betydelse för att lösa ett politiskt definierat samhällsproblem. Syftet med personlig assistans är inte att människor endast ska överleva och exempelvis få i sig näring. Syftet och den politiska målsättningen är att de ska ges möjlighet att leva som andra, ha goda levnadsvillkor och exempelvis kunna gå på restaurang eller för den delen inta måltider på andra sätt eller andra sammanhang.

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

Personlig assistans innebär en historiskt unik möjlighet till inflytande över vem som anställs för att ge stödet och även över att leda deras arbete och bestämma vilka arbetsuppgifter de personliga assistenterna ska utföra. Därtill ger personlig assistans möjlighet till ett kontinuerligt stöd som följer med den enskilde i flera olika sammanhang (Egard 2011). Om ett eller flera av dessa villkor för personlig assistans undantas så är det stöd som ges inte längre personlig assistans. Om stödet kommer att handla om hjälp att överleva eller organiseras i form av punktinsatser, eller om den enskilde inte får möjlighet att välja och lära upp sin personal så försvinner det särpräglade med personlig assistans. Därtill försvinner det unika med såväl omvårdnad och personlig assistans⁶ om inte människan som behöver stödet får möjlighet att vara delaktig och bemöts holistiskt, jämbördigt och med värdighet.

Frågan om vad som är skillnaden mellan personlig assistans, omsorg eller hälso- och sjukvård har funnits med allt sedan de första formerna av personlig assistans initierades. Att frågan nu åter ställs i juridiska och politiska sammanhang kan förstås på flera olika sätt.

En förklaring är att definitionen om vad som är ett grundläggande behov kommit att dominera den politiska debatten och samhällsdebatten om personlig assistans (Egard & Hedvall, kommande). När personlig assistans börjar diskuteras och analyseras utifrån kroppsliga behov och exempelvis stöd vid måltider och sondmatning läggs fokus på biologiska behov av näring. Sådana behov kan tillgodoses av såväl personliga assistenter som personal inom hälso- och sjukvård, vilket väcker frågor om vad som egentligen är skillnaden mellan dessa olika praktiker. En central slutsats i denna rapport är att svaret på vad skillnaden är *inte går att finna i det specifika behov som ska tillgodoses eller moment som ska utföras av personalen*. Att hjälpa till vid sondmatning eller att föra mat till munnen inbegriper troligen samma sysslor inom såväl personlig assistans som hälso- och sjukvård. Det som skiljer personlig assistans och hälso- och sjukvård är det *sociala sammanhanget*, det *politiska syftet* med arbetet, den *ideologi* som arbetet och stödet genomsyras av men även *hur* stödet leds och organiseras och *personalens lär sig arbetet och erhåller adekvat kompetens*.

Att det ska vara möjligt att få personlig assistans för att tillgodose så kallat privata eller integritetsnära behov handlar om att de som behöver denna typ av stöd måste få *inflytande* över det stöd de behöver för att kunna leva som andra, utöva självbestämmande och därmed utöva inflytande över sitt liv och sin vardag. Utgångspunkten för personlig assistans och LSS är en social förståelse av funktionshinder och att de hinder som människor med omfattande funktionsnedsättning möter i en otillgänglig omgivning kan bemästras med att personligt utformat stöd (jämför Proposition 1992/93:159).

Inom hälso- och sjukvården finns det, till skillnad från LSS-verksamheter, ett strikt regelverk gällande vem som får utföra vilket arbete. Med ett legitimationsyrke inom hälso- och sjukvård följer en jurisdiktion, alltså en ensamrätt och ett ansvar för att utföra vissa arbetsuppgifter inom en viss domän (Dellgran 2015). Enkelt uttryckt får endast hälso- och sjukvård utföras av

⁶ Samt även omsorg (se exempelvis Waerness 1980, 1984, 1996).

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal om arbetsgifterna inte har delegerats eller bedömts vara egenvård (Socialstyrelsens 2011, 2013). Regelverket har tillkommit för att garantera att hälso- och sjukvården är av god kvalitet och utförs av personal med rätt kompetens. I utredning och bedömning av rätten till personlig assistans kan denna jurisdiktion medföra att den enskildes stödbehov delas upp i antingen hälso- och sjukvård eller grundläggande behov. Denna uppdelning är korrekt utifrån hälso- och sjukvårdslagstiftningens krav på yrkeslegitimation, delegation och egenvårdbedömning då alla människor har rätt till vård av samma standard och kvalitet. Samtidigt äventyrar uppdelningen mellan vård och stöd, mellan personlig assistans och hälso- och sjukvård, den helhetssyn eller holistiska perspektiv som utgör grunden för såväl socialt arbete som hälso- och sjukvård (Thorsén 2016). Människan är en biologisk, psykologisk, emotionell, rationell, andlig och social varelse (Blok 2012). Hennes grundläggande behov är inte endast biologiska utan en människa är en enhet bestående av kropp, själ och ande (Svensk sjuksköterskeförening 2016).

Utifrån WHO:s internationella klassifikation bör människors hälsa förstås utifrån ett biopsykosocialt perspektiv då både hälsa och funktionsförmåga påverkas av såväl biologiska, psykiska och sociala faktorer. Utifrån detta perspektiv avgörs en människas möjlighet till delaktighet inte av hennes fysiska eller intellektuella förmågor utan av ett samspel mellan individen och omgivningsfaktorer såsom tillgången till stöd, miljöns utformning och så vidare (Socialstyrelsen 2020, Möller 2015). Utifrån detta synsätt är den centrala frågan inte om och hur personlig assistans och hälso- och sjukvård kan särskiljas utan hur de kan styras och organiseras för att ge människor möjlighet att leva som andra, uppnå goda levnadsvillkor och bli delaktiga och kunna utöva självbestämmande. Det är angeläget att beakta att Sverige förbundit sig att följa FN:s konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Denna konvention på en social förståelse av funktionshinder och definierar personlig assistans en mänsklig rättighet. Att medikalisera handläggningen av personlig assistans och fokusera på hur grundläggande behov ska definieras i stället för att beakta hur funktionshinder påverkar livsvillkoren innebär ett brott mot FN-konventionen (Brennan et al. 2016).

Personliga assistenters behov av utbildning och kompetensutveckling uppmärksammas av utredningen "Översyn av yrket personlig assistent" (SOU 2020:1). I utredningen ägnas frågor om egenvård och vårdnära arbetsuppgifter en ansevärd del av kapitlet om personliga assistenters arbetsuppgifter och kompetensbehov. Dock föreslår även utredningen att personliga assistenter behöver mer kunskaper om frågor som rör det sociala och pedagogiska fältet (såsom värdegrund för LSS, mänskliga rättigheter, alternativ och kompletterande kommunikation samt så kallat utmanande beteende). Denna diskussion om personliga assistenters arbetsuppgifter och deras behov av utbildning kan tolkas som ett första led i en professionalisering av yrket som personlig assistent. Som uppmärksammas i tidigare forskning pågår en generell professionalisering av arbete inom LSS i den bemärkelsen att generella kompetens- och utbildningskrav har införts för arbete inom exempelvis boende och daglig verksamhet (Gäddman Johansson & Hellström Muhli 2017, Göteborgsregionens

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

kommunförbund 2012, Region Örebro län 2017). I kraven på utbildning och kompetens dominerar efterfrågan på personal med pedagogisk eller socialpedagogisk kompetens och yrkeshögskolans utbildningar till stödpedagog har sedan 2019 ett nationellt och likvärdigt innehåll (MYHFS 2019:1).

Inom såväl (äldre)omsorgs- som funktionshinderforskningen finns det en kritisk inställning till formella och generella kompetens och utbildningskrav för personalen. Inom (äldre)omsorgsforskningen har ökade utbildningskrav kritiserats utifrån att det anses bidra till en standardisering och de-personifiering av omsorgsrelationen och forskarna har betonat vikten av erfarenhetsbaserad kunskap flexibilitet och individuellt utformat stöd (Astavik 2003). Inom funktionshinderforskningen har utbildningskraven i sin tur kritiserats utifrån att de som behöver stödet ska behandlas som experter på sina behov och därför själva ska kunna avgöra vilken utbildning personalen behöver och ges möjlighet att lära upp sin egen personal (Berg 2008, Erlandsson 2014). Gemensamt för de båda forskningsfälten är formella utbildningskrav anses bidra till att brukaren hamnar i underläge i förhållande till personalen som anses få ökad makt och ett slags expertstatus genom utbildningen.

Krav på av-professionalisering och uppvärdering av erfarenhetsbaserad kunskap utmärker både egenvård och personlig assistans. Som Gustavsson (2016) uppmärksammar står "self-care" (egenvård) ursprungligen för att människor ska återfå makt och kontroll över sin hälsa och kropp. I likhet med Independent Living-rörelsen riktade förespråkade för "self-care" inom den amerikanska medborgarrättsrörelsen kritik mot professionella yrkesgruppers paternalism. De ville att den enskildes kunskap om sig själv, sin hälsa och sitt behov av stöd skulle uppvärderas och motsatte sig bilden av människor som okunniga och passiva objekt för vård och omsorg (Gustavsson 2016, DeJong 1979a,b). Tidigare forskning visar att personlig assistans och egenvård inbegriper flera läroprocesser och kräver kunskap, inte minst för brukarna. Det tar tid att lära sig arbetsleda personliga assistenter, utföra egenvård åt sig själv eller andra och bli personlig assistent (Gough 1997, Jacobsson 1997, Bjuresäter 2010, Fex 2010, Egard 2011). Det är angeläget att det finns utrymme för detta erfarenhetsbaserade lärande men även möjlighet till formell utbildning och löpande kontakt med professionella yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård och socialt arbete för att såväl egenvård och personlig assistans ska kunna hålla hög kvalitet, styras av den enskilde och utformas efter den enskildes specifika behov och önskemål.

För att integrera personlig assistans och hälso- och sjukvård kan det i vissa speciella fall krävas att hälso- och sjukvårdspersonal anställs som personliga assistenter. Att ingen formell utbildning krävs för yrket är inte detsamma som att personliga assistenter aldrig kan behöva en formell utbildning. Att det kan behövas en särskild utbildning betyder inte heller att alla personliga assistenter behöver en och samma utbildning eller att det generellt bör krävas en viss utbildning för arbetet som personlig assistent. Vidare betyder det inte heller att arbetet som personlig assistent är ett okvalificerat yrke. Det är emellertid skillnad mellan att genom erfarenhetsbaserad kunskap lära sig att ge personligt utformat stöd till en person som

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

exempelvis intar måltider genom sond eller att erhålla generell kunskap om sondmatning. Professionella yrkesgrupper i socialt arbete som hälso- och sjukvård som har erhållit generell kunskap genom sin högskoleutbildning har mycket att lära av personliga assistenter när det gäller att ge ett stöd som styrs av den enskilde, är anpassat och utformat efter den enskildes liv, och vardag och specifika behov och önskemål särskilt idag då hälso- och sjukvården ska vara personcentrerad och brukarinflytande ska vara en vägledande princip för socialt arbete.

Källförteckning

- Arvidsson, E. (2019) Socialförsäkringsrätt. (3 upplagan) Malmö. Gleerups.
- Astavik, W. (2003) Relationer som arbete. Förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten. Doktorsavhandling. Psykologiska institutionen. Stockholms universitet.
- Askheim, O-P. (2005) Personal assistance –Direct payments or alternative public service. Does it matter for the promotion of user control? *Disability & Society*, 20 (3), 247 –260.
- Berg, S (2008) 25 år Independent Living i Sverige. Independent Living: Stockholm.
- Benjamin, A.E & Fennel, M. L. (2007) Putting the Consumer First: An Introduction and Overview. *Health Care an Educational Trust*, 42 (1), 353–361.
- Brennan, C., Traustadóttir, R., Anderberg, P. & Rice, J. (2016). Are Cutbacks to Personal Assistance Violating Sweden’s Obligations under the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities? *Laws*, 5 (2), 1-15.
- Bjursäter, K. (2010) Home enteral tube feeding –from patients’, relatives’ and nurses’ perspectives. Dissertation. Karlstad university. Faculty of Social and Life Sciences. Department of Nursing.
- Björvel, C. & Thorell-Ekstrand, I. (2019) Omvårdnadsåtgärder. I: Ehrenber, A., Wallin. L. (red) Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling. Lund. Studentlitteratur.
- Blok. W. (2012) Core Social Work. International Theory, Values and Practice. London. Jessica Kingsley Publishers.
- Brisenden, S. (1986) Independent Living and the Medical Model of Disability. *Disability, Handicap & Society*, 1 (2), 173–179.
- Bäckman, T. (2018) Socialtjänstens ansvar för personer med funktionsnedsättning. I Fridström Motoya, T. (red) Juridik för socialt arbete. 3 upplagan. Malmö. Gleerups.
- Danermark, B. (2005) Sociologiska perspektiv på funktionshinder och handikapp. I: Danermark, B. (red.): Sociologiska perspektiv på funktionshinder och handikapp. Lund: Studentlitteratur.
- Dellgran, Peter (2015) Människobehandlande professioner i Johansson, Staffan, Dellgran, Peter och Höjer, Staffan (red.) Människobehandlande organisationer. Stockholm. Natur & Kultur.
- DeJong, G. (1979a) Attendant Care as a Prototype Independent Living service. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60 (10), 477–482.
- DeJong, G. (1979b) Independent Living: From Social Movement to Analytic Paradigm. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60 (10), 435–446.
- Ds (2008:23) FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning Edebalk, PG. & Svensson, M. (2005) Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet.
- Egard, H. (2011). Personlig assistans i praktiken. Beredskap initiativ och vänskaplighet. Doktorsavhandling i socialt arbete. Lunds universitet. Socialhögskolan.
- Egard, H. (2018) Personliga assistenter i ”stand-by” är centralt för att skapa ett personligt och individuellt utformat stöd. I: Altermark, N., Knutsson, H. & Chowdhury Svensson, M. (red) Forskning om personlig assistans; en antologi. Stockholm KFO.

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

- Egard, H., Hedvall, PO. (kommande) ”Tur att jag inte blev omprövad i år”- samtal om ett villkorat liv med personlig assistans. I manus.
- Evertsson, L. Och Sauer, L. (2007) Omsorg som välfärdspolitisk ambition. I: Johansson, S. (red.) Social omsorg i socialt arbete. Malmö. Gleerups.
- Erlandsson, S. (2014) Hjälp för att bevara eller förändra? Åldersrelaterade diskurser om omsorg, stöd och service. Doktorsavhandling i socialt arbete. Rapport i socialt arbete 145. Stockholms universitet.
- Fex, A. (2010) From Novice Towards Self-Care Expert. Studies of self care among persons using advanced medical technology at home. Doctoral Thesis. Linköping University. Faculty of Health Sciences. Department of Medical and Health Sciences. Division of Nursing Science.
- Försäkringskassan (2020a) Assistansersättning. Vägledning 2003:6. Version 26. Stockholm. Försäkringskassan.
- Försäkringskassan (2020b) Assistansersättning. Vägledning 2003:6. Version 27. Stockholm. Försäkringskassan.
- Glendinning, C. (2006) Cash and Care: Policy Challenges in the Welfare State. Bristol: Policy Press University of Bristol.
- Goffman, E. (1963) Behavior in Public Places. Notes on the Social. Organization of Gatherings New York: The Free Press.
- Gough, R. (1997) Personlig assistans: en social bemästringsstrategi för människor med omfattande funktionshinder : en undersökning av hur pionjärerna för Independent Living – rörelsen i Sverige organiserar sin personliga assistans. Göteborg: Tromsö universitet.
- Gustavsson, S. (2016) Self-care and self-care advice for minor illness. People’s experiences and needs. Doctoral Thesis. Luleå University of Technology. Department of Health Science. Division of Nursing.
- Gäddman Johansson, R. och Hellström Muhli, U. (2018) Developing Care Professionals: Changing Disability Services in Sweden. Professions & Professionalism vol 8, no 2.
- Göteborgsregionens kommunalförbund (2012) Titulatur och utbildningskrav för baspersonal inom funktionshinderområdet i Göteborgsregionens kommuner.
- HFD 2012 ref 41.
- HFD 2015 ref 46.
- HFD 2018 ref 21.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2016) Sjukvårdande insatser och personlig assistans. Rapport 2016: 16. Stockholm. Inspektionen för socialförsäkringen.
- Johansson, S. (2002) Den sociala omsorgens akademisering. Stockholm. Liber.
- Jacobson, A. (1996) Röster från en okänd värld: hur människor med fysiska funktionshinder och omfattande hjälpbehov upplever sina existensvillkor. Stockholm: Stockholms Universitet.
- Kommittéedirektiv (2020) Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt barn. Regeringen.
- Knutsson, H. (2018) Den personliga assistansens alternativkostnad. I: Altermark, N., Knutsson, H. & Chowdhury Svensson, M. (red) Forskning om personlig assistans; en antologi. Stockholm KFO.
- Larsson, M. (2008) Att förverkliga rättigheter genom personlig assistans. Doktorsavhandling i socialt arbete. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Lewin, B. (2011). För din skull, för min skull eller för skams skull? : om LSS och bemötande (1. uppl.). Lund. Studentlitteratur.
- Morris, J. (2004) Independent Living and Community Care: A Disempowering Framework. Disability & Society, 19 (5), 427–442.

Version 11 september 2020. Av: Hanna Egard, lektor i socialt arbete med inriktning handikapp- och rehabiliteringsvetenskap. Institutionen för socialt arbete. Malmö universitet.

- MYHFS (2019:1) Myndigheten för yrkeshögskolans föreskrifter om utbildningar inom yrkeshögskolan med inriktning stödpedagog inom funktionshinderområdet
- Qvarsell, R.(1991) Vårdens idéhistoria. Stockholm: Carlsson.
- Möller, K. (2005). ICF - om hälsa, miljö och funktionshinder. Mo gård.
- Region Örebro län (2017) Inriktningsdokument ”Titulatur och utbildningskrav inom funktionshinderområdet i Örebro läns kommuner.
- Parker, V. (1999) Personal assistance for students with disabilities in HE: The experience of the University of East London. *Disability & Society*, 14 (4), 483–504.
- Proposition (1992/93:159) Stöd och service till vissa funktionshindrade.
- Proposition (1995/96:146) Vissa frågor om personlig assistans.
- Proposition (2019/20:92) Personlig assistans för samtliga hjälpmoment som avser andning och måltider i form av sondmatning.
- Socialstyrelsen (2013) Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård. Meddelandeblad Nr 6/2013. Stockholm. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014) Kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning. SOSF 2014: 2 Allmänna råd. Socialstyrelsens författningssamling.
- Socialstyrelsen (2011) Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård. SOSFS 1997: 14 (M) Föreskrifter och allmänna råd. Stockholm. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017) Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. Stockholm. Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2020) Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) svensk version 2020 av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).
- SOU (2020:1) Översyn av yrket personlig assistent –ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. Betänkande av Utredningen om översyn av yrket personlig assistent.
- Svensk sjuksköterskeförening (2016) svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård.
- Thorsén, H. (2016) Människosyn och etik. Stockholm. Remus förlag.
- Ungerson, C. & Yeadle, S. (2006) Conceptualizing Cash for Care: The Origins of Contemporary Debates. In: C. Ungerson & S. Yeadle (eds.): *Cash for Care in Developed Welfare States*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Waerness, K. (1980) Omsorg som lönearbete –en begreppsdiskussion. *Tidskrift för genusvetenskap*. Nr 3. Kvinnors vårdarbete. Nummer 3. Årgång 1. s 6-17.
- Waerness, K. (1984) The Rationality of Caring. *Economic and Industrial Democracy*, 5(2), 185-211.
- Waerness, K. (1996) ”Omsorgsrationalitet”. I: Eliasson, R. (red.) *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur.
- Westergren, A. (2019). *Mat och ätande*. I: Edberg, A-K. Och Wijk, H. (red) *Omvårdnadens grunder*. Lund. Studentlitteratur.

Om rättighetslagar: rättigheter och rättssäkerheter

*Håkan Gustafsson, professor i allmän rättslära
Avdelningen för juridik, Karlstads universitet*

1. Inledande anmärkningar

Ett avgörande steg mot ett stärkande av funktionshindrades delaktighet i samhället togs den 1 januari 1994 då LLS, *lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade*, eller den s.k. rättighetslagen, trädde i kraft. Den innebar ett steg framåt i handikappolitiskt hänseende men också i rättsligt avseende, då lagstiftaren kom att pröva en förhållandevis ny rättslig modell med förstärkta individuella rättigheter som, inom välfärdsområdet, av olika skäl framstod som ett nödvändigt steg att ta. Efter 25 år finns det befogad anledning att i rättsvetenskapligt hänseende reflektera över den föregående tidsperioden avseende rättighetslagen. Initialt ska emellertid påpekas att någon empiriskt grundad forskning inte presenteras här, utan i det följande ges reflektioner från ett övergripande rättsvetenskapligt perspektiv.¹

Nedanstående text är avsedd att ge en bild av vissa grunddrag rörande s.k. rättighetslagar i den rättsvetenskapliga och rättspolitiska diskussionen. Utan att gå in på mer komplexa eller kontroversiella rättighetsteorier är min avsikt att ge några olika perspektiv och infallsvinklar på dessa frågor. Det är också angeläget att sätta själva diskussionen om rättighetslagar i en bredare samhällelig kontext, men även att, avslutningsvis, ge en bild över hur såväl denna kontext som denna diskussion förändrats det senaste kvartsseket. Dispositionen är som följer.

I *avsnitt 2* ges vissa definitioner på vad som avses med rättighet, rättighetslagstiftning samt motsvarande begrepp som skyldighetslagstiftning och hur de hänger samman. I *avsnitt 3* tecknas en tillbakablick över tidigare lagstiftning på området och som sedermera ledde fram till Omsorgslagen på 1980-talet och LSS på 1990-talet. *Avsnitt 4* ser närmare på det politiska och lagtekniska valet mellan en skyldighetslagstiftning och en rättighetslagstiftning och de för- och nackdelar som vidhäftar de olika regleringsteknikerna. Med det föregående i bakgrunden följs frågan om rättigheterna i tillämpningen upp, d.v.s. om förstärkta rättigheter också förutsätter stärkta skyldigheter, och i förlängningen om detta i sin tur kan komma att innebära tydligare kvalifikationsgrunder för åtnjutande av rättigheten, och i sin tur vad detta kan betyda för institutet rättighetslagstiftning. *Avsnitt 5* för över frågan om rättighetslagstiftning till reflektioner om därmed relaterade rättssäkerhetsfrågor. I *avsnitt 6* ges en problematiserande bild av i vilket samhälleligt sammanhang sociala rättigheter kan inplaceras, givet nya förhållanden mellan offentlig, privat och ideell sektor. I samband härmed undersöks också tendenser och risker med ett ökat individuellt rättighetsperspektiv. Avslutningsvis ger *avsnitt 7* några sammanfattande synpunkter på frågans vidare innebörd och påverkan i dagens förändrade situation.

¹ Denna text baseras huvudsakligen på de resonemang och källor som finns i mina följande publikationer inom området: *Rättens polyvalens. En rättsvetenskaplig studie av sociala rättigheter och rättssäkerhet* (Lund 2002, ak. avh.); "Taking Social Rights Seriously (I): Om sociala rättigheters status", *Tidsskrift för Rättsvetenskap* 4/5 2005; "Taking Social Rights Seriously (II): Den handikappade lagen", *Retfærd* 116 2007 samt "Rättighetifiering: om rättigheternas tragedi", i: T. Erhag, P. Leviner & A-S. Lind (red.) *Socialrätt under omvandling - om solidaritetens och välfärdsstatens gränser* (Liber 2018).

2. Vad är en rättighetslag?

Fenomenet och begreppet rättighetslagstiftning har vunnit ökad genklang på senare tid. Rättigheter har tillgripits i allt större utsträckning i lagstiftningssammanhang för att trygga vissa behov eller särskilt utsatta gruppers situation. LSS var den första moderna rättighetslagen i egentlig mening (varom mera nedan) och den har uttryckligen varit förebild för annan lagstiftning på senare tid, t.ex. *Skollagen* (2010:800): medan den tidigare *Skollagen* (1985) var av skyldighetskaraktär, är den nya *skollagen* en uttalad rättighetslag.² Annan lagstiftning inom välfärdsområdet synes gå likartade vägar tillmötes. Till exempel har rättspolitiska förslag väckts om att *LVU* (1990:52) bör ges status som en tydlig rättighetslag.

Rättighetslagstiftning tillgrips ofta på den grunden att det finns ett skyddsintresse som behöver extra och förstärkt rättsligt skydd, som ordinär lagstiftning anses vara otillräcklig för. Motsvarande skydd kan emellertid uppnås på andra sätt än att tillgripa specifik rättighetstilldelning; det kan till exempel röra sig om att vissa politikområden prioriteras som inte behöver nödvändiggöra rättighetslagstiftning (transporter, integration, miljöhänsyn osv), starkare sanktioner kan införas, ekonomiska styrmedel tillgripas, men det kan också ske genom en tydligare skyldighetslagstiftning. I viss mån handlar det här ytterst om en lämplighetsfråga avseende vilka områden som lämpar sig för respektive åtgärder.

Rättighetslag och skyldighetslag: vad avses med det? För att kunna besvara den frågan måste man ställa sig frågan vad som menas med rättigheter, skyldigheter och friheter.

En vanlig indelningsgrund är den mellan politiska, negativa och positiva rättigheter. Med *politiska* rättigheter avses individens rätt att räknas som medborgare och möjlighet att delta i det politiska beslutsfattandet. Det vill säga möjligheterna att ha faktisk möjlighet att få göra sin röst hörd. *Negativa* rättigheter innebär vanligen att de ger individen en frihet från inskränkningar och en skyddad sfär av personlig frihet. De medför begränsningar i statens och myndigheternas befogenheter. Rättigheterna är negativa i den meningen att staten ska avhålla sig från att intervensera i 'privatsfären' och respektera den personliga integriteten. De innefattar klassiska liberala fri- och rättigheter såsom religionsfrihet, yttrandefrihet, äganderätt, tryckfrihet, rösträtt mm. Med *positiva* rättigheter avses sådant som förpliktar staten till en viss prestation, ofta för att hjälpa svagare grupper i samhället till en dräglig tillvaro, men även genom mer omfattande socialförsäkringssystem, allmänna välfärdsrättigheter (skola, sjukvård mm) och mer preciserade sociala individuella rättigheter (handikaplagstiftning mm). De positiva rättigheterna kan sägas vara typiska inslag i en modern social- och välfärdsstat. Att de benämns positiva beror på att de vanligen kontrasteras till de negativa rättigheterna; de förpliktar staten till en positiv aktiv roll. De sociala rättigheterna som alltså uttrycker dessa positiva rättigheter har under välfärdsstaten erhållit en ökad tyngd och att erkänna dem har varit ett betydelsefullt framsteg i rättsvetenskapliga sammanhang.³

² Se SOU 2002:121 *Skollag för kvalitet och likvärdighet* (sid. 149) samt J. Novak & H. Gustafsson "God utbildning i lagens namn?" i: A. Fejes & M. Dahlstedt (red.) *Perspektiv på skolans problem. Vad säger forskningen?* (Studentlitteratur, Lund: 2020).

³ Om detta se H. Gustafsson *Rättens polyvalens. En rättsvetenskaplig studie av sociala rättigheter och rättssäkerhet* (Lund 2002, ak. avh.) och "Taking Social Rights Seriously (I): Om sociala rättigheters status", *Tidsskrift för Rättsvetenskap* 4/5 2005.

2.1 Rättigheter och skyldigheter

Vad är en rättighet och vad är en skyldighet? Det finns en mångfald olika teorier och sätt att definiera rättigheter och vad som kännetecknar dem. Och på senare tid också vad som är typiskt för en social rättighet, som uttryck för en positiv rättighet enligt ovanstående.

Ett tämligen vanligt påstående är att en individ har en *rätt till*, exempelvis, arbete eller att hon har *rätt till* socialbidrag, men samtidigt kan det ifrågasättas om det föreligger en *rättighet* i egentlig mening; personen kan visserligen hävda sin rätt, men har ingen rättighet till arbete – d.v.s. det föreligger ju ingen skyldighet för någon annan, till exempel staten eller arbetsgivaren, att tillhandahålla något för denne speciellt arbete. Å andra sidan har en person naturligtvis *rätt till* socialbidrag, men under vissa förutsättningar såsom en viss levnadsstandard, under existensminimum mm – men har hon för den skull en obetingad *rättighet*? Däremot är förståelsen för att någon har *rätt att* yttra sig så stor: man har självfallet en, ofta grundlagsfäst, *rättighet* och en yttrandefrihet.

En tämligen inflytelserik teori om rättigheter preciserar själva rättighetsbegreppet i vissa beståndsdelar som står i relation till varandra.⁴ Vi kan, enligt den teorin, inte bara tala om en rättighet i största allmänhet, utan den måste preciseras till olika komponenter eller beståndsdelar. Idén med det synsättet är att klarlägga vilken sorts rättslig relation olika personer eller rättssubjekt har till varandra. En persons rättighetsposition motsvarar eller korrelerar med någon annans rättighetsposition. Rättigheter är sällan enkla, utan är ofta sammansatta komplex uppbyggda av olika kombinationer av dessa grundbegrepp och genom att klarlägga dem kan olika aspekter av rättigheten förtydligas. I den teorin är de korrelerande begreppsparen *krav/plikt(skyldighet)* och *frihet/icke-krav* samt *kompetens/underkastelse* av intresse för att här förtydliga vissa aspekter rörande de sociala rättigheterna.

Ett (rättsligt) *krav* – eller kravrättighet, som teorin benämner den – som någon har mot någon motsvaras av att denne har en (rättslig) plikt eller *skyldighet* att uppfylla kravet [det innebär att om X har ett *krav* på att Y ska betala hen 100 kronor, innebär det att Y har en *plikt* att betala 100 kronor till X. Med andra ord betyder det att X's *krav* på Y, motsvaras av eller är liktydigt med påståendet att Y har en *plikt* mot X].

Någons *frihet* (till exempel yttrandefrihet) korrelerar med att en annan person inte kan eller får ställa några krav på vad eller hur denne ska yttra sig, eller med en annan teknisk term ett *icke-krav* – om ett krav kunde ställas, skulle (yttrande)friheten bli en ofrihet, eller alltså en plikt/skyldighet [det innebär att om X har en frihet – är fri – att yttra sig om något, kan Y *inte* framföra ett *krav* på att X *inte* ska yttra sig. Y kan i själva verket inte kräva någonting alls; varken att X ska yttra sig eller att X *inte ska* yttra sig. Y kan alltså inte kräva någonting som gör att X's frihet begränsas].

En *kompetens* eller befogenhet består i förmågan att ändra en rättslig relation mellan två parter; jag har exempelvis *kompetensen* som ställföreträdare att ingå ett avtal eller som

⁴ Det som åsyftas här är den s.k. analytiska rättighetsteorin så som den framställdes av W. N. Hohfeld i två artiklar i början av 1900-talet. För en redogörelse av den se särskilt H. Gustafsson a.a. 2005 samt N. Simmonds *Juridiska principfrågor* (1988), kapitel 8. Teorin är inte utan svårigheter, och det finns andra konkurrerande rättighetsteorier som tar fasta på andra moment och definitioner, och syftet att här presentera några grunddrag av den betyder ingen särskild preferens för den, mer än att den tämligen pedagogiskt har ett visst förklaringsvärde i förevarande sammanhang.

privatperson att upprätta ett testamente. Korrelatet till en parts kompetens innebär att andra parten måste *underkasta* sig (ja, helt enkelt godta eller foga sig i) denna kompetens eller befogenhet. En myndighet eller kommun har exempelvis kompetens att besluta om diverse verksamheter som kommunmedborgarna eller den enskilde har att underkasta sig.

Återför vi dessa begreppspar på distinktionen negativa och positiva rättigheter ovan, så kan man notera att klassiska rättigheter ofta är blandade; de är först och främst i teknisk mening *friheter* (yttrandefrihet, mötesfrihet, religionsfrihet osv) som ingen kan rikta några krav mot (icke-krav), men man kan också säga att de innefattar ett krav på att andra (t.ex. staten) har en skyldighet att respektera yttrandefriheten. Vad avser sociala positiva rättigheter är situationen historiskt blandad: ofta har de inte varit formulerade som genuina krav(rättigheter) utan de har garanterats via allmänt hållna skyldigheter för det allmänna, som då samtidigt har haft en relativt stor frihet att bestämma socialpolitikens närmare utformning och på lokal tillämpningsnivå har kommunen delegerats en närmare angiven kompetens. Emellertid kan det noteras att med en samhällsutveckling som inneburit en förstärkt lagstiftning avseende enskildas rättigheter, så har den enskildes krav (på omsorg, insatser osv) blivit föremål för lagstiftning, liksom tydligare reglering av motsvarande skyldigheter och precisering av den kommunala kompetensen.

Ser man på de sociala rättigheterna, som ovan nämnts baseras på att det allmänna (staten) har att positivt bidra till att trygga individernas tillvaro, kan deras rättsliga status karakteriseras som en skyldighet eller plikt för det allmänna. Den enskilde skulle då också kunna sägs inneha en motsvarande kravrättighet till sociala tjänster, om lagstiftningen medger denna konstruktion, d.v.s. den enskilde har ett rättsligt definierat krav. Kännetecknande är dock att preciserade och individualiserade (krav)rättigheter inte varit särskilt vanliga inom sociallagstiftningen, så att den enskilde kunnat utkräva en rättighet. Tidigare har saknats såväl överprövningsmöjligheter som sanktionsmedel (se avsnitt 3 nedan), avskiltigen beroende på att det varit fråga om allmän målrelaterad ramlagstiftning eller att området huvudsakligen varit föremål för effektiv politisk styrning och konfliktlösning, som i sig inte nödvändiggjort rättighetslagstiftning i någon större omfattning.⁵ Men det är också fullt rimligt att teoretiskt beteckna sociala rättigheter som äkta (krav)rättigheter, om de definieras så i lagstiftningen.

Utöver denna teoretiskt tekniska korrelation mellan rättigheter, skyldigheter, friheter och kompetenser så kan man också ange vissa kriterier på en rättighet i mer allmänna juridiska ordalag. Det brukar anföras att det av en funktionell rättighet i allmänhet bör krävas att den ska vara *konkret* såtillvida att klara rekvisit ska föreligga för rättsföljdens inträde; den ska vara bestämd i *lag*; den ska vara *utkrävbar*; den ska kunna *överprövas*; det ska finnas *statlig tillsyn* och det bör finnas *adekvata tvångsmedel* för rättighetens förverkligande.⁶ Denna konventionella rättighetskonstruktion har syftat till att garantera individen en hög grad av rättssäkerhet och förutsebarhet. Konstruktionen är påtagligt individcentrerad och förutsätter

⁵ Det finns skilda rättsliga traditioner eller rättskulturer som förklarar denna skillnad i rättighetstänkande. Se H. Gustafsson "Rättighetifisering: om rättigheternas tragedi", i: T. Erhag, P. Leviner & A-S. Lind (red.) *Socialrätt under omvandling - om solidaritetens och välfärdsstatens gränser* (Liber 2018); T. Kotkas & K. Veitch *Social Rights in the Welfare State: Origins and Transformations* (Routledge: 2017); M. Åhrén "Rättigheternas renässans och samiska markanvändares egendomsrättigheter till land", *Retfærd* 2/2018.

⁶ H. Gustafsson 2005.

individer som förmår aktualisera 'sin' rättighet, något som är kännetecknande för den rättsstatliga rättssäkerhetsmodellen med tyngdpunkt på negativa rättigheter enligt ovan.

Men vilka krav eller kriterier kan då ställas på välfärdsrättigheter som ofta är utpräglat behovsorienterade och där en komplex individuell behovsbedömning svårigen kan uppfylla samma krav på förutsebarhet? Och där välfärdsrättigheterna många gånger heller inte aktualiseras av resursstarka, eller annars kapabla, individer?

Sociala rättigheter underställs teoretiskt i allmänhet samma krav som traditionella fri- och rättigheter, men det är ingalunda ovanligt att ytterligare kännetecken uppställs just för välfärdsrättigheter, till viss del därför att de är beroende av det allmännas aktiva roll. En ofta anförd lista – 'checklista,' eller som jag själv benämnt dem, *indikatorer i rättighetsstyrka* – innefattar följande bedömningspunkter.⁷

1. Är förmånen formulerad som en individuell rättighet, eller är det frågan om en generell reglering?
2. Är förutsättningarna (kriterierna) för att erhålla förmånen angivna i lag?
3. Är förmånens innehåll angivet i lag?
4. Är förmånen beroende av budgetanslag?
5. Föreligger överklagningsrätt?
6. Finns i lagen angivet former för statlig tillsyn och kontroll?
7. Finns i lagen angivna sanktionsmöjligheter gentemot myndigheter för utkrävande av individuella rättigheter?

Allmänt kan dock sägas, att ju mer exakt och ju fler punkter som anges eller uppfylls (listan är inte uttömmande, utan kan troligtvis utökas), desto starkare kan rättigheten sägas vara och desto mindre möjligheter finns det att kringgå eller begränsa dess faktiska ändamål och effektivitet. Vad avser LSS kan man, numera, bejaka varje punkt ovan och teoretiskt konstatera att den är en rättighetslag. Å andra sidan blir emellertid kedjan inte starkare än dess svagaste länk: denna kan variera, men en prekär länk är naturligen det faktiska budgetanslaget (punkt 4), men även t.ex. reella överklagningsmöjligheter (punkt 5). Om man betraktar dessa punkter som *indikationer*⁸ på styrkan eller svagheten i ett rättighetsskydd, kan det upptäckas var och hur rättssäkerhetsbrister uppstår. Därmed möjliggörs en analys av vilka delar i en rättighetslagstiftning som behöver stärkas, kompletteras eller på annat sätt tilldelas extra resurser.

På det här sättet kan en rättighet så att säga 'mätas' i styrka eller svaghet vad avser olika rättssäkerhetsgarantiernas stabilitet över tid i relation till praxisförändringar och ekonomisk konjunktur. Det möjliggör också en bedömning av styrkan i den lagtekniska utformningen i rättighetslagar och skyldighetslagar.

2.2 Rättighetslag och skyldighetslag

Den viktigaste skillnaden mellan en skyldighetslagstiftning och en rättighetslagstiftning är att den förra ger adressaten (t.ex. patient, elev etc) vad denne har rätt till genom politiskt fattade beslut. Genom att staten ålägger myndigheter, sjukvården, hemtjänsten, skolan osv skyldigheter att agera för att rätten till omsorg mm ska uppfyllas, anses de vara en del av politiken och bör

⁷ A. Hollander *Rättighetslag i teori och praxis. En studie av lagstiftning inom social- och handikappområdet* (Iustus: Uppsala) 1995, sid. 35, samt H. Gustafsson 2002 och 2005.

⁸ Använd på LSS H. Gustafsson 2007.

därför inte bli föremål för överprövning av domstol eller annat liknande organ. Det vanligaste sättet att styra den välfärdsstatliga samhällsutvecklingen har bestått i målinriktade ramlagar – skyldighetslagar – som angett vissa mål för verksamheten, men som överlåter till utövarna och myndighetstillämpningen att ge lagstiftningen ett närmare innehåll.⁹ I allmänhet är en skyldighetslag riktad till myndigheter, kommuner, regioner eller det allmänna och anger vad de ska göra i förhållande till enskilda. Det saknas juridiskt utkrävbara rättigheter för den enskilde. Skyldighetslagar är alltså riktade till myndigheten och inte till den enskilda individen. Beslut fattade inom ramen för denna slags allmänna lagstiftning, ofta i form av ramlagskaraktär, är inte möjliga att överklaga, även om viss laglighetsprövning kan föreligga.

En rättighetslagstiftning, å andra sidan, kräver en annan konstruktion. För att en rättighetsregel ska föreligga måste, som ett slags rättsligt minimikrav, lagstiftningens ändamål vara tydligt angivna och beslut kunna överprövas av domstol (närmast förvaltningsdomstol) eller genom besvärsmyndighet.

Kort sagt anger en rättighetslag specificerade (detaljerade, individuella) rättigheter åt den enskilde, och i t.ex. LSS är specifika insatser angivna. I själva lagtexten i LSS uttrycks rättighetskaraktären dels genom rubriksättningen ”Rätten till insatser”, dels genom ordvalet i 7 § 1 st, ”Personer som anges i 1 § *har rätt till* insatser i form av särskilt stöd [etc].” Enligt 7 § 2 st *skall* den enskilde tillförsäkras goda levnadsvillkor, insatserna *skall* ha beständighet, vara samordnade och de *skall* anpassas till mottagarens individuella behov.

De till rättigheterna motsvarande skyldigheterna uttrycks redan i lagens 2 § ”Varje landsting *ska* [...] *svara för* insatser enligt 9 § första stycket 1.” och ”varje kommun *ska*, [...] *svara för* insatser enligt 9 § första stycket 2--10.” I några paragrafer preciseras skyldigheter och särskilda uppgifter för kommunen, där bl.a. kommunen *skall verka för* att planer samordnas, 14 §, samt att det till kommunens uppgifter hör andra uppgifter, såsom uppföljning, informera om mål och medel, verka för tillgänglighet samverka med organisationer etc, 15 §.

Till skillnad från LSS är t.ex. *Hälso- och sjukvårdslagen* (2017:30) inte en rättighetslag utan en skyldighetslag, som anger mål och krav för hur vården ska bedrivas samt reglerar ansvar och skyldigheter för huvudmannen. På liknande sätt anger *Patientsäkerhetslagen* (2010:659) tydliga skyldigheter, t.ex. 3 kap om ’vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete’ osv.

Den nya *Socialtjänstlagen* (2001:453) är i huvudsak en skyldighetslag men har delvis karaktären av en rättighetslagstiftning genom ’rätt till bistånd’ (försörjningsstöd) i 4 kap 1 §. Denna rätt stärks också genom rätt till överklagande i 16 kap 3 § samt t.ex. att kommun kan åläggas att betala en särskild avgift om rätten till bistånd inte tillhandahålls inom skälig tid, 16 kap 6a § SoL.

Det kan konstateras att det inte alltid är klart i vilken grad en särskild lagstiftning entydigt kan karakteriseras som en rättighetslag eller som en ren skyldighetslag vilka anger ganska omfattande rättsliga skyldigheter för det allmänna. Det kan finnas gradskillnader beroende på i vilken utsträckning ’checklistan’ används och avseende förekomsten av blandade adressater i lagstiftningen.

⁹ Allmänt om ramlagar, se A. Hollander a.a. sid. 21 ff och P. Kjellbom ”Ramar eller rättigheter? Om tolkningen av socialtjänstlagens biståndsbestämmelse när barn riskerar att förlora sitt hem”, *Retfärd* 3-4/2017.

3. Historisk exposé

Ser man generellt på den svenska sociallagstiftningen och målar utvecklingen med breda penseldrag¹⁰ kan man se att den från 1600-talet har gått från en kyrklig välgörenhet och en angelägenhet för städer och socknar till en modern socialpolitik under 1900-talet. Successivt skärps under 1800-talet socknarnas och det allmännas skyldigheter gentemot fattiga och nödlidande. Fattigvården blir alltmer en rättslig skyldighet för det allmänna och i allt större utsträckning också för staten genom ett antal fattigvårdsförordningar 1847, 1853, 1871 och särskilt genom fattigvårdslagen 1918 vilken betonade det allmännas ansvar med en viss begränsad besvär rätt. Stegvis sker en utveckling från ett allmänt ansvar baserat på en barmhärtighetsmoral över en allmänt hållen skyldighet att tillse de fattigaste i samhället och till att tillerkänna den behövande en rättighet.

Under 1900-talets första hälft finner en statlig socialpolitik formen, och där också staten påtager sig en väsentlig roll och funktion. Det sker en väsentlig utbyggnad av socialförsäkringar, sjukkassor, pensionskassor och arbetslöshetskassor som avsevärt ekonomiskt avlastar det kommunala ansvaret. Inför *Socialhjälpslagen* 1956 betonades att socialhjälp ”kan utformas såsom en skyldighet för samhället och en rättighet för mottagaren.”¹¹ Den principiella rätten påtalades i lagens förarbeten som att ”den obligatoriska socialhjälp skulle för varje medborgare i ett faktiskt nödläge vara en rättighet.”¹² ’Rättigheten’ begränsades dock egentligen till att den enskilde gavs rätt att överklaga socialnämndens beslut och att återbetalningsskyldigheten av utbetald socialhjälp begränsades.

Vad avser de mer handikappinriktade lagstiftningsåtgärderna infördes 1945 *lag om undervisning och vård av vissa utvecklingsstörda*, som särskilt reglerade de funktionshindrades ställning. Landstingen hade huvudansvaret för verksamheten.¹³ Eftersom lagen hade en begränsad målgrupp ändrades den 1954 genom *lag om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna*, där landstingen fick ansvaret för samtliga utvecklingsstörda med undantag liksom tidigare. Personkretsen kom därmed att utvidgas. Lagen ändrades redan 1967 genom *lag angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda*, eftersom vissa funktionshindrade inte omfattades av lagen och därtill hade ett antal speciallagar tillkommit som reglerade anstaltsvården. Syftet var att samordna de olika omsorgerna under en övergripande lag och få ett både flexibelt och rättssäkert system.

1967 års lag ersattes i sin tur 1985 med *lag om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl.*, den s.k. *Omsorgslagen*, OL.¹⁴ Lagen skulle vara ett komplement som betonade det s.k. miljörelaterade handikappbegreppet med centrala värden som *normalisering, integrering, integritet* och *självbestämmande*. En utökad besvär rätt till länsrätt infördes. OL reglerade en rad skyldigheter för landstingskommunerna, såsom att tillhandahålla rådgivning, kontaktperson, personlig assistent, god man, förvaltare, korttidsvistelse och gruppboende. Särskilt kom emellertid rätten till särskilt boende i gruppboende att framstå som betungande, och i förarbetena lade man viss vikt vid att prövningen skulle ta hänsyn till landstingets

¹⁰ Se H. Gustafsson 2007, sid. 40-45.

¹¹ SOU 1950:11 *Utredning och förslag angående lag om socialhjälp*, sid. 29 ff, sid. 80 ff.

¹² S. Holmberg *Rätten till bistånd enligt 6§ socialtjänstlagen* (Skeab förlag: 1985), sid. 59.

¹³ Å. Gunnarsson & A. Hollander *Omsorgslagen och utvecklingsstördas rätt* (Stockholm: 1990), sid. 14 f.

¹⁴ Å. Gunnarsson & A. Hollander a.a., sid. 19.

resurser,¹⁵ något som landstingen fann vara ett argument i många fall där resursbrist åberopades för att inte kunna bevilja insatser. OL gavs en i förhållande till tidigare lagar på området starkare rättighetsställning, eftersom omsorgerna var formulerade som individuella rättigheter med förutsättningar angivna i lag, genom besvärsträtten och i vissa värdeangivelser om de utvecklingsstördas inflytande.¹⁶ Men inte heller OL anno 1985 kom att bestå särskilt länge eftersom den uppvisade brister i en rad avseenden, bl.a. ett dåligt rättsskydd och en svag rättssäkerhet, ett tilltagande lag- och domstolstrots, där resursbrist åberopades alltmer frekvent.

Den 1 januari 1994 trädde *lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade* ikraft. De värden och centrala målsättningar som genomsyrar tanken bakom LSS är att verksamheten skall främja jämlikhet i levnadsvillkor, full delaktighet i samhällslivet och att den enskilde får möjlighet att leva som andra¹⁷; den skall vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och den enskilde skall i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges (5-6§§). De centrala nyckelorden är således *jämlikhet, delaktighet, självbestämmande, integritet, inflytande och medbestämmande*.¹⁸ Begreppen avser att markera en humanistisk och etisk grundsyn, i motsats till den omhändertagande vårdfilosofi som sedan länge var rådande inom fattig- och socialvården. För att uppnå dessa mål framfördes en rad åtgärder, bl.a. en ytterligare precisering av insatserna i form av rättigheter, ett tydliggörande av kommunernas ansvar och skyldigheter samt en utvidgning av personkretsarna jämte utökning av insatsmöjligheterna, vilket i sig medförde en omfattande ansvarsutvidgning för kommunerna.

I 9§ regleras en rad preciserade insatser såsom 1) *rådgivning* och annat personligt stöd, 2) *personlig assistent*, 3) *ledsagarservice*, 4) biträde av *kontaktperson*, 5) *avlösarservice* i hemmet, 6) *korttidsvistelse* utanför det egna hemmet, 7) *korttidstillsyn* för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet, 8) *boende i familjehem* eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar, 9) *bostad med särskild service* för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna, 10) *daglig verksamhet* för personer i yrkesverksam ålder.

LSS fick till skillnad från den tidigare lagstiftningen tydligare uttryck som en rättighetslag, vilket innebär att såväl förutsättningarna som insatserna är individuellt preciserade och därmed ger upphov till en rättighet för den enskilde. En sådan rättighet borde enligt lagstiftaren komma till uttryck i en preciserad lagtext i vilken förutsättningarna anges tydligt: *”för att stärka medborgarens ställning i relation till den offentliga förvaltningen bör [...] reglerna så klart som möjligt uttrycka medborgarnas rättigheter.”*¹⁹ I prop. 1992/93:159 framfördes uttryckligen ’behovet av en utvidgad rättighetslagstiftning’²⁰ och den nya lagen [LSS] ska ’konkret ange de insatser som den enskilde skall ha rätt till’ och ’särskilt stöd och särskild service skall vara en rättighet.’²¹

¹⁵ Prop. 1984/85:176 *Särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda*, sid. 78.

¹⁶ Holmberg a.a.; A. Hollander a.a. samt G. Svensson *Skälig levnadsnivå och goda levnadsvillkor. Bedömning i förvaltningsdomstolar och socialnämnder* (Norstedts: 2000).

¹⁷ Om den handikappolitiska rättsutvecklingen se i synnerhet T. Fridström Montoya *Leva som andra genom ställföreträdare: en rättslig och faktisk paradox* (Iustus: 2015).

¹⁸ För grundtankarna bakom LSS, se H. Bengtsson *Politik, lag och praktik. Implementeringen av 1994 års handikappreform* (Studentlitteratur: 1998), men också SOU 1991:46 *Handikapp Velfärd Rättvisa* och SOU 1992:52 *Ett samhälle för alla*.

¹⁹ SOU 1991:46 *Handikapp Velfärd Rättvisa*, sid. 464.

²⁰ Prop. 1992/93:159, avsnitt 3.1.2., Bil. 1, sid. 49.

²¹ Prop. 1992/93:159, avsnitt 3.1.2., Bil. 1, sid. 50 resp. sid. 45.

4. Valet mellan skyldighetslagstiftning och rättighetslagstiftning

Rättighetslagstiftning synes alltså i sig förmedla ett positivt värde, dels för att tyngden och allvaret i vissa politikområden därmed inskräps, dels för att den enskildes rättsliga möjligheter därigenom stärks. Detta förmodas i sig också vara till gagn för den enskildes rättssäkerhet.

Men betraktar man den andra sidan av förhållandet (korrelationen) utifrån omsorgsgivarens perspektiv (staten, kommunen, regionen) så kan det konstateras att en förstärkning av (krav)rättigheten för dem emellertid medför ett motsvarande minskat handlingsutrymme för omsorgsgivarens frihet och normgivningskompetens. Eller, med andra ord, en mindre möjlighet till målstyrd rättstillämpning och möjligen ett minskat ekonomiskt resurshänsynstagande. En konsekvens av skärpt reglering av sociala rättigheter som specificerade rättigheter kan dock bestå i en noterad ökad risk för att behovsprövningen blir mindre flexibel och stelbent. Detta betyder att ett val eller en avvägning måste träffas mellan angelägenheten i individens omsorgsbehov och omsorgsgivarens ansvar och ekonomiska förutsättningar. En sådan avvägning har exempelvis att beakta huruvida det inom givna ekonomiska ramar finns realistiska möjligheter att förverkliga rättigheterna, dessutom i förhållande till värdet av den kommunala självstyrelsen. I andra vågskålen finns aspekten att rättighetsförstärkning för de skyddsvärda grupperna har till syfte att vara ett värn just mot ekonomiska kostnadsprioriteringar.

4.1 Rättigheter i tillämpningen

Eftersom sociala positiva rättigheter, på ett annat sätt än andra rättigheter, för sitt förverkligande i praktiken ofta är avhängiga ekonomisk finansiering och därigenom konjunktur känsliga, så är det också vanligt att karakterisera dem i relation till deras faktiska förverkligandegrad. Alltså, på ett annat sätt än klassiska negativa fri- och rättigheter är sociala rättigheter i viss mening beroende av ett omfattande statsfinansiellt tillskott. Det ska dock betonas att ett otillräckligt ekonomiskt underlag inte gör rättigheten till en definitionsmässig nullitet, men däremot kan denna omständighet utmyнна i en svag eller bristfällig rättighet, i enlighet med punkt 4 i ovan anförda 'checklista.'

Det är befogat att något närmare granska differentieringen inom området för de sociala rättigheterna själva – och de eventuella rättighetslagstiftningar de kan utgöra grunden för – och den successiva utveckling som också ägt rum i relation till välfärdsstatens framväxt. Vad särskilt avser de sociala rättigheternas karaktär kan man urskilja tre rättighetstypologier.²² Ett första sätt att karakterisera sociala rättigheter är de *målorienterade rättigheterna*, som innehåller vissa målrelaterade åtgärder men som ålägger ansvaret för genomförandet av dessa på omsorgsgivaren och att finna de medel som är nödvändiga härtill. Ofta saknas såväl klagomöjligheter för den enskilde som rättsliga sanktioner riktade mot omsorgsgivaren. Typiskt sett kan man beteckna *Hälso- och sjukvårdslagen* samt *Patientsäkerhetslagen* som målorienterade skyldighetslagar.

Den andra rättighetstypen kan kallas *kvasi-* eller *servicerättigheter* varvid förstas en begränsad rätt att ställa krav på vård- eller omsorgsgivaren i mån av befintliga resurser. En kvasirättighet utmyнна i vissa serviceåtgärder, men rättigheten är sällan uttryckt som en tydlig kravrättighet, utan stadgar ofta vissa skyldigheter för det allmänna. Denna modell saknar

²² Typologin från L. Westerhäll *Patienträttigheter* (Nerenius & Santérus Förlag: 1994).

utrymme för domstolsprövning, medan olika tillsynsmyndigheter (t.ex. IVO) och ombudsmannainstitut dock tjänar som övergripande kontroll- och styrmedel. Den tidigare *Omsorgslagen* kan ses som ett exempel på en kvasirättighetslagstiftning och möjligen faller också *Socialtjänstlagen* inom denna kategori.

Den tredje rättighetstypen kan benämnas *egentliga* eller *legala rättigheter*, som är utformade som individuella krav vilka det allmänna ska uppfylla. Alltså, mot kravrättigheter står en motsvarande skyldighet. Den enskildes rättssäkerhet tillgodoses genom kravet på överprövning genom domstolsprövning, varvid möjligheter ges att i efterhand kontrollera att rättigheten uppfyllts. Som en tydlig legal rättighetslag träder tveklöst *LSS* fram liksom *Skollagen* och i viss utsträckning också den tidigare *Omsorgslagen*.

Det kan framstå som att det här föreligger en slags rättigheternas hierarki, men det är inte ett självklart perspektiv. För det första föreligger ingen egentlig rättslig värdering av dessa typologier, utan de är rimligtvis avpassade efter den särskilda karaktären på rättsområdet ifråga. För det andra finns det heller inte en given ordning på det sättet att det skulle ske en utveckling från ett lägre till ett högre rättighetsstadium, en slags 'rättighetsevolution.' Snarast handlar det om funktionell differentiering, olika styrningsmodeller och skilda effektivitetsmål, återigen beroende på rättsområdena.

Erfarenheter från det socialrättsliga området ger för handen att vissa av de lagstiftningsvägar som tidigare valts inte varit tillräckligt effektiva för att genomdriva socialpolitiska reformer av önskvärt slag. Lagstiftningen har inte sällan varit av kvasikaraktär, det vill säga, det allmänna har haft en skyldighet att, exempelvis, inrätta särskilt boende, men det har saknats en motsvarande individuell och preciserad (krav)rättighet som möjliggjort för den enskilde att kunna utkräva dem. I praktiken har detta inneburit att den sökande saknat reella möjligheter att, så att säga, processa sig till sin rätt. För det allmänna har detta uppfattats som en viss (rörelse)frihet för kommunen att, beroende på resurser eller politisk prioritering, infria rättigheten eller ej. Frågan vilken rättighetstyp det gäller växlar tydligtvis med vilket perspektiv och vems position som intas i grundfrågan: statens eller individens?

Ur individens synpunkt varierar dock rättssäkerheten och rättssäkerhetsgarantierna beroende på vilken regleringsmodell som lagstiftaren väljer. Intuitivt synes de egentliga rättigheterna innebära en större rättssäkerhet än kvasirättigheterna, vilka i sin tur medger en högre förutsebarhet än de målorienterade rättigheterna.²³ Åtminstone teoretiskt, kan tilläggas. Man kan tänka sig en önskvärd utveckling bort från de allmänna målorienterade rättigheterna till en situation med ett successivt ökat inslag av egentliga rättigheter. Den andra sidan, dock, av ett förstärkt rättighetsskydd som varit något av kontroversen i rättighetsdebatten, är att med en motsvarande skyldighetsskärpning inträder en (i vissa fall avsevärd) kostnadsökning för det allmänna. Tillämpningen kan därför uppvisa diskrepanser mellan en, låt säga, lagteknisk teoretisk (formell) rättssäkerhet och en tillämpningsmässig praktisk (materiell) rättssäkerhet.

4.2 Förutsätter förstärkta rättigheter också stärkta skyldigheter?

En naturlig följdfråga rörande förstärkta rättigheter – i valet av en mer eller mindre omfattande rättighetslag – är i vad mån de också aktualiserar ett motsvarande och ökande åtagande av det allmänna. För att en stärkt rättighet eller rättighetslag i praktisk tillämpning inte ska resultera i

²³ Enligt Westerhäll, a.a.

en kvasirättighet, d.v.s. där rättigheten blir känslig för och beroende av ekonomiska anslag, så krävs dels reella rättssäkerhetsgarantier som rättsligt garanterar den i form av möjligheter till överklagande och överprövning, dels att skyldigheterna för det allmänna också klart regleras och att ansvarsområdet framgår tydligt. Eftersom förhållandena som ska regleras ofta är av hög samverkande komplexitet behöver skyldigheterna inbegripa ett klarläggande av de rättsliga, politiska, organisatoriska och ekonomiska faktorer som direkt eller indirekt påverkar rättigheten. En praktisk effektiv lagstiftning förutsätter med andra ord en teoretisk lagstiftningsmässig korrelation mellan rättigheter och skyldigheter. Det är den lösning som valdes vid konstruktionen av LSS, som anfördes ovan. Emellertid uppvisade lagstiftningen vissa tillämpningsbrister i form av s.k. fördröjd verkställighet, där rätten till insatser beviljades men där själva tillhandahållet fördröjdes, eller rentav uteblev. En särskild avgift infördes 2002 (LSS 28a-e §§) därför i syfte att förhindra en systematisk fördröjd verkställighet och i enlighet med checklistan punkt 7 stärktes rättigheten ytterligare.

För att rättigheterna inte heller ska vara av ramlagskaraktär, d.v.s. med angivande av allmänna målstadganden som det åligger myndigheter och förvaltning att finna lämpliga medel för att nå samt domstolar att pröva, så synes en förutsättning vara att rättigheterna har en tillräckligt hög precisionsgrad. Detta betyder att rättigheterna måste bli detaljerade till sitt materiella innehåll (jfr rättighetskatalogen i 9 § LSS), för att också kunna garantera att rättighetens ändamål uppfylls materiellt sett, men också för att möjliggöra under vilka omständigheter ett förvaltningsbeslut rörande avslag av rättighetens anvisade insats kan överklagas, eller ej.

Tentativt kan konkluderas att ett rättsligt optimalt utfall av en rättighetslagstiftning synes förutsätta förekomsten av en motsvarande (korrelerande) skyldighetslagstiftning. Det behöver alltså inte föreligga en motsättning här – d.v.s. ett antingen/eller – utan snarast utgör det en fråga om avvägningar i den lagtekniska balansakten mellan rättsliga styrningsalternativ, rättspolitiska prioriteringar och, inte minst, en bedömning av offentligfinansiella effekter.

Även om rättigheten, och rättighetslagen som rättsligt institut, blir stärkt av en motsvarande skärpning av skyldighetssidan, så måste det också, å andra sidan, noteras att blotta förekomsten av en skyldighet inte är en tillräcklig (om än möjligen en nödvändig) förutsättning för ett optimalt utfall. Frågan är nämligen om ett ökat tryck på myndigheter och det allmänna, för att minska skyldighetssidans ekonomiska konsekvenser, leder till en benägenhet att uppställa snävare rekvisit för åtnjutande av rättigheten (insatsen eller kriterierna för behovsprövningen). Frågan kan således formuleras: medför stärkta skyldigheter en risk för snävare kvalifikationsgrunder för åtnjutandet av rättigheten?

Med en betoning på detaljerade och preciserade rättigheter ökar förvisso de formella förutsättningarna för en eftersträvansvärd förutsebarhet. Det kan innebära att rättighetens innehåll – det sociala behov den avser att skydda/stärka – kommer att säkerställas av formella garantier rörande överklagandemöjligheter mm, men också att kravet på precision och detaljängivelse kan leda till att helhetsbedömningen av den sökandes behov kan komma att brista, och rentav leda till en fragmentisering. Kort sagt riskerar ett stärkande av rättigheterna att leda till en försvagning av helheten som rättighetskonstruktionen avser att tillgodose. Frågan i det här sammanhanget kan alltså formuleras: medför snävare kvalifikationsgrunder en risk för försvagning av rättigheten?

5. Rättigheter och rättssäkerhet

En strävan efter förutsebarhet i lagstiftningen som avser att öka precisionsgraden i rättigheterna, behoven eller insatserna genom att minska ett osäkert tolkningsutrymme kan således riskera att utmyнна i motsatta effekter. Frågan om en rättighetslags berättigande inbegriper följaktligen även ett beaktande av konsekvenserna för rättssäkerheten och hur den iakttages.

Rättigheter och rättssäkerhet hänger på ett naturligt sätt samman: den ena ska trygga den andra och båda, helst, förstärka varandra. Viktigt blir därför värdet av rättssäkerhet när det gäller rättighetslagar, särskilt med beaktande av några av de riskfaktorer som angavs ovan. I ett val mellan rättighetslag eller skyldighetslag eller någon annan form, behöver frågan om vilken regleringsteknik som operationaliserar och optimerar rättssäkerheten ställas. Strävan efter förutsebarhet och rättssäkerhet är självklart viktig, men det är inte lika självklart vad som åsyftas med begreppet rättssäkerhet.²⁴

En allmän definition är att rättssäkerhet innebär att på rättslig väg skydda individen (och dennes rättigheter) genom att motverka eventuellt godtycke och skönsmässighet i (rättsligt) beslutsfattande. Detta innebär att beslut och lagstiftning ska vara så preciserade och detaljerade, att den enskilde har möjlighet att förutse konsekvenserna av det egna handlandet eller det rättsliga beslutet²⁵ och medge en så stor förutsebarhet som möjligt så att också grunderna för överprövning tydligt framgår.

5.1 Formell och materiell rättssäkerhet

Den variant av rättssäkerhet som betonar vikten av rättsliga förutsättningar benämns vanligen *formell rättssäkerhet*, som förutom rimlig förutsebarhet också avser att det finns garantier för säkerställande av processuella regler samt möjligheter till omprövning. Den formella rättssäkerheten ligger nära legalitetsprincipen²⁶ och utgör därmed också ett grundläggande rättsstatligt värde. Emellertid ställer sig rättssäkerhetsaspekterna något annorlunda i modern sociallagstiftning där individuella behovsbedömningar sällan kan fångas av formella förutsebarhetskriterier. Att dessa synes mindre funktionella inom de välfärdsstatligt reglerade sociala områdena har ofta framförts inom socialrättslig doktrin.²⁷ Det betyder inte att rättssäkerheten är oviktig. Tvärtom. Men det förutsätter en annan syn på rättssäkerhet och inom socialrättslig forskning är distinktionen mellan formell och *materiell rättssäkerhet* central.

Med *materiell rättssäkerhet* avses att lagstiftningens innehåll och resultat utifrån målen uppfylls på ett godtagbart sätt. För viss lagstiftning är det inte tillräckligt att det finns formella garantier, det måste också föreligga garantier som säkrar dess materiella innehåll. Ibland definieras materiell rättssäkerhet som att ett beslut (eller en reglering) bör vara etiskt förankrat.²⁸ Det innebär att individens lagstadgade behov de facto tillgodoses. Ju mer komplext bedömningsutrymme är för olika behovsprövningar, desto svårare är det att uppställa formella kriterier och desto viktigare att uppställa garantier för att det materiella innehållet tillgodoses.

²⁴ För en genomgång av rättssäkerhetsbegreppets historiska kontext och olika uppfattningar och definitioner av det, se H. Gustafsson 2002 kapitel 5.

²⁵ H. Gustafsson 2002, sid. 306.

²⁶ Som bl.a. omfattar ett principiellt förbud mot retroaktivitet. Om detta, se T. Bäckman "LSS-utredningen och den enskildes skydd mot retroaktiv lagstiftning", *Nordisk Socialrättslig Tidskrift* 23-24/2020.

²⁷ Se t.ex. L. Vahlne Westerhäll (red.) *Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten* (Norstedts juridik: 2002).

²⁸ Om materiell rättssäkerhet som etiskt grundad har framförts framförallt av A. Peczenik inom rättsteori och av L. Vahlne Westerhäll inom socialrätten; se Gustafsson 2002 a.a. *ibid.* för kommenterar runt dessa varianter.

Dessa två rättssäkerhetsperspektiv har vissa följder. För det första medför en rättighetsprecisering ofta detaljlagstiftning som teoretiskt sett gynnar förutsebarheten, vilket stärker formell rättssäkerhet. Men erfarenheter från socialrättsområdet visar att när behovsrekvisit ges en mer precis innebörd kan själva bedömningsgrunden tendera att bli snävare. Ramen blir alltför begränsande, i den meningen att många behovsprövningar inte är möjliga att fullt ut täcka med detaljföreskrifter: multifunktionshinder är t.ex. svåra att entydigt infånga i klara rekvisit. En ökning av den formella rättssäkerheten kan därför leda till att den materiella rättssäkerheten minskar. I detta avseende måste en regleringsteknik alltså beakta förhållandet mellan formell och materiell rättssäkerhet.

För det andra innebär en ökning av rättsliga rättssäkerhetsgarantier naturligen en ekonomisk och administrativ belastning på förvaltning och domstolsväsende. Omvänt betyder det att ekonomiska effektivitetskrav och besparingsåtgärder av olika slag också får konsekvenser för det faktiska upprätthållandet av rättssäkerheten, och därmed av rättigheten, och följaktligen för legitimiteten av en ambitiös rättighetslagstiftning. Annorlunda uttryckt står balanspunkten för en effektiv rättighetsreglering ytterst i en avvägning mellan individens rättssäkerhet och ekonomisk hållbarhet. För att rättssäkerhetsgarantierna inte ska bli en chimär bör motsvarande klara garantier och tydlig ansvarsreglering för dem föreligga, t.ex. genom förstärkt skyldighetslagstiftning. Garantierna behöver (en andra gradens) garantier.

5.2 Substantiell (social) rättssäkerhet

Ett annat sätt att uttrycka problematiken är att de sociala rättigheterna som varit ett kännetecken för den moderna välfärdsstaten samtidigt blivit ekonomiskt och politiskt beroende av densamma. Som nämnts är formell förutsebarhet inte alltid optimalt avpassad efter de komplexa behovsbedömningar som sociallagstiftningen innefattar. Men inte heller den materiella rättssäkerheten är en garant för de sociala rättigheterna i de fall legitima ekonomiska, politiska eller rättsliga ändringar inträffar som påverkar regleringens innehåll och faktiska utfall. Det är heller inte säkert att sådana omständigheterna behöver strida mot en materiell rättssäkerhet, eftersom det ofta är fråga om avvägningar mellan olika förutsättningar, som ibland måste beaktas.

Socialrättslig tillämpning innefattar i viss mån ett avsteg från formell likabehandling till förmån för en individuell 'olikbehandling' i behovsbedömningen. Rättssäkerhet i detta sammanhang tar då snarast sikte på att garantera det enskilda fallets specifika olikheter och sociala omständigheter som föreligger. Rättssäkerhet innebär, kan man säga, en konsekvensbedömning av vad ett beslut rent faktiskt och socialt leder till. Ett alternativt kriterium kan därmed anföras, nämligen ett socialt hänsynstagande i rättssäkerheten, i form av *social godtagbarhet*. Denna utgår från förutsättningen att rättsliga beslut, även om de är formellt och materiellt rättssäkra, kan få oförutsedda negativa konsekvenser i socialt hänseende. En analys av de sociala konsekvenserna bör därför vara ett normalt inslag i en rättssäkerhetsbedömning vad avser sociala rättigheter och vikten av att det rättsliga beslutet har en hög grad av legitimitet.

Denna tredje rättssäkerhetsvariant kan benämnas *substantiell rättssäkerhet* – eller '*socialsäkerhet*' – som avser att den enskildes integritet och särskilda behov respekteras och att

de vidare sociala konsekvenserna för den enskilde beaktas.²⁹ För ett reellt tillgodoseende av en social rättssäkerhet är den enskildes medinflytande – kanaliserat via brukar- och intresseorganisationer – i relevant lagstiftningsarbete centralt. Detta medinflytande förutsätter att politiker, professionella och brukare är likvärdiga parter i en gemensam strävan efter identifierandet av olika tänkbara och oförutsedda konsekvenser.

Medan formell rättssäkerhet därför kan sägas sikta på formell godtagbarhet och materiell rättssäkerhet på innehållslig (och etisk) godtagbarhet, siktar substantiell rättssäkerhet på social godtagbarhet. En annan terminologi som fångar de tre rättsäkerhetsvarianterna är konsekvensbedömning av reglering och beslut; rättslig, materiell-etisk och social konsekvensbedömning. Rättstillämpningen bör alltså vara förutsebar i såväl rättsligt, innehållsligt (etiskt) som socialt hänseende. Detta innebär att rättssäkerhet är en angelägen fråga inte bara ur den enskildes perspektiv, men också för tillämparen. Ur rättstillämparens perspektiv innefattar det ett ansvarstagande för att det rättsliga beslutet är acceptabelt med hänsyn tagen till ett beaktande av de sociala konsekvenser det ger upphov till, och ur individens perspektiv innebär det att ett beslut inte ska upplevas som socialt oacceptabelt, utan socialt legitimt.

6. Sociala rättigheter i en förändrad samhällskontext

Av det ovanstående resonemanget, kan ett 'rättssäkerhetstest' i tre steg konstrueras för att bedöma huruvida rättssäkerhetsgarantier föreligger visavis en tänkt lagstiftningsreform, t.ex. avseende förstärkta rättigheter. För det första, om det finns garantier för formerna som regleringen/rättigheten ska trygga (formell rättssäkerhet); för det andra, om det finns garantier som tryggar att regleringens/rättighetens innehåll tillgodoses (materiell rättssäkerhet); och, för det tredje, om det finns garantier som tryggar regleringens/rättighetens icke avsedda och oförutsedda effekter och verkningar för den enskilde (substantiell rättssäkerhet). Vilken rättssäkerhet som framstår som mest optimal, givet en viss lagstiftningsteknik, är naturligen en berättigad fråga. Snarare än att ställa dem emot varandra, kan lämpligtvis de här identifierade olika rättssäkerhetsvarianterna användas för att bedöma aspekter och konsekvenser av viss lagstiftningsteknik, som övervägs.

Som framgår är relationen mellan rättigheter, rättighetslag/skyldighetslag och rättssäkerhet tämligen komplex. Denna komplexitet har att göra med olika rättsområdets särskilda regleringar och anknytande rättigheter, men också med i vilken samhällskontext som dessa konstellationer uppkom och hur de gestaltar sig när den offentliga sektorn förändrats.

6.1 Velfärdsrättens omställningar

Att den offentliga sektorn väsentligen har förändrats och därmed också ändrat förutsättningarna för den klassiska välfärdsstaten, är en given utgångspunkt för att förstå i vilken kontext som rättigheter och rättssäkerhet omformas i. Det är viktigt att inplacera de sociala rättigheternas omvandling i en likaledes förändrad välfärdsstat, ibland benämnd 'postvälfärdsstat'.³⁰ I modern tid har den offentliga sektorn burit det övergripande välfärdsansvaret, medan dagens välfärdsproduktion i ökande omfattning frångår den traditionella offentliga förvaltningen av

²⁹ Om substantiell rättssäkerhet och 'socialsäkerhet', se H. Gustafsson "Rättssäkerheten, moralen och 'socialsäkerheten'", *Tidskrift för rättssociologi* 3/4 1988; H. Gustafsson "Rättssäkerhet och 'socialsäkerhet': På spaning efter det begrepp som flytt", *Retfærd* 56 1992 samt H. Gustafsson 2002, särskilt kapitel 6.1 (sid. 389-403).

³⁰ Eller marknadsstat, konkurrensstat eller liknande. Se Gustafsson 2018.

välferden till förmån för en ökad konkurrensutsättning från den privata marknadsmodellen men också genom samverkansformer mellan stat och marknad. Vissa välfärdstjänster har också kommit att kompletteras av civilsamhället, framför allt inom vård, skola, omsorg, integration och flyktingmottagning. Även här växer nya samarbetsstrukturer fram mellan det offentliga och civilsamhället, mellan kommuner och idéburna aktörer. Detta förändrar också synen på balansen mellan producenter, distributörer och mottagare av välfärdstjänster.

En fråga som ställs allt oftare inom välfärdsjuridiken³¹ är vem som tar och har ansvar för välfärden. Och mer specifikt, ansvaret för utfallet av välfärdslagstiftningen i en marknadsorienterad, konkurrensutsatt och avreglerad offentlig sektor. Traditionellt sett har sociallagstiftningen baserats på en målinriktad skyldighetslagstiftning av olika precisionsgrad, som under välfärdsstaten fungerat jämförelsevis väl, och där det statliga ansvarstagandet för välfärden var relativt tydligt. Ett sätt att bemöta den förändring som märktes redan i början av 90-talet, genom den begynnande marknadsorienteringen, var att trygga rätten till välfärdsutbud och inskräpa det allmännas ansvarstagande genom individuellt utkrävbara rättigheter, särskilt genom LSS.³²

En förskjutning av rättigheterna kan härvidlag noteras: *från* de medborgerligt-politiska negativa rättigheterna som formulerades under den liberala rättsstaten som en motsättning mellan individ och statsmakt, *över* de sociala positiva rättigheterna formulerade under den moderna välfärdsstaten som olika grader av rättigheter och skyldigheter mellan individen och en aktiv statsmakt, *till* individuella rättigheter formulerade under postvälfärdsstaten som 'semi-sociala' rättigheter i en ny kontext.

Det synes ske en omvandling av de sociala rättigheterna som är avsedda att distribueras och garanteras via en blandform av vinstdrivande marknadsaktörer. Det är således inte självklart att just *staten* med nödvändighet behöver vara den sektor som anger rättighetens status: det är tvärtom nödvändigt att relatera dem också till marknaden och civilsamhället. Om rättigheterna i praktisk tillämpning underställs ekonomiska marknadslösningar är en trolig konsekvens att förverkligandet av dem också blir betingade av ekonomiska marknadsmekanismer.

6.2 Rättigheter i fokus

Med den nya inriktningen på sociala rättigheter följer genom själva marknadslogikens kostnads- och effektivitetssträvanden att rättigheterna tenderar att förses med strängare kvalifikationsgrunder för att den enskilde ska komma i åtnjutande av dem.

Det finns en ökande tendens att omformulera samhälleliga, ekonomiska och politiska förhållanden till rättighetsterminologi, och en uppfattning att dessa förhållanden på ett effektivt sätt kan lösas genom juridisk rättighetstilldelning. Det ligger förvisso en inte orimlig förväntan i det, men ges rättigheterna en för starkt framträdande roll i förhållande till andra sociala relationer och politiska lösningsalternativ, är det inte säkert att de främjar en social sammanhållning, utan tvärtom kan framstå som splittrande.

Att rättigheter används i ökande utsträckning kan benämnas "*rättighetifiering*". En överfokusering på rättigheter kan leda till vissa negativa konsekvenser som behöver beaktas i

³¹ Exempelvis antologin T. Erhag, P. Leviner & A-S. Lind (red.) *Socialrätt under omvandling - om solidaritetens och välfärdsstatens gränser* (Liber: 2018).

³² Se H. Gustafsson *Rättens polyvalens: En rättsvetenskaplig studie av sociala rättigheter och rättssäkerhet* (Lund: 2002).

relation till lagstiftning med rättighetsförstärkande ambitioner.³³ *Rättighetsindividualisering* innebär att ett stärkande av sociala rättigheter och annan relaterad välfärdslagstiftning i allt högre utsträckning ges individuell prägel. Den enskilde förses med individuellt utkrävbara rättigheter och därmed förmodas det enskilda individuella problemet bli löst. *Rättighetsfragmentisering* innebär att rättigheterna preciseras till snäva detaljnivåer, vilket medför en fragmentisering av bedömningen av den enskildes behov och att helheten brister. *Rättighetsdisciplineringen* medför att fastställandet och avgränsningen av den enskildes behov måste framställas som rättigheter varvid den enskildes behov styrs in i snäva rättighetskategorier.

I en sådan styrningsmodell blir ansvaret för rättigheterna i ökande utsträckning individualiserat: individen förutsätts själv bära ansvaret för att rättigheternas kvalifikationsgrunder uppfylls. Marknadsaktörernas svar på utökade rättigheter kan medföra en utökad kontroll av individens kvalifikationer. Det sker en ökning av kontrollmekanismer riktade mot enskilda behovsökande, d.v.s. långtgående kontroller av förutsättningarna för behovsprövning. En kvantifiering och mätbarhet inträder följaktligen för att bedöma om befintliga resurser nyttjas ekonomiskt effektivt (t.ex. genom NPM, *New Public Management*).

För att denna styrningsverksamhet ska fungera på avsett sätt, är en förutsättning att rättigheterna och behovsprövningen blir optimalt förutsebara. Rättigheterna behöver därmed vara klart utformade, detaljerade och strikt avgränsningsbara. Detta medför i sin tur en förstärkt betoning och ett gynnande av formell rättssäkerhet. Erfarenheter från socialrättsområdet visar dock att om behovsrekvisiten ges en, formellt sett, klarare innebörd kan själva bedömningsgrunderna komma att bli snävare. Samtidigt som den enskilde förses med förstärkta rättigheter, så kan den övergripande individualiseringen riskera att leda till att den enskildes möjligheter tvärtom försvagas.

En ökning av olika former av rättighetsanspråk, leder rimligtvis också till motsvarande ansvarsfrågor: Hur samordnas det politiska ansvaret med marknadsansvar och civilsamhällets ansvar? Regleras ansvarsfrågorna samtidigt och i motsvarande mån? Hur samverkar – eller motverkar – dessa olika aktörer från privat sektor, offentlig sektor och ideell sektor i ett ansvarstagande för helheten? En följd effekt av rättighetsfragmentiseringen består således i en risk för fragmentisering av aktörernas skyldigheter, eller, om man så vill, en *'ansvarsfragmentisering.'*

7. Avslutande synpunkter

Ur de ovanstående resonemangen följer att en generell aspekt på rättssäkerhet i relation till sociala rättigheter inte handlar om att rättssäkerhet uteslutande avser att garantera dem gentemot skönsmässigt beslutsfattande eller politiskt godtycke från statlig myndighetsutövning. Staten är förvisso en fortsatt viktig aktör, men inte den enda. Andra aktörer är vinstdrivande företag inom den privata marknadssektorn samt utförare och idéburna organisationer knutna till den ideella sektorns civilsamhälle. Rättssäkerheten – i meningen att kunna förutse stabiliteten i en rättsligt definierad position, t.ex. i form av en rättighet – blir komplex då normsystemets upprätthållande är avhängigt tre sektorer med olika funktionssätt.

³³ H. Gustafsson "Rättighetifiering: om rättigheternas tragedi", i: T. Erhag, P. Leviner & A-S. Lind (red.) *Socialrätt under omvandling - om solidaritetens och välfärdsstatens gränser* (Liber 2018), s. 54 f.

Rättssäkerhet i betydelsen av att trygga sociala rättigheter handlar i detta vidare perspektiv, å ena sidan, om att motverka eller förutse beslutsfattande från privata aktörer och ekonomiska fluktuationer som kan uppstå i det ekonomiska styrsystemet (t.ex. besparingsåtgärder, kostnadseffektiviseringar och omprioriteringar). Å andra sidan, avser det också att söka trygga de sociala rättigheternas stabilitet inom den betydligt vagare och mindre omfattande ideella sektorn. I denna komplexa normeringssituation behöver ansvaret för de innehållsmässiga bedömnings- och behovsgrunderna för välfärdsrätten och de sociala rättigheterna tryggas genom ett förutsebart rättsligt ansvarssystem, som tydligt inriktar sig på de sociala konsekvenserna (närmast här 'substantiell rättssäkerhet'). Rättssäkerhet i denna mening avser därmed rättsliga garantier för att förutse ansvarstagandet, en tydligare 'ansvarsförutsebarhet.' Ett sådant övergripande ansvarstagande inbegriper emellertid att de olika samverkansformerna gemensamt strävar efter en helhetssyn på de sociala rättigheterna, och deras förverkligande.

Som följaktligen torde framgå av ovanstående genomgång är problemområdet komplext och regleringsmässigt ingalunda enkelt, eftersom lagstiftningsmodeller, rättigheter och rättssäkerhetsgarantier griper in i varandra. Avslutningsvis ska här nämnas några anslutande problemområden, inom ramen för diskussionen om förstärkta rättigheter på välfärdsområdet, som är särskilt problematiska i rättssäkerhetskänslighet.

En första sådan aspekt avser frågan om dubbelt huvudmannaskap avseende förutsättningarna för finansieringen av de reglerade ansvarsområdena för olika lagstiftningar och den större politiska frågan om fördelning av budgetansvar mellan olika huvudmän (kommuner och stat). Det är givetvis av betydelse för den enskilde att känna till, kunna *förutse*, följderna av det ena eller andra till buds stående alternativet. För en enskild kommun är uppfyllandet av någon av insatserna i LSS inte sällan beroende av budgetanslag och likande, vilket också gör skyldigheten att tillhandahålla rättigheten till en reell finansieringsmässig, d.v.s. ekonomisk, rättssäkerhetsfråga på statsfinansiell systemnivå.

En andra aspekt avser hur delvis skilda lagstiftningar kan samspela med eller motverka varandra på grund av att den ena har ett svarare rättighetsskydd, än den andra. Det skulle till exempel, röra sig om två olika tendenser här: för brukarens del finns ett rättssäkerhetsintresse av att säkerställa behov och insats medelst en starkare rättighetslagstiftning såsom LSS. För tillhandahållaren av insatserna kan det finnas motstående skäl av att minimera förhållandevis kostsamma rättigheter genom insatser via SoL eller HSL, beroende på vilken som har finansieringsansvaret (kommunen eller staten via Försäkringskassan).

En tredje aspekt berör den svåra frågan hur pass specifik och detaljerad en rättighetsangivelse kan vara utan att den övergripande helhetsbedömningen blir sämre. En rätt avvägd rättighet – med motsvarande skyldigheter och angiven ansvarsfördelning – är självklart ofta ett kraftfullt instrument för att stärka en utsatt position och möjliggöra delaktighet. Men en överbetoning på att rättigheten måste vara klart avgränsad – utifrån ett *formellt* rättssäkerhetsintresse – kan medföra att målen för rättigheten blir svåra att uppnå. Risken är att helhetsbedömningen av den sökandens behov frångås och istället fragmenteras till att bli föremål för uträkningar i minuter (avseende dusch, matning, tillsyn osv). När rättigheterna operationaliseras ned i detalj leder de till att de rutiniseras och fragmentiseras i praktiken och i domstolspraxis. Situationen kräver ett övervägande av andra perspektiv på rättssäkerhet.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

- En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]
- Ett moderniserat konsumentskydd. [17]
- Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Infrastrukturdepartementet

- Säker och kostnadseffektiv it-drift rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]
- Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]
- Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]
- Kontroller på väg. [31]

Justitiedepartementet

- Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]
- Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]
- Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]
- Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]
- En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]
- Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]
- Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]
- Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]
- Struktur för ökad motståndskraft. [25]

- Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]
- En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. [35]
- Gode män och förvaltare – en översyn. [36]

Kulturdepartementet

- Immunitet för utställningsföremål. [28]

Miljödepartementet

- Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]
- En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]
- Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. [24]
- Använd det som fungerar. [26]

Socialdepartementet

- Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]
- God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]
- När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]
- Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]
- En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]
- Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]
- Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Stärkt rätt till personlig assistans.
Ökad rättssäkerhet för barn, fler
grundläggande behov och tryggare
sjukvårdande insatser. [37]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning.
[3]

Bättre möjligheter för elever att nå
kunskapskraven – aktivt stöd- och
elevhälsoarbete samt stärkt utbildning
för elever med intellektuell funktions-
nedsättning. [11]

Kampen om tiden
– mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett
tryggt källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet
av en ny årskurs 1 i grundskolan,
grundsärskolan, specialskolan och
sameskolan. [33]



Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0101-6 ISSN 0375-250X

1133 (2870)

Omslag: Elanders Sverige AB
Bild: Agneta S Öberg



5

Svar på remiss över
betänkandet "Ombuds
tillgång till vård- och
omsorgsuppgifter och
förenklad
behörighetskontroll inom
vården" (SOU 2021:39)
21RS6034

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälsa- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS6034

Organ
Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Svar på remiss över betänkandet ”Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården” (SOU 2021:39)

Förslag till beslut

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutar

att förslaget till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

I betänkandet föreslås att det ska bli tillåtet för vårdgivare att ge ett ombud elektronisk tillgång till patientuppgifter, om patienten vill det. Dessutom föreslås i betänkandet att allmänheten genom en sökfunktion på internet ska kunna kontrollera en persons behörighet i det register som finns över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Avslutningsvis föreslås att vårdgivare ska kunna få elektronisk tillgång till samma register.

I förslaget till svar på remissen ställer sig Region Örebro län positiv till samtliga förslag.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet får inga konsekvenser ur de aktuella perspektiven

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet får inga ekonomiska konsekvenser

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS6034

Beslutsunderlag

Föredragnings-PM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-09-29, Svar på remiss
över betänkandet ”Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och
förenklad behörighetskontroll inom vården” (SOU 2021:39)

Svar på remiss över betänkandet ”Ombuds tillgång till vård- och
omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården” (SOU
2021:39)

Betänkandet ”Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad
behörighetskontroll inom vården” (SOU 2021:39)

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Socialdepartementet

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2021-09-29

Beteckning
Dnr: 21RS6034

Er beteckning
S2021/04713

Regeringskansliet
Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Svar på remiss över betänkandet ”Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården” (SOU 2021:39)

Region Örebro län har fått möjlighet att yttra sig över betänkandet ”Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården” (SOU 2021:39). Med anledning av betänkandets förslag vill Region Örebro län framföra följande synpunkter:

Region Örebro län ställer sig positiv till att utredningen föreslår att vårdgivare ska få ge ombud elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Ur ett patientperspektiv skulle det kunna vara fördelaktigare om det istället var ett ”ska-krav”. Det skulle innebära att vårdgivaren ska, istället för får, erbjuda detta. Region Örebro län gör dock bedömningen att den förslagda formuleringen är lämpligare, bland annat för att den harmoniserar med skrivningar i patientdatalagen om patienters möjligheter att ta del av sina egna uppgifter. Formuleringen gör det också möjligt för vårdgivare att neka ombud tillgång till vård- och omsorgsuppgifter vid misstanke om hot, en möjlighet som Region Örebro län ser som nödvändig.

Vidare är Region Örebro län positiv till att utredningen använder begreppet ”annat elektroniskt utlämnande” istället för det begrepp som idag finns i patientdatalagen: ”utlämnande på medium för automatiserad behandling”. Dagens begrepp är svårt att definiera, vilket också framgår i utredningen. Region Örebro län gör bedömningen att det vore positivt om begreppet ”annat elektroniskt utlämnande” istället används konsekvent i patientdatalagen.

Region Örebro län är dessutom positiv till att utredningen vill att offentliga vårdgivare ska kunna få elektronisk tillgång till Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Detta skulle förenkla legitimationskontroller för Region Örebro län som arbetsgivare. Region Örebro län är även positiv

till förslaget att allmänheten genom en sökfunktion ska kunna kontrollera en persons behörighet, eftersom det bör vara en åtgärd som leder till ökad patientsäkerhet.

För Region Örebro län



Socialdepartementet
Enheten för folkhälsa och sjukvård

Remiss av betänkandet Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården (SOU 2021:39)

Remissinstanser

Aleris

Almega

Anhörigas riksförbund

Attendo

Barnombudsmannen

Bengtstors kommun

Biobank Sverige

Bolagsverket

Capio

DHR (Delaktighet, handlingskraft och Rörelsefrihet)

Doktor.se

Dorotea kommun

E-hälsomyndigheten

Fagersta kommun

Falun kommun

FAMNA

Folkhälsomyndigheten

Forte

Fremia

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna

Föreningen Sveriges Socialchefer

Försäkringskassan

Förvaltningsrätten i Malmö

Förvaltningsrätten i Umeå

Genomic Medicine Sweden (GMS)

Gnosjö kommun

Gällivare kommun

Göteborgs kommun

Halmstads kommun

Huddinge kommun

Inera AB

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Integritetsskyddsmyndigheten

Justitiekanslern (JK)

Kalmar kommun

Kammarrätten i Sundsvall

Karolinska Universitetssjukhuset

Kommunal

KRY

Landsorganisationen i Sverige (LO)

Linköpings kommun

Linköpings universitet

Linnéuniversitetet

Läkemedelsindustriföreningen (LIF)

Läkemedelsverket

Malmö kommun

Min Doktor

Mora kommun

Motala kommun

Munkfors kommun

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för digital förvaltning

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Nationellt kompetenscenter Anhöriga
Norrköpings kommun
Norrälje kommun
Orust kommun
Patientnämnden i Stockholms län
Patientnämnden-Etiska nämnden i Västernorrlands län
Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
Praktikertjänst
Privattandläkarna
Regelrådet
Region Blekinge
Region Dalarna
Region Gotland
Region Gävleborg
Region Halland
Region Jämtland Härjedalen
Region Jönköpings län
Region Kalmar län
Region Kronoberg
Region Norrbotten
Region Skåne

Region Stockholm

Region Sörmland

Region Uppsala

Region Värmland

Region Västerbotten

Region Västernorrland

Region Västmanland

Region Örebro län

Region Östergötland

Riksdagens ombudsmän (JO)

Riksförbundet frivilliga samhällsarbetare

Riksförbundet gode män och förvaltare

Ronneby kommun

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sandvikens kommun

Skara kommun

Skånes universitetssjukhus (SUS)

Socialstyrelsen

SPF Seniorerna

Staffanstorp kommun

Statens medicinsk-etiska råd

Stiftelsen Forska!Sverige
Stockholms kommun
Sundsvalls kommun
Sunne kommun
Swedish Medtech
Svensk sjuksköterskeförening
Svenska Läkaresällskapet
Svenskt demenscentrum
Sveriges Advokatsamfund
Sveriges akademikers centralorganisation (Saco)
Sveriges Dövas Riksförbund
Sveriges Farmaceuter
Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
Sveriges läkarförbund
Sveriges Psykologförbund
Sveriges Standardiseringsförbund
Sveriges universitets- och högskoleförbund
Synskadades riksförbund
Sävsjö kommun
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
Teknikföretagen

Tjänstetandläkarna

Torsby kommun

Universitets- och högskolerådet

Uppsala kommun

Verket för innovationssystem (Vinnova)

Vetenskapsrådet

Vimmerby kommun

Vingåker kommun

Vårdförbundet

Västra Götalandsregionen

Växjö kommun

Åre kommun

Örebro kommun

Östersund kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 8 oktober 2021**. Svaren bör lämnas per e-post till **s.remissvar@regeringskansliet.se** och med kopia till **s.fs@regeringskansliet.se**. Ange diarienummer S2021/04713 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett [beställningsformulär hos Elanders Sverige AB](#).

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Cecilia Halle
Ämnesråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården

SLUTBETÄNKANDE AV
UTREDNINGEN OM
SAMMANHÅLLEN INFORMATION
INOM VÅRD OCH OMSORG

1147 (2870)



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:39

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården

Slutbetänkande av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg

Stockholm 2021



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:39

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0106-1 (tryck)

ISBN 978-91-525-0107-8 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Genom beslut den 27 juni 2019 beslutade regeringen att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att utreda och lämna förslag som rör personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård (dir. 2019:37). Regeringen beslutade vidare den 29 oktober 2020 att ge den särskilde utredaren i uppdrag att även se över behovet av att göra ändringar i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-förordningen) samt, vid behov, föreslå nödvändiga ändringar av den (dir. 2020:112).

Till särskild utredare förordnades från och med den 1 oktober 2019 ordföranden i Arbetsdomstolen Sören Öman.

Som sakkunniga i utredningen förordnades från och med den 15 december 2019 ämnesrådet Jimmy Järvenpää, kanslirådet Henrik Moberg och departementssekreteraren Jenny Wada, samtliga vid Socialdepartementet, samt departementssekreteraren Ingela Alverfors, Infrastrukturdepartementet.

Som experter förordnades från och med den 15 december 2019 avdelningsdirektören Suzanne Isberg, Integritetsskyddsmyndigheten (f.d. Datainspektionen), juristen Maria Jacobsson, E-hälsomyndigheten, juristen Manólis Nymark, Inera AB, juristen Pål Resare, Sveriges Kommuner och Regioner, och juristen Cecilia Östergren, Socialstyrelsen.

Ingela Alverfors entledigades från sitt uppdrag från och med den 15 maj 2020 och ersattes från och med den 18 maj 2020 av kanslirådet Nils Fjelkegård, Infrastrukturdepartementet. Nils Fjelkegård och Henrik Moberg entledigades från sina uppdrag från och med den 21 februari 2021. Henrik Moberg ersattes från och med den 22 februari 2021 av departementssekreteraren Hanna Lobosco, Socialdepartementet.

Som sekreterare i utredningen har kammarrättsassessorn Ingrid Floderus arbetat från och med den 1 oktober 2019, hovrättsassessorn Karin Hageus från och med den 1 januari 2020 och hovrättsassessorn Sara Fröding Linebäck från och med den 28 september 2020. Hovrättsassessorn Magdalena Petersson har arbetat som sekreterare i utredningen från och med den 30 november 2019 till och med den 31 juli 2020.

Utredningen, som har antagit namnet *Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg* (S 2019:01), överlämnade den 18 januari 2021 delbetänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4).

Härmed får utredningen överlämna slutbetänkandet *Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården* (SOU 2021:39). Utredningens uppdrag är därmed slutfört.

Stockholm i maj 2021

Sören Öman

/Ingrid Floderus
Karin Hageus
Sara Fröding Linebäck

Innehåll

Sammanfattning	13
1 Författningsförslag	19
1.1 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355).....	19
1.2 Ändring i förslaget till lag (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning	21
1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal	24
1.4 Förslag till förordning om ändring i offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641)	29
2 Utredningens uppdrag och arbete	31
2.1 Utredningens uppdrag	31
2.2 Utredningens delbetänkande innehåller bakgrundsinformation	32
2.3 Utredningens arbete	32
2.4 Slutbetänkandets disposition	33
BAKGRUND	35
3 Elektronisk tillgång till personuppgifter	37
3.1 Inledning.....	37

3.2	Innebörden av direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande.....	38
3.3	Elektronisk tillgång och dataskydd	40
4	Patientens elektroniska tillgång till sina patientuppgifter.....	43
4.1	Inledning	43
4.2	Allmänt om invånarnas användning av e-hälsotjänster	44
4.3	Användning av 1177 Vårdguidens e-tjänst Journalen.....	46
4.4	Inledning om gällande rätt	48
4.5	Skyldigheten att föra patientjournal.....	48
4.6	Innehållet i en patientjournal.....	49
4.7	Patientjournaler är allmänna handlingar	50
4.8	Patientuppgifter omfattas av sekretess och tystnadsplikt	52
4.9	Patientens rätt att medge annan tillgång till sina patientuppgifter	54
4.10	Sekretess och möjligheten att medge annan tillgång till patientuppgifter för patienter som har legala ställföreträdare.....	57
4.10.1	Barn och deras vårdnadshavare.....	57
4.10.2	Andra personer med ställföreträdare	59
4.11	Patienters direktåtkomst till patientuppgifter	61
4.12	Direktåtkomst för patienter och deras ombud enligt lagen om nationell läkemedelslista	64
5	Tillgång till HOSP-registret	67
5.1	Inledning	67
5.2	Behörighetskontroll av hälso- och sjukvårdspersonal.....	67
5.2.1	Behörighetskrav för viss hälso- och sjukvårdspersonal.....	67

5.2.2	HOSP-registret	68
5.2.3	HOSP-förordningen	70
5.2.4	Tidigare utredning om direktåtkomst till HOSP-registret	76
5.2.5	Regleringen i några andra länder.....	77
5.2.6	Regleringen för några andra yrkesregister – en kort jämförelse.....	78
5.3	Sekretess och sekretessbrytande reglering	81
5.3.1	Sekretessregleringen för uppgifter i HOSP- registret	81
5.3.2	Allmänt om sekretessbrytande bestämmelser	83
5.3.3	Sekretessbrytande bestämmelser till förmån för svenska myndigheter	84
5.3.4	Sekretessbrytande bestämmelser till förmån för andra än myndigheter.....	87
ÖVERVÄGANDEN och FÖRSLAG		89
6	Ombuds elektroniska tillgång till vård- och omsorgsuppgifter.....	91
6.1	Inledning.....	91
6.2	Integritetsanalys.....	93
6.2.1	Behov av och fördelar med elektronisk tillgång för ombud inom hälso- och sjukvården	93
6.2.2	Integritetsrisker och andra nackdelar med elektronisk tillgång för ombud inom hälso- och sjukvården.....	97
6.2.3	Finns det användbara alternativ till elektronisk tillgång för ombud inom hälso- och sjukvården?	100
6.2.4	Integritetsstärkande åtgärder.....	102
6.2.5	Avvägning mellan behov och integritetsrisker	108
6.2.6	Motsvarande avvägning görs för elektronisk tillgång för ombud vid sammanhållna vård- och omsorgsdokumentation	112
6.2.7	Konsekvensbedömning avseende dataskydd	115
6.3	Reglering i lag.....	116

6.4	Elektronisk tillgång för patienters ombud.....	117
6.4.1	Bakgrund.....	117
6.4.2	Placeringen av den nya bestämmelsen i patientdatalagen.....	118
6.4.3	Ombudet får som mest ha elektroniska tillgång till samma uppgifter som patienten	120
6.4.4	Ombudet ska vara en fysisk person som patienten uppger sig känna personligen.....	122
6.4.5	Patientens medgivande	125
6.4.6	Den elektroniska tillgången får ges genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande.....	135
6.4.7	Begränsning till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet.....	136
6.4.8	Skyldighet att anmäla vid misstanke om att förutsättningarna inte är uppfyllda	138
6.4.9	Föreskrifter om säkerhetsåtgärder.....	140
6.5	Möjlighet att ge ombud elektronisk tillgång till sammanhållnen vård- och omsorgsdokumentation.....	143
6.6	Förhållandet till dataskyddsförordningen	146
6.6.1	Inledning.....	146
6.6.2	Vård- och omsorgsgivares behandling av personuppgifterna.....	147
6.6.3	Ombudets behandling av personuppgifterna	151
6.7	Förhållandet till sekretess och tystnadsplikt	153
7	HOSP-registret på internet.....	157
7.1	Inledning	157
7.2	Allmänhetens behov av att kunna söka uppgifterna på internet.....	158
7.2.1	Inledning.....	158
7.2.2	Svenska användares behov	159
7.2.3	Utländska användares behov	160
7.2.4	Patienters behov.....	161
7.2.5	Allmänhetens tillgång på internet till uppgifter i andra svenska yrkesregister	162

7.3	Andra positiva effekter av att uppgifterna kan sökas på internet.....	163
7.3.1	Inledning.....	163
7.3.2	Behovet av direktåtkomst minskar förmodligen.....	163
7.3.3	Det blir svårare att luras.....	164
7.3.4	Socialstyrelsens arbete blir bättre, enklare och billigare.....	164
7.4	Integritetsrisker och integritetsstärkande åtgärder	166
7.5	Avvägning mellan behov och integritetsrisker.....	168
7.6	En sökfunktion på internet för att kontrollera legitimationer	169
7.7	Bara personnummer och samordningsnummer får användas som sökbegrepp	173
7.8	Vilka uppgifter bör visas i sökresultatet?	176
7.8.1	Inledning.....	176
7.8.2	Identifieringsuppgifter	177
7.8.3	Folkbokföringsort.....	178
7.8.4	Yrke, specialitet och behörighetsuppgifter	178
7.8.5	Prövotid.....	181
7.9	Ett nytt ändamål för HOSP-registret.....	182
7.10	Förhållandet till dataskyddslagstiftningen	182
7.10.1	Den rättsliga grunden.....	183
7.10.2	Ett nytt ändamål.....	184
7.10.3	Information till de registrerade	185
7.11	Ändringar i sekretesslagstiftningen	186
8	Annan elektronisk tillgång till HOSP-registret	189
8.1	Inledning.....	189
8.2	Direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande.....	190
8.2.1	Utredningens uppdrag	190
8.2.2	Direktåtkomst innebär särskilda integritetsrisker.....	190
8.2.3	Alternativ till direktåtkomst	192

8.2.4	Olika ändamål kan kräva olika sorters tillgång....	194
8.3	Socialstyrelsens möjligheter att medge elektronisk tillgång.....	195
8.3.1	Inledning.....	195
8.3.2	Socialstyrelsen får medge myndigheter och vårdgivare elektronisk tillgång	196
8.3.3	Beslutet ska fattas efter samråd med Integritetsskyddsmyndigheten	200
8.3.4	Omfattningen av den elektroniska tillgången	202
8.3.5	Vad beslutet ska innehålla.....	203
8.3.6	Beslutet får inte överklagas.....	205
8.3.7	Krav på behörighetsstyrning, loggning, åtkomstkontroll och ändamålsbegränsning.....	206
8.3.8	Ändringar i sekretesslagstiftningen	209
8.3.9	Information till de registrerade	214
8.4	Utlämnanden i enstaka fall genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst	215
8.5	Utökad elektronisk tillgång för vissa aktörer	216
8.5.1	Inledning.....	216
8.5.2	Försäkringskassan	217
8.5.3	Läkemedelsverket.....	220
8.5.4	Universitets- och högskolerådet	222
8.5.5	Universitet och högskolor.....	225
8.5.6	Andra myndigheter än de som i dag får ha direktåtkomst	227
8.6	De myndigheter som i dag får ha direktåtkomst.....	228
8.7	Nya ändamål för HOSP-registret	229
8.7.1	Inledning.....	229
8.7.2	Socialstyrelsens behandling för statistikändamål.....	230
8.7.3	E-hälsomyndighetens behandling för ytterligare ändamål	234
8.7.4	Läkemedelsverkets kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i dispensärenden	245

8.8	Ändamål om planering för bemanning av krigsorganisationer	248
8.8.1	Inledning	248
8.8.2	Bakgrund	248
8.8.3	Regioners och kommuners ansvar för krigsorganisationer	250
8.8.4	Allmän tjänsteplikt och möjlighet till krigsplacering	251
8.8.5	Utredningens bedömning	253
8.8.6	En möjlig reglering	256
9	Konsekvenser av förslagen	259
9.1	Inledning	259
9.2	Förslagen om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation	260
9.3	Förslagen gällande HOSP-registret	263
9.3.1	Förslaget om en sökfunktion på internet för att kontrollera legitimationer	263
9.3.2	Förslaget om att Socialstyrelsen får medge myndigheter och vårdgivare elektronisk tillgång	265
9.3.3	Förslaget om att ta bort bestämmelser som ger vissa myndigheter möjlighet att ha direktåtkomst i dag	267
9.3.4	Förslaget om att ta bort möjligheten till regelmässigt utlämnande på medium för automatiserad behandling	267
9.3.5	Förslagen om nya ändamål för HOSP- registret	268
9.3.6	Andra konsekvenser	268
10	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	271
10.1	Förslagen om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation	271
10.2	Förslagen om elektronisk tillgång till HOSP-registret	272

11	Författningskommentar	275
11.1	Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)	275
11.2	Ändring i förslaget till lag (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning.....	283
 Bilagor		
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2019:37.....	287
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2020:112.....	309
Bilaga 3	Förordning (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal.....	319
Bilaga 4	Frågeställningar för fortsatt utredning ur ett dataskydds- eller sekretessperspektiv.....	325

Sammanfattning

Många patienter och omsorgsmottagare behöver, t.ex. på grund av hög ålder eller funktionsnedsättningar, hjälp av någon annan för att klara det praktiska kring sina vård- och omsorgsprocesser. Utredningen föreslår därför att vård- och omsorgsgivare, med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande, ska få ge andra fysiska personer (ombud) elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. I fråga om omsorgsmottagare handlar det om dokumentation av insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar. Ändringarna föreslås börja gälla den 1 juli 2022.

Det är för bl.a. patientsäkerhetens skull viktigt att det är enkelt att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals legitimationer. Därför föreslår utredningen att de flesta uppgifterna i Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska göras öppet sökbara via internet. Bara person- eller samordningsnummer ska få användas som sökbegrepp. Socialstyrelsen ska vidare enligt förslaget få medge andra myndigheter och vårdgivare elektronisk tillgång till uppgifterna i registret i de fall där tillgången via internet inte är tillräcklig. Förslagen innebär också att ändamålen för registret justeras något. Avsikten är att den som i dag har elektronisk tillgång till uppgifterna ska ha minst samma tillgång. Ändringarna föreslås börja gälla den 1 januari 2023.

Regioner och kommuner bör inte i dagsläget få elektronisk tillgång till uppgifterna i registret för att kunna bemanna sina krigsorganisationer. Det beror på att regioner och kommuner i dag i princip bara kan ha redan anställd personal i sina krigsorganisationer. Ändras det, kan det finnas skäl att ge sådan tillgång.

Ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Utredningen föreslår en bestämmelse i patientdatalagen som gör det möjligt för vårdgivare att, i enlighet med patientens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården (ett ombud) elektronisk tillgång till patientuppgifter. Bestämmelsen är frivillig för vårdgivare att använda.

Den elektroniska tillgången, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, får ges till en annan fysisk person som patienten uppger sig känna personligen. Den elektroniska tillgången får som mest omfatta de patientuppgifter som patienten själv får ha elektronisk tillgång till i dag. Den elektroniska tillgången ska på patientens begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet. Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen får anledning att misstänka att patientens medgivande inte ger uttryck för patientens fria vilja eller att den enskilde varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett sådant medgivande, är denne skyldig att genast anmäla detta till den vårdgivare som gett tillgången. Vårdgivaren har då att utreda om det finns skäl att avsluta den elektroniska tillgången. Motsvarande gäller om misstanken avser att patienten inte känner den som fått elektronisk tillgång personligen.

Utredningen har tidigare föreslagit lagstiftning om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Utredningen föreslår nu att det förslaget kompletteras med motsvarande bestämmelser om ombuds elektroniska tillgång. Det innebär att omsorgsgivare får, med omsorgsmottagarens medgivande, ge någon utanför socialtjänsten tillgång till den dokumentation om insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar som är elektroniskt tillgänglig för andra omsorgs- och vårdgivare i systemet för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Eftersom det är frivilligt att anordna den elektroniska tillgången till vård- och omsorgsuppgifter bedöms förslagen i sig inte få några samhällsekonomiska konsekvenser. Fördelarna med förslagen överväger de integritetsrisker som finns.

Elektronisk tillgång till Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

En sökfunktion på internet för att kontrollera legitimationer

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en persons behörighet i registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, det s.k. HOSP-registret. Socialstyrelsen bör tillhandahålla både en vanlig webbsida med en sökruta och ett öppet applikationsprogrammeringsgränssnitt, ett s.k. API, som gör det möjligt att automatiserat ställa frågor och få svar.

Bara person- och samordningsnummer ska få användas som sökbegrepp, eftersom det är viktigt att sökresultatet ger otvetydigt svar på om en viss person har en legitimation eller inte. Som resultat av sökningen ska bara få visas det angivna person- eller samordningsnumret och anknytande uppgifter i registret om namn, typ av legitimation och när den utfärdades samt omfattningen av legitimationen vid s.k. partiellt tillträde, yrke och specialitet. Sökresultatet ska vara begränsat till personuppgifter om den som har en gällande legitimation. Uppgifter om bl.a. folkbokföringsort, förskrivarkod, återkallade legitimationer, provotid eller begränsningar av förskrivningsrätt ska inte vara tillgängliga på internet.

De behov av elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret som Försäkringskassan, Universitets- och högskolerådet och vissa universitet och högskolor har kan tillgodoses genom sökfunktionen på internet.

Socialstyrelsen får medge elektronisk tillgång när sökfunktionen på internet inte är tillräcklig

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få besluta att medge en myndighet eller offentlig vårdgivare elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Direktåtkomst får medges bara om inte annat elektroniskt utlämnande är tillräckligt. Socialstyrelsen ska också få besluta att medge en privat vårdgivare tillgång till uppgifter i registret genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Den elektroniska tillgången får inte vara mer omfattande än vad

myndigheten eller vårdgivaren behöver för att kunna utföra sina arbetsuppgifter.

Beslut om elektronisk tillgång ska fattas efter samråd med Integritetsskyddsmyndigheten och kan inte överklagas. Av Socialstyrelsens beslut ska framgå för vilka ändamål som tillgången får användas samt vilka uppgifter och vilka legitimerade yrken som tillgången får gälla. Om Socialstyrelsen fattat beslut om att ge elektronisk tillgång, är Socialstyrelsen skyldig att ge den tillgång som beslutats.

Den som medgetts elektronisk tillgång får inte behandla personuppgifterna för något annat ändamål än det för vilket de lämnats ut. E-hälsomyndigheten ska dock få behandla uppgifterna i den nationella läkemedelslistan i enlighet med ändamålen i 3 kap. 2–5 §§ lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista. Den som medgetts elektronisk tillgång ska se till att tillgången till personuppgifterna begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter, att tillgång till personuppgifterna dokumenteras och kan kontrolleras samt att det görs systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter. Elektronisk tillgång får inte medges innan Socialstyrelsen har försäkrat sig om att frågorna om behörighet, åtkomstkontroll och säkerhet är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt.

Utredningen föreslår även att Socialstyrelsen i enstaka fall ska få lämna ut uppgifter i registret genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst utan särskilt beslut och förhandssamråd med Integritetsskyddsmyndigheten.

De bestämmelser som i dag ger Inspektionen för vård och omsorg, Transportstyrelsen och offentliga vårdgivare möjlighet att ha direktåtkomst till uppgifter i registret ersätts av Socialstyrelsens möjlighet att besluta om elektronisk tillgång. Avsikten är att Socialstyrelsen, i de fall sökfunktionen på internet inte är tillräcklig, ska besluta att medge dessa myndigheter elektronisk tillgång i samma utsträckning som i dag. Även Läkemedelsverkets och E-hälsomyndighetens behov av elektronisk tillgång till uppgifter i registret bör tillgodoses genom ett sådant beslut av Socialstyrelsen.

Nya ändamål för HOSP-registret

Utredningen föreslår att tre nya ändamål för behandling av personuppgifter i HOSP-registret införs.

För det första ska uppgifterna, för att möjliggöra sökfunktionen på internet, få behandlas för att ge allmänheten upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet. För det andra ska uppgifterna få behandlas för att framställa statistik om hälso- och sjukvård enligt lagen (2001:99) om den officiella statistiken. För det tredje ska uppgifterna få behandlas för att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel.

De ändamål som i dag möjliggör behandling av personuppgifter för utlämnande av uppgifter till E-hälsomyndigheten ersätts med ett ändamål om att lämna uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag.

Justering i sekretesslagstiftningen

Den s.k. folkbokföringssekretessen enligt 22 kap. 1 § första stycket 1 offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska enligt utredningens förslag inte vara tillämplig när Socialstyrelsen gör sökfunktionen tillgänglig för allmänheten eller ger den elektroniska tillgång som Socialstyrelsen beslutat om.

Konsekvenser

Ett genomförande av förslagen kommer att ha positiva effekter för patientsäkerheten, Socialstyrelsen och de som kontrollerar uppgifter i HOSP-registret.

Förslagen förväntas inte medföra några samhällsekonomiska kostnader, utöver vissa initiala kostnader för teknikanpassning och ändrade rutiner som uppvägs av de besparingar som effektiviseringen ger på lite längre sikt. Fördelarna med förslagen överväger de integritetsrisker som finns.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientdatalagen (2008:355)

dels att 5 kap. 4 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 5 kap. 5 a §, av följande lydelse,

dels att det närmast före 5 kap. 5 § ska införas en ny rubrik som ska lyda ”Elektronisk tillgång för patienter och deras ombud”.

5 kap.

4 §

*Lydelse enligt förslag i
SOU 2021:4.*

Föreslagen lydelse

Utlämnande genom direktåtkomst till personuppgifter är tillåten endast i den utsträckning som anges i lag eller förordning.

Om en region eller en kommun bedriver hälso- och sjukvård genom flera myndigheter, får en sådan myndighet ha direktåtkomst till personuppgifter som behandlas av någon annan sådan myndighet i samma region eller kommun.

Ytterligare bestämmelser om direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande finns i 5 § och i 2 kap. och 4 kap. 11 § lagen (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning.

Ytterligare bestämmelser om direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande finns i 5 och 5 a §§ samt i 2 kap. och 4 kap. 11 § lagen (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse***5 kap.**

5 a §

Om den enskilde medger det får en vårdgivare ge en annan fysisk person som den enskilde uppger sig känna personligen tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sådana uppgifter som avses i 5 § första stycket. Sådan tillgång ska på den enskildes begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet.

Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen får anledning att misstänka att den enskildes medgivande enligt första stycket inte ger uttryck för den enskildes fria vilja eller att den enskilde varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett medgivande enligt första stycket, är denne skyldig att genast anmäla detta till den vårdgivare som gett tillgången. Motsvarande gäller om misstanken avser att den enskilde inte känner den som fått tillgång personligen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid sådan direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande som avses i första stycket.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

1.2 Ändring i förslaget till lag (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning

Härigenom föreskrivs i fråga om den föreslagna lagen (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning

dels att 2 kap. 13 § i stället för lydelsen enligt förslaget i SOU 2021:4 ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas två nya paragrafer, 2 kap. 13 a och 13 b §§, av följande lydelse.

*Lydelse enligt förslag i
SOU 2021:4*

Föreslagen lydelse

2 kap. 13 §

En vård- eller omsorgsgivare får medge en patient eller omsorgsmottagare tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sådana uppgifter om patienten eller omsorgsmottagaren själv som får lämnas ut till honom eller henne och som en annan vård- eller omsorgsgivare får ha tillgång till enligt 3 §. Patienten eller omsorgsmottagaren får också medges tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sådan dokumentation som avses i 15 § första stycket.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid sådan direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande som avses i första stycket.

I 5 kap. 5 § patientdatalagen (2008:355) finns det ytterligare bestämmelser om patientens tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till

uppgifter hos vårdgivare om patienten själv.

13 a §

Om patienten eller omsorgsmottagaren medger det får en vård- eller omsorgsgivare ge en annan fysisk person som patienten eller omsorgsmottagaren uppger sig känna personligen tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sådana uppgifter som avses i 13 §. Sådan tillgång ska på patientens eller omsorgsmottagarens begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss organisatorisk enhet.

Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen eller som utför arbetsuppgifter inom socialtjänsten får anledning att misstänka att patientens eller omsorgsmottagarens medgivande enligt första stycket inte ger uttryck för patientens eller omsorgsmottagarens fria vilja eller att patienten eller omsorgsmottagaren varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett medgivande enligt första stycket, är denne skyldig att genast anmäla detta till den vård- eller omsorgsgivare som gett tillgången. Motsvarande gäller om misstanken avser att patienten eller omsorgsmottagaren inte känner den som fått tillgång personligen.

13 b §

I 5 kap. 5 och 5 a §§ patientdatalagen (2008:355) finns det ytterligare bestämmelser om elektronisk tillgång för patienten och andra till uppgifter hos vårdgivare om patienten själv.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid sådan direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande som avses i 13 och 13 a §§.

1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal

dels att 7 § ska upphöra att gälla,

dels att rubrikerna närmast före 7 § och 7 c § ska utgå,

dels att 1, 5, 7 a–7 e och 8 §§ samt rubriken närmast före 7 a § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas två nya paragrafer, 7 f och 7 g §§, och närmast före 7 f och 7 g §§ nya rubriker av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §

För de ändamål som anges i 4 och 5 §§ *skall* Socialstyrelsen med hjälp av automatiserad behandling föra ett register över hälso- och sjukvårdspersonal.

För de ändamål som anges i 4 och 5 §§ *ska* Socialstyrelsen med hjälp av automatiserad behandling föra ett register över hälso- och sjukvårdspersonal.

5 §¹

Personuppgifterna i registret får, utöver det som anges i 4 §, behandlas endast för att

- | | |
|--|---|
| <p>1. utöva tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal,</p> <p>2. lämna uppgifter <i>till den nationella läkemedelslistan enligt lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista,</i></p> | <p>2. lämna uppgifter <i>som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag,</i></p> |
|--|---|

3. lämna uppgifter till myndigheter och enskilda i enlighet med det som föreskrivs i annan författning eller avtal,

- | | |
|---|---|
| <p>4. <i>i samband med E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter enligt lagen om nationell läkemedelslista lämna uppgifter till</i></p> | <p>4. <i>kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet</i></p> <p>a. <i>i samband med tjänstetillsätt-</i></p> |
|---|---|

¹ Senaste lydelse 2021:69.

den myndigheten för kontroll av identitet och behörighet i fråga om förskrivare, legitimerade sjuksköterskor utan behörighet att förskriva läkemedel, apotekare, receptarier och dietister,

5. lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten för kontroll av förskrivares identitet och behörighet vid expedition på öppenvårdsapotek av läkemedel och andra varor som förskrivits,

6. kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i samband med tjänstetillsättning och under anställning eller uppdrag, och

7. kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet att utfärda intyg.

ning och under anställning eller uppdrag,

b. att utfärda intyg, och

c. vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel,

5. framställa statistik om hälso- och sjukvård enligt lagen (2001:99) om den officiella statistiken, och

6. ge allmänheten upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet.

Direktåtkomst

Inspektionen för vård och omsorg får ha direktåtkomst till uppgifterna i registret.

Direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande

7 a §²

Socialstyrelsen får, efter samråd med Integritetsskyddsmyndigheten, besluta att medge en myndighet eller offentlig vårdgivare tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till uppgifter i registret. Direktåtkomst får endast medges om inte annat elektroniskt utlämnande är tillräckligt. Tillgången får inte vara mer omfattande än vad myndig-

² Senaste lydelse 2016:163.

En offentlig vårdgivare får ha direktåtkomst till uppgifter som avses i 6 § 1, 3 och 5–10.

Transportstyrelsen får ha direktåtkomst till uppgifter som avses i 6 § 1, 3, 5 och 7–9.

En myndighet som har medgetts direktåtkomst ansvarar för att tillgången till personuppgifter begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter.

*Direktåtkomst får inte medges innan Socialstyrelsen har försäkrat sig om att *behörighets- och säkerhetsfrågorna* är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt.*

heten behöver för att utföra sina arbetsuppgifter.

Socialstyrelsen får, efter samråd med Integritetskyddsmyndigheten, besluta att medge en privat vårdgivare tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst till uppgifter i registret. Tillgången får inte vara mer omfattande än vad vårdgivaren behöver för att utföra sina arbetsuppgifter.

Av beslutet ska framgå

- 1. för vilka ändamål enligt 5 § som tillgången får användas,*
- 2. vilka uppgifter som tillgången får gälla, och*
- 3. vilka legitimerade yrken som tillgången får gälla.*

7 b §³

Den som har medgetts tillgång enligt 7 a § ska se till att tillgången till personuppgifterna begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter, att tillgång till personuppgifterna dokumenteras och kan kontrolleras och att systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter görs.

*Tillgång enligt 7 a § får inte medges innan Socialstyrelsen har försäkrat sig om att *frågorna om behörighet, åtkomstkontroll och säkerhet* är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt.*

³ Senaste lydelse 2013:639.

7 c §⁴

Socialstyrelsen ska på begäran av Inspektionen för vård och omsorg lämna ut uppgifter för det ändamål som anges i 5 § 1.

Inspektionen för vård och omsorg har rätt att ta del av uppgifterna i registret vid direktåtkomst enligt 7 a § första stycket.

Den som har medgetts tillgång enligt 7 a § får inte behandla personuppgifterna för något annat ändamål än det för vilket de lämnats ut.

E-hälsomyndigheten får dock behandla uppgifterna i den nationella läkemedelslistan i enlighet med ändamålen i 3 kap. 2–5 §§ lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista.

7 d §⁵

En offentlig vårdgivare har rätt att ta del av uppgifterna i registret vid direktåtkomst enligt 7 a § andra stycket.

Ett beslut enligt 7 a § får inte överklagas.

7 e §⁶

Transportstyrelsen har rätt att ta del av uppgifterna i registret vid direktåtkomst enligt 7 a § tredje stycket.

Även utan ett beslut enligt 7 a § får Socialstyrelsen i enstaka fall lämna ut uppgifter i registret för ändamål som anges i 4 och 5 §§ genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

Uppgiftsskyldighet

7 f §

Socialstyrelsen ska på begäran av Inspektionen för vård och omsorg lämna ut uppgifter för det ändamål som anges i 5 § 1.

Socialstyrelsen ska ge den tillgång som beslutats enligt 7 a §.

⁴ Senaste lydelse 2013:639.

⁵ Senaste lydelse 2013:639.

⁶ Senaste lydelse 2013:639.

Upplysningar till allmänheten på internet

7 g §

Socialstyrelsen ska göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en viss persons behörighet.

Som sökbegrepp får bara användas personnummer eller samordningsnummer.

Som resultat av sökningen får bara visas det angivna personnumret eller samordningsnumret och anknytande uppgifter i registret om namn, typ av legitimation och när den utfärdades samt omfattningen av legitimationen vid partiellt tillträde, yrke och specialitet. Sökresultatet får inte innehålla personuppgifter om annan än den som har en gällande legitimation.

8 §⁷

Utöver vad som framgår av artiklarna 13 och 14 i EU:s dataskyddsförordning ska den som är personuppgiftsansvarig enligt denna förordning lämna information till den registrerade om

1. de sekretess- och säkerhetsbestämmelser som gäller för registret,
2. rätten enligt artikel 82 i EU:s dataskyddsförordning och 7 kap. 1 § lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning till skadestånd vid behandling av personuppgifter i strid med denna förordning,
3. vad som gäller i fråga om sökbegrepp, direktåtkomst och utlämnande *på medium för automatiserad behandling*, och
3. vad som gäller i fråga om sökbegrepp, direktåtkomst och annat *elektroniskt* utlämnande, och
4. huruvida registreringen är frivillig eller inte.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

⁷ Senaste lydelse 2018:464.

1.4 Förslag till förordning om ändring i offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641)

Härigenom föreskrivs i fråga om offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) att 6 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 §⁸

Secretess gäller i nedan angiven verksamhet, som avser registrering av betydande del av befolkningen, för

1. uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till honom eller henne lider men om uppgiften röjs, och

2. uppgift i form av fotografisk bild av den enskilde, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till honom eller henne lider men.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

Verksamheten avser

centrala hundregistret

fastighetsregistret

kommunala fastighetsregister

passregister och register över nationella identitetskort

röstlängdsregister

Skatteverkets databas över identitetskort för folkbokförda i Sverige

Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal

Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal, dock inte i fråga om utlämnande enligt 7 f § andra stycket och 7 g § förordningen (2006:196) om regis-

⁸ Senaste 2020:1286.

ter över hälso- och sjukvårdspersonal

Statens tjänstepensionsverks pensionsregister

Totalförsvarets plikt- och prövningsverks register över totalförsvarets personal

Transportstyrelsens vägtrafikregister

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

2 Utredningens uppdrag och arbete

2.1 Utredningens uppdrag

Utredningens arbete utgår från utredningsdirektiven (dir. 2019:37) och tilläggsdirektiven (dir. 2020:112). I enlighet med utredningsdirektiven lämnade utredningen i januari 2021 ett delbetänkande, *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4). Utredningen ska senast den 31 maj 2021 slutredovisa sitt uppdrag. I detta slutbetänkande redovisas utredningens uppdrag att

- se över möjligheterna att ge ett ombud elektronisk åtkomst till patientjournalen, och
- sammanställa och översiktligt beskriva eventuella ytterligare frågeställningar som utredningen under arbetet med utredningsuppdraget uppmärksammat och som utredaren bedömer kräver vidare analys ur ett dataskydds- eller sekretessperspektiv, samt
- analysera förutsättningar för och, om lämpligt, föreslå ändringar av bestämmelserna om direktåtkomst och ändamål i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal.

Utredningens båda direktiv i sin helhet bifogas slutbetänkandet, *bilaga 1* och 2. Även förordningen om register över hälso- och sjukvårdspersonal bifogas slutbetänkandet, *bilaga 3*.

2.2 Utredningens delbetänkande innehåller bakgrundsinformation

I delbetänkandet (SOU 2021:4) redogjorde utredningen noggrant för relevanta delar av dataskyddsregleringen, bl.a. dataskyddsförordningen¹, (se kapitel 3, 4 och 6) och regleringen om sekretess och tystnadsplikt (se kapitel 5). Vidare redogjorde utredningen för de strukturförändringar som påverkar förutsättningarna att bedriva hälso- och sjukvård och socialtjänst (se kapitel 11).

Mot denna bakgrund upprepar utredningen inte det som framgår av delbetänkandet annat än när det är direkt relevant för övervägandena och förslagen i detta slutbetänkande. I förekommande fall görs det hänvisningar till delbetänkandet.

2.3 Utredningens arbete

Utredningsarbetet inleddes i oktober 2019. Arbetet med frågorna om personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, utom ombuds åtkomst till patientjournal, redovisas i utredningens delbetänkande *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4).

Utredningsarbetet har bedrivits på sedvanligt sätt med regelbundna sammanträden och andra kontakter med experter och sakkunniga. Under arbetet med slutbetänkandet har utredningen haft tre utredningssammanträden digitalt, varav ett slutjusteringsmöte.

Utredningen har i enlighet med vad som föreskrivs i direktiven haft samråd med andra utredningar med närliggande uppdrag. Samråden har i huvudsak genomförts över telefon eller som digitala möten. Utredningen har haft samråd med företrädare för *Utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning* (S 2018:12), *Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen* (S 2018:11), *Framtidens socialtjänst* (S 2017:03), *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:01) och *Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap* (S 2018:09).

Utöver detta har utredningen genomfört digitala möten med företrädare för Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Läkemedelverket, E-hälsomyndigheten, Universitets- och högskolerådet samt Sveriges

¹ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

universitets- och högskoleförbund. Syftet med mötena har varit att fånga upp information, kunskap och synpunkter utifrån myndigheternas och organisationernas perspektiv.

2.4 Slutbetänkandets disposition

Slutbetänkandet är indelat i två delar utöver detta kapitel, författningsförslagen i *kapitel 1* samt en sammanställning av eventuella ytterligare frågeställningar i *bilaga 4*.

Den första delen, som omfattar *kapitel 3–5*, innehåller bakgrund med allmänna utgångspunkter. *Kapitel 3* innehåller en kort beskrivning av den elektroniska tillgången till personuppgifter. I *kapitel 4* beskrivs patientens elektroniska tillgång till sina patientuppgifter. *Kapitel 5* innehåller en redogörelse för HOSP-registret, tillgången till dess uppgifter och regleringen i HOSP-förordningen samt relevanta bestämmelser om sekretess.

I den andra delen, *kapitel 6–11*, redogör utredningen inledningsvis för sina generella överväganden och förslag. I *kapitel 6* redogörs för frågan om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter. I *kapitel 7* motiveras utredningens förslag om att på internet tillgängliggöra vissa uppgifter i HOSP-registret. I *kapitel 8* motiveras utredningens förslag som rör annan elektronisk tillgång till HOSP-registret och de nya ändamålen. Därefter kommer de avslutande kapitlen, *kapitel 9–11*, där utredningen i *kapitel 9* redovisar sin konsekvensanalys av förslagen och i *kapitel 10* redovisar förslag till ikraftträdande- och övergångsbestämmelser. Författningskommentarerna till lagförslagen återfinns i *kapitel 11*.

Slutligen presenteras i *bilaga 4* en översiktlig sammanställning av ytterligare frågeställningar som utredningen under arbetet med utredningsuppdraget har uppmärksammat och som utredaren bedömer kräver vidare analys ur ett dataskydds- eller sekretessperspektiv.

BAKGRUND

3 Elektronisk tillgång till personuppgifter

3.1 Inledning

Det kvarvarande utredningsuppdraget rör utomståendes elektroniska tillgång till personuppgifter, patientuppgifter respektive uppgifter om hälso- och sjukvårdspersonals legitimation. Den elektroniska tillgången kan ges genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Dessa begrepp berörs i avsnitt 3.2. I avsnitt 3.3 berörs dataskyddsaspekter på utomståendes elektroniska tillgång till personuppgifter.

Dataskyddsförordningen innehåller inga särskilda restriktioner i fråga om elektroniskt utlämnande av personuppgifter i förhållande till andra former för utlämnande, såsom utlämnande muntligt eller på papper. Om personuppgifter enligt dataskyddsförordningen får lämnas ut till någon, kan utlämnandet således ske elektroniskt så länge säkerheten upprätthålls.

I s.k. registerförfattningar finns det däremot inte så sällan en särskild reglering av just elektroniskt utlämnande. Finns det inte i en registerförfattning någon bestämmelse som reglerar elektroniskt utlämnande, får sådant utlämnande, genom direktåtkomst eller på annat sätt, ske så länge själva utlämnandet inte är otillåtet. Det anses däremot att en bestämmelse i en registerförfattning som reglerar en viss form av elektroniskt utlämnande bör tolkas motsatsvis så att den formen av elektroniskt utlämnande till andra än som särskilt reglerats inte är tillåten inom registerförfattningens tillämpningsområde. Om det anges att någon får ha direktåtkomst till ett författningsreglerat register, innebär det således att andra utomstående inte får ha direktåtkomst. På motsvarande sätt anses en bestämmelse om att elektroniskt utlämnande får ske i t.ex. enstaka fall innebära att elektroniskt utlämnande inte får ske i andra fall, t.ex. regelmässigt.

3.2 Innebörden av direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande

Direktåtkomst är en form av elektroniskt utlämnande av uppgifter. Uppgifter kan dock lämnas ut elektroniskt även på andra sätt än genom direktåtkomst. I s.k. registerförfattningar används ofta begreppet ”utlämnande på medium för automatiserad behandling”, men även begrepp som ”elektronisk åtkomst” och ”elektroniskt utlämnande” används. Några legaldefinitioner av dessa begrepp finns inte. Vad som avses med begreppen anges ofta i förarbetena till de olika registerförfattningarna.¹ Utredningen har i detta betänkande valt att använda begreppet *annat elektroniskt utlämnande* för sådan överföring av uppgifter i elektroniskt format som inte sker genom direktåtkomst.

Informationshanteringsutredningen, som bl.a. hade i uppdrag att avgöra om det fanns skäl att i registerförfattningar upprätthålla åtskillnad mellan olika former av elektroniskt utlämnande, beskrev begreppen *direktåtkomst* och *medium för automatiserad behandling* på följande sätt.

- Med *direktåtkomst* avses vanligtvis att någon har direkt tillgång till någon annans register eller databas och på egen hand kan söka efter information, dock utan att kunna påverka innehållet i registret eller databasen.² I begreppet ligger också att den som är personuppgiftsansvarig för registret eller databasen inte har någon kontroll över vilka uppgifter som mottagaren vid ett visst söktillfälle tar del av.³
- Med begreppet *utlämnande på medium för automatiserad behandling* avses vanligen ett överlämnande av elektroniskt lagrade uppgifter via något slags medium för lagring eller överföring, exempelvis e-post eller USB-minne. Som regel innefattar denna typ av utlämnande att informationen lämnas ut i en form som medför att mottagaren kan bearbeta informationen.⁴ Utlämnande kan också ske elektroniskt genom en s.k. fråga-svar-funktion, se vidare nedan.

¹ Se resonemang i betänkandet *Överskottsinformation vid direktåtkomst*, SOU 2012:90 s. 198 f.

² SOU 2012:90 s. 198 f.

³ SOU 2012:90 s. 198 som hänvisar till prop. 2004/05:164, *Tullverkets brottsbekämpning – Effektivare uppgiftsbehandling*, s. 83 och prop. 2011/12:45, *Kustbevakningsdatalag*, s. 133.

⁴ SOU 2012:90 s. 198 som hänvisar till prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*, s. 77.

Informationshanteringsutredningen anförde vidare att det, genom informationsteknikens utveckling, har blivit allt svårare att dra gränsen mellan de olika utlämnandeformerna.⁵

Ett visst klagörande beträffande gränsdragningen har skett genom ett avgörande från Högsta förvaltningsdomstolen (den s.k. LEFI Online-domen), där frågan var om socialnämnderna kunde anses ha direktåtkomst till Försäkringskassans socialförsäkringsdatabas.⁶ Domstolen konstaterade att de allmänna handlingar hos en myndighet som en annan myndighet genom direktåtkomst får tillgång till utgör allmänna handlingar även hos denna myndighet.⁷ Av dåvarande 2 kap. 3 § andra stycket (nuvarande 2 kap. 6 § första stycket) tryckfrihetsförordningen framgick att en upptagning anses förvarad hos en myndighet, om upptagningen är tillgänglig för myndigheten med tekniskt hjälpmedel som myndigheten själv utnyttjar för överföring i sådan form att den kan läsas eller avlyssnas eller uppfattas på annat sätt. De allmänna handlingar hos en myndighet som en annan myndighet får tillgång till genom direktåtkomst utgör allmänna handlingar även hos denna myndighet.⁸ Domstolen anförde vidare att den avgränsning som på detta sätt görs av begreppet direktåtkomst, genom tillämpning av tryckfrihetsförordningens bestämmelser om allmänna handlingars offentlighet, kan användas även för att bestämma innehållet i detta begrepp i 114 kap. 22 § socialförsäkringsbalken.

I det aktuella fallet var alltså frågan om upptagningen kunde anses förvarad hos socialnämnderna i tryckfrihetsförordningens mening. Socialnämnderna kunde inte på egen hand söka information i socialförsäkringsdatabasen, utan ett utlämnande förutsatte att Försäkringskassan reagerade på en begäran om att de efterfrågade uppgifterna skulle lämnas ut. Försäkringskassan ansågs därmed förfoga över frågan om och i så fall vilka uppgifter som skulle lämnas ut. Någon sådan teknisk tillgång till upptagningar som avses enligt nuvarande 2 kap. 6 § första stycket tryckfrihetsförordningen ansågs socialnämnderna inte ha, vilket innebar att förfarandet inte var att betrakta som direktåtkomst enligt socialförsäkringsbalken.

För att ett elektroniskt utlämnande ska anses utgöra direktåtkomst krävs det alltså att den aktuella upptagningen anses förvarad

⁵ SOU 2012:90 s. 199.

⁶ HFD 2015 ref. 61.

⁷ Prop. 2002/03:135, *Behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration*, s. 90.

⁸ Prop. 2002/03:135 s. 90.

hos mottagaren på det sätt som avses i 2 kap. 6 § första stycket tryckfrihetsförordningen, dvs. att upptagningen är tillgänglig för mottagaren med tekniskt hjälpmedel som mottagaren själv utnyttjar för överföring i sådan form att den kan läsas eller avlyssnas eller uppfattas på annat sätt. En sådan fråga-svartjänst med fördefinierade frågor och svar som prövades LEFI Online-domen utgör alltså inte direktåtkomst utan utlämnande på medium för automatiserad behandling, som utredningen i detta betänkande valt att kalla för *annat elektroniskt utlämnande*.

3.3 Elektronisk tillgång och dataskydd

På grund av de sammanställningsmöjligheter och möjligheter till spridning av uppgifter som en automatiserad behandling erbjuder anses det vara mer känsligt från integritetssynpunkt att lämna ut uppgifter elektroniskt än på papper. En myndighet kan således enligt en bestämmelse om uppgiftsskyldighet ha skyldighet att lämna ut vissa uppgifter till en annan myndighet, men den mottagande myndigheten kanske bara har rätt att ha direktåtkomst till vissa av dessa uppgifter.⁹

När det gäller direktåtkomst kan det generellt sägas att sådan åtkomst ökar riskerna för intrång i den personliga integriteten. De upptagningar som direktåtkomsten avser blir allmänna handlingar hos den mottagande myndigheten. Ju fler myndigheter som har direktåtkomst till uppgifter i ett datasystem, desto större blir allmänhetens möjlighet att få tillgång till uppgifterna. Ett annat skäl till att direktåtkomst kan anses innebära särskilda risker är att sådan åtkomst typiskt sett innebär att uppgifter blir tillgängliga för fler personer och att den utlämnande myndighetens möjligheter att kontrollera användningen så att obehöriga inte tar del av uppgifterna minskar. Den utlämnande myndigheten har inte kontroll över vilka uppgifter som mottagaren vid varje enskilt tillfälle tar del av och vem som tar del av uppgifterna. Det förhållandet att en myndighet får tillgång till uppgifter genom direktåtkomst ger dock inte mottagaren rätt att behandla personuppgifterna. Mottagaren måste ha rättsligt stöd i sin egen registerlagstiftning eller i annan tillämplig dataskydds-

⁹ Dir. 2011:86, *Integritet, effektivitet och öppenhet i en modern e-förvaltning*, s. 11.

reglering för behandlingen av personuppgifter och även i övrigt uppfylla alla skyldigheter som är förenade med den.

Även elektroniskt utlämnande av personuppgifter på annat sätt än genom direktåtkomst kan innebära risker för den personliga integriteten. Sådant utlämnande innebär nämligen som regel att mottagaren lättare kan bearbeta informationen, t.ex. genom att samköra den med information som hämtas från andra källor och sprida den vidare elektroniskt.

4 Patientens elektroniska tillgång till sina patientuppgifter

4.1 Inledning

I delbetänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4) har utredningen redogjort för gällande rätt när det gäller skyddet för personuppgifter. Utredningen har bl.a. redogjort för att den enskildes rätt till skydd för personuppgifter är ett utflöde av skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet. Dessa grundläggande rättigheter skyddas av såväl svensk grundlag som av för Sverige bindande internationella regelverk (se närmare beskrivning i kapitel 3 i delbetänkandet). Dessutom har utredningen beskrivit dataskyddsförordningen (se kapitel 4 i delbetänkandet) och bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvård (se kapitel 5 i delbetänkandet). Vidare har utredningen redogjort för olika elektroniska former för utlämnanden av personuppgifter, bl.a. direktåtkomst (avsnitt 6.6 i delbetänkandet). Utredningen kommer inte här att upprepa sådant som beskrivs detaljerat i delbetänkandet. I förekommande fall görs hänvisningar till beskrivningarna i delbetänkandet. I detta kapitel kommer utredningen att fokusera på relevanta bestämmelser när det gäller just att låta ombud få elektronisk tillgång, t.ex. genom direktåtkomst, till patientuppgifter.

Nedan följer inledningsvis en beskrivning av invånarnas användning av e-hälsotjänster i allmänhet och 1177 Vårdguidens e-tjänst *Journalen* i synnerhet. Utredningen redogör sedan för bestämmelser om patientjournal inom hälso- och sjukvården, och om sekretess och patienters möjlighet att häva sekretessen och medge att någon annan får del av uppgifterna, t.ex. ett ombud. En särskild redogörelse görs när det gäller sekretess för barn och personer med legala ställföreträdare. Därefter följer en redogörelse av gällande rätt när det handlar

om att medge direktåtkomst till patienten själv samt till dennes ombud. Slutligen redogörs för ombuds direktåtkomst enligt lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista.

4.2 Allmänt om invånarnas användning av e-hälsotjänster

Som beskrivs i kapitel 11 i delbetänkandet pågår förändringar i samhället som påverkar förutsättningarna att bedriva hälso- och sjukvård. En sådan förändring är den ökande andelen äldre i befolkningen. Äldre har ofta komplexa och sammansatta vårdbehov. En annan förändring är den tekniska utvecklingen som har lett till en allt högre grad av digitalisering och ökade möjligheter att dela digitaliserad information, både med andra aktörer inom vården och med patienterna.

Regeringen har tillsammans med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kommit överens om *Vision e-hälsa 2025*. Enligt den överenskommelsen ska Sverige år 2025 vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter, bl.a. i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd.¹ Regeringen har även presenterat en nationell digitaliseringsstrategi. Även där är det övergripande målet för digitalisering att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter. Ett av delmålen handlar om s.k. digital kompetens. Digital kompetens innebär att alla människor, oavsett funktionsförmåga och ålder, ska vara förtrogna med digitala verktyg och tjänster samt ha förmåga att följa med och delta i den digitala utvecklingen utifrån sina förutsättningar.²

Sverige ligger i framkant i Europa när det gäller digitalisering och internetanvändning. Inom sjukvården har man sedan länge gått över till elektroniska patientjournaler. I princip all information hanteras numera elektroniskt i sådana system. Människor i Sverige är i allmänhet vana digitala användare och har i regel en positiv inställning till att regioner och kommuner erbjuder digital service och kommunicerar digitalt. En majoritet av invånarna har tillgång till dator eller smartphone och internet och förväntar sig att kunna ta del av samhällsservice digitalt. Covid-19-pandemin har på många sätt bidragit till att driva på digitaliseringen av hälso- och sjukvården. Pandemin

¹ Regeringskansliet och SKR, *Vision e-hälsa 2025*.

² Regeringskansliet, *För ett hållbart digitaliserat Sverige – en digitaliseringsstrategi* s. 6 och 12 f (dnr N2017/03643/D, publicerat den 18 maj 2017).

har medfört förändrade behov och beteenden hos invånarna, inte minst i kommunikationen med hälso- och sjukvården. En tydlig effekt är att användningen av e-hälsotjänster ökat, särskilt bland äldre.³ Av en rapport från Internetstiftelsen framgår att internetanvändare som är 76 år eller äldre är en åldersgrupp som markant ökat sin användning av e-hälsotjänster under covid-19-pandemin.⁴

Trots detta finns det människor i Sverige som av olika anledningar saknar förutsättningar att ta del av e-hälsotjänster. Vissa grupper, exempelvis unga, personer med funktionsnedsättningar och äldre, kan ha svårare att på egen hand använda digitala hjälpmedel och att hantera exempelvis sådan e-legitimation som vanligen krävs för att kunna ta del av digitala e-hälsotjänster. För dessa personer riskerar den snabba digitaliseringen att skapa eller förstärka vad som brukar kallas ett digitalt utanförskap. Invånare som räknas som sällan- och icke-användare av internet beräknas enligt Internetstiftelsen uppgå till drygt en miljon människor. De som använder internet i lägre utsträckning, och därmed riskerar ett digitalt utanförskap, är främst personer äldre än 75 år, personer med funktionsnedsättning samt personer med låg utbildning.⁵

I dag behöver nästan en femtedel av befolkningen hjälp att installera ett mobilt bank-id, vilket i många fall är en nödvändighet för att kunna logga in på e-hälsotjänster. Personer med funktionsvariationer behöver i högre grad än befolkningen i övrigt hjälp med att använda digitala tjänster. Allra mest hjälp med digitala aktiviteter behöver de äldsta i samhället. Av de som är 76 år eller äldre behöver närmare 60 procent hjälp med att skaffa mobilt bank-id.⁶

Användningen av e-hälsotjänster skiljer sig åt mellan personer med funktionsnedsättningar och den övriga befolkningen. I en rapport från 2019 beskrivs att det finns en betydande digital klyfta mellan personer med funktionsnedsättningar och personer utan funktionsnedsättningar. En tredjedel av personerna med funktionsnedsättningar tycks inte ha något sätt att identifiera sig digitalt. De

³ E-hälsomyndighetens fokusrapport *Jämlik e-hälsa Tillgång, fördelning och användning av e-hälsotjänster och välfärdsteknik* (dnr 2020/05075 2020-11-23) s. 5 f.

⁴ Internetstiftelsens rapport *Svenskarna och Internet 2020* s. 36.

⁵ E-hälsomyndighetens fokusrapport *Jämlik e-hälsa Tillgång, fördelning och användning av e-hälsotjänster och välfärdsteknik* (dnr 2020/05075 2020-11-23) s. 18 och Internetstiftelsens delrapport *Digitalt utanförskap 2020 Q1*, delrapport till undersökningen *Svenskarna och internet 2020*.

⁶ Internetstiftelsens delrapport *Digitalt utanförskap 2020 Q1*, delrapport till undersökningen *Svenskarna och internet 2020*.

har varken mobilt bank-id eller någon annan e-legitimation.⁷ Inom vissa områden är skillnaderna mellan de två grupperna relativt liten, t.ex. när det gäller viljan att boka tider till vården via internet. Personer med funktionsnedsättningar är dock en heterogen grupp med stor inbördes variation när det gäller behov och förmåga att kunna delta i sin vård. Det finns därför variationer inom gruppen när det gäller användningen av e-hälsotjänster. E-hälsomyndigheten konstaterar att ytterligare behovsanpassning av e-hälsotjänster skulle kunna bidra till mer jämlika möjligheter att vara delaktiga i e-hälsotjänsterna.⁸

4.3 Användning av 1177 Vårdguidens e-tjänst Journalen

Som nämnts ovan tillhandahålls i dag en nationell teknisk lösning för att ge patienter direktåtkomst till sina patientjournaler via den landsomfattande e-tjänsten *Journalen*. Denna nationella tekniska lösning tillhandahålls via Inera AB⁹. I *Journalen* kan patienter logga in med sin e-legitimation och få elektronisk tillgång till sina patientuppgifter från de vårdgivare som är anslutna. Informationen hämtas automatiskt från hälso- och sjukvårdens journalsystem. Regionerna har gjort olika bedömningar om vilken patientinformation som ska göras tillgänglig genom direktåtkomst. Vilka uppgifter från patientjournalen som visas i *Journalen*, och från vilka mottagningar, kan således variera mellan olika vårdgivare. Regionerna har gemensamt kommit överens om en målbild och ett antal styrande principer för hur invånare ska kunna ta del av sin egen patientjournal i e-tjänsten *Journalen*. Målbilden var att vid utgången av år 2020 ska alla invånare som fyllt 16 år kunna ha elektronisk tillgång till all information om sig själv som dokumenteras i regionfinansierad hälso- och sjukvård samt tandvård.¹⁰

Enligt uppgift från Inera har *Journalen* använts av cirka 4,9 miljoner personer och varje månad loggar över en miljon personer in på

⁷ Begripsam, rapporten *Svenskarna med funktionsnedsättning och internet* 2019 s. 12.

⁸ E-hälsomyndighetens fokusrapport *Jämlik e-hälsa Tillgång, fördelning och användning av e-hälsotjänster och välfärdsteknik* (dnr 2020/05075 2020-11-23) s. 27.

⁹ Inera AB (Inera) är ett bolag som ägs av regioner, kommuner och SKR Företag. Inera har till uppgift att koordinera och utveckla gemensamma digitala lösningar för regioner och kommuner. Inera är personuppgiftsbiträde åt regionerna och kommunerna.

¹⁰ E-hälsomyndighetens fokusrapport *Jämlik e-hälsa Tillgång, fördelning och användning av e-hälsotjänster och välfärdsteknik* (dnr 2020/05075 2020-11-23) s. 20 f.

e-tjänsten. Antalet inloggningar har också ökat stadigt för varje år som tjänsten funnits. Ökningen har skett i samtliga åldersgrupper. Under covid-19-pandemin har antalet besökare till 1177 Vårdguidens e-tjänster ökat kraftigt. Samtidigt har exempelvis tjänsten *Journalen* utvecklats så att invånare i vissa fall kan ta del av sina provsvar från covid-19-test där.

Kvinnor söker generellt vård oftare än män och de använder också 1177 Vårdguidens e-tjänster oftare än män. Bland personer som är 70 år eller äldre är det dock vanligare att män använder 1177 Vårdguidens e-tjänster. Det finns även regionala skillnader i användningen av e-tjänsterna. De allra flesta inloggningarna sker med mobilt bank-id som autentiseringsmetod.¹¹

Tidigare fanns en särskild ombudsfunktion i *Journalen* där patienter kunde utse en annan fysisk person att dela sin journal med. På så vis kunde patienter ta hjälp av någon annan, ett ombud, som kunde logga in och få elektronisk tillgång till patientjournalen. Av kontakter med Inera har framkommit att år 2017 delade cirka 4 350 personer sin patientjournal till någon annan via ombudsfunktionen och siffrorna ökade stadigt för varje år. Delningsfunktionen användes av samtliga åldersgrupper men användningen i åldersgruppen 70–79 år stack ut något. Efter en dom i Högsta förvaltningsdomstolen stängdes den tjänsten emellertid i juni 2018 (se nedan i avsnitt 4.11 för närmare beskrivning av domen).

Det finns i dag en funktionalitet i *Journalen* som används för att medge direktåtkomst till legala ställföreträdare i form av förvaltare och gode män¹² samt i vissa fall för personer som har lämnat fullmakter enligt lagen (2017:310) om framtidsfullmakter. Enligt uppgift från Inera hade mellan den 1 januari och den 31 augusti 2020 cirka 30 förordnanden lagts till i denna ställföreträdarfunktion. Den funktionen används således inte i någon större omfattning.

¹¹ <https://www.inera.se/tjanster/statistik-for-ineras-tjanster/statistik-for-1177-varldguidens-e-tjanster/invanare/>.

¹² Gode män och förvaltare kan enligt Ineras rutiner medges tillgång till ombudsfunktionen under förutsättning att deras förordnande innefattar att bevaka rätt eller sörja för person, men inte om förordnandet endast avser förvalta egendom.

4.4 Inledning om gällande rätt

Patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Patientdatalagen innehåller även bestämmelser om att föra patientjournal.

Utredningen har i delbetänkandet redogjort bl.a. för bestämmelser i patientdatalagen om tillåtna ändamål för behandling av personuppgifter och om direktåtkomst genom sammanhållen journalföring. Här i slutbetänkandet är i stället bestämmelserna i patientdatalagen om skyldigheten att föra patientjournal (3 kap.) samt om möjligheten att ge en enskild direktåtkomst till uppgifter om sig själv (5 kap. 5 §) av särskilt intresse. Vidare är bestämmelser som möjliggör för den enskilde att häva sekretess till förmån för annan enskild, t.ex. ett ombud, av intresse.

4.5 Skyldigheten att föra patientjournal

Patientdatalagen fastställer att vid vård av patienter ska det föras patientjournal. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter (3 kap. 1 § PDL). En patientjournal definieras i patientdatalagen som en eller flera journalhandlingar som rör samma patient (1 kap. 3 § PDL). Kravet på att föra patientjournal gäller både hos offentliga och privata vårdgivare. Skyldigheten att föra patientjournal har begränsats till personer som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Skyldigheten gäller dock inte all hälso- och sjukvårdspersonal utan endast dem som har mera centrala och självständiga arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården.¹³ Skyldigheten att föra patientjournal vid vård av patienter omfattar i första hand den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården eller tandvården. I vissa fall är även icke-legitimerad personal skyldig att föra patientjournal (3 kap. 3 § PDL). De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får dock meddela föreskrifter om att en sådan journalhandling får vara skriven på ett annat språk än svenska (3 kap. 13 § PDL).

¹³ Prop. 1984:85/189 s. 46.

Att en patientjournal ska föras för varje patient betyder inte att det för varje patient ska finnas endast en journal. För samma patient kan det finnas flera patientjournaler hos en vårdgivare. De som hos en vårdgivare deltar i vården av en patient får föra en gemensam journal om denne. På sjukhus förs vanligen en för patienten gemensam patientjournal på varje klinik. Även inom en vårdcentral kan det finnas flera patientjournaler om samma patient. Vidare anses det uppenbart att de privata vårdgivarna för patientjournal var för sig, men en privat vårdgivare kan liksom en offentlig ha flera patientjournaler för en patient.¹⁴ I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården finns bestämmelser om patientjournalens struktur och innehåll. Det anges att vårdgivaren ska säkerställa att de uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att ta del av uppgifterna (5 kap. 1 § HSLF-FS 2016:40). Av de allmänna råden till nu nämnda föreskrift framgår att de delar av en patients journal som hör till en och samma individanpassade vårdprocess bör hållas samman.

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Patientjournalen är ett stöd för vård och behandling av patienten. Hälso- och sjukvårdspersonal som inte har träffat patienten tidigare kan använda patientjournalen för att bedöma vilka åtgärder som behöver vidtas för att kunna ge patienten en god och säker vård. En patientjournal är även en informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag, samt forskning (3 kap. 2 § PDL).

4.6 Innehållet i en patientjournal

En patientjournal får innehålla endast de uppgifter som behövs för de ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 patientdatalagen (3 kap. 5 § PDL). Kravet på att föra patientjournal gäller således bara den individriktade verksamheten inom hälso- och sjukvården.

¹⁴ Prop. 1984/85/189 s. 37.

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla

- uppgift om patientens identitet,
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
- uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,
- uppgift om den information som lämnats till patienten,
- dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning, samt
- uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling (3 kap. 6 § PDL).

Patientjournalen ska vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes (3 kap. 6 § PDL).

Patientdatalagen reglerar vad som får finnas i en patientjournal (3 kap. 7 § PDL).¹⁵ Därutöver finns bestämmelser i andra författningar om vad patientjournalen får eller ska innehålla, se t.ex. smittskyddslagen (2004:168) och förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Vidare innehåller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården bl.a. bestämmelser om innehållet i patientjournalen.

4.7 Patientjournaler är allmänna handlingar

En handling är allmän, om den förvaras hos en myndighet och enligt 2 kap. 9 eller 10 § i tryckfrihetsförordningen är att anse som inkommen till eller upprättad hos en myndighet (2 kap. 4 § tryckfrihetsförordningen). Hos en offentlig vårdgivare utgör patientjournalen

¹⁵ Prop. 2007/08:126 s. 93.

en allmän handling enligt bestämmelserna i 2 kap. tryckfrihetsförordningen.¹⁶

Enligt patientdatalagen definieras *patientjournal* som en eller flera journalhandlingar som rör samma patient. *Journalhandling* definieras som framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient. En journalhandling innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder (1 kap. 3 § PDL). Definitionen av patientjournal knyter således an till tryckfrihetsförordningens handlingsbegrepp. Som framgår av bestämmelserna saknar det betydelse om handlingen är pappersbaserad eller digital. Enligt huvudregeln är en handling upprättad hos en myndighet, när den har expedierats (2 kap. 10 § första stycket tryckfrihetsförordningen). Det finns dock undantag från denna huvudregel beträffande vissa sorters handlingar. Diarier, journaler samt sådana register eller andra förteckningar som förs löpande, anses ha upprättats när de har färdigställts för anteckning eller införing (2 kap. 10 § andra stycket tryckfrihetsförordningen).

Högsta förvaltningsdomstolen har i ett rättsfall uttalat bl.a. följande när det gäller frågan om *när* en patientjournal blir en allmän handling (HFD 2013 ref. 33). Patientjournalen kan innehålla olika typer av uppgifter och handlingar. För löpande anteckningar i diarie- eller dagboksform iordningsställs som regel en eller flera särskilda handlingar, i anslutning till patientens första kontakt med den aktuella vårdgivaren eller vårdenheten. Förutom anteckningar i diarie- eller dagboksform kan patientjournalen innehålla även exempelvis röntgenbilder, provsvar, remisser och intyg. Handlingar som tillhör en patientjournal kan därmed bli att betrakta som allmänna vid olika tidpunkter, beroende på vilken bestämmelse i tryckfrihetsförordningen de omfattas av. De delar av en patientjournal som är avsedda för löpande anteckningar rörande vården av patienten omfattas av specialregeln i tryckfrihetsförordningen¹⁷, avseende sådana handlingar som anses upprättade när de färdigställts för anteckning eller införing. Högsta förvaltningsdomstolen uttalade även i målet att de

¹⁶ En privat vårdgivare omfattas som regel inte av tryckfrihetsförordningens bestämmelser om allmänna handlingar. Patientjournaler hos privata vårdgivare, som inte är s.k. kommunala företag, utgör alltså inte allmänna handlingar. I avsnitt 4.8 nedan redogörs för att uppgifter i patientjournaler hos privata vårdgivare omfattas av bestämmelser om tystnadsplikt.

¹⁷ Nuvarande 2 kap. 10 § andra stycket 1 tryckfrihetsförordningen.

löpande anteckningarna i patientjournalen inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården omedelbart blir en del av den allmänna handlingen, oavsett om anteckningarna har signerats.

Om en utomstående ges direktåtkomst eller annan elektronisk tillgång till en handling, anses handlingen expedierad och därmed upprättad hos myndigheten. Den externa tillgången gör alltså att en handling blir en allmän handling om den inte tidigare var det.

Allmänna handlingar omfattas av offentlighetsprincipen och uppgifterna i handlingarna ska i regel lämnas ut på begäran, såvida de inte omfattas av sekretess. I patientdatalagen anges att en myndighet inom allmän hälso- och sjukvård under vissa förutsättningar är skyldig att lämna ut journalhandlingar och andra handlingar och uppgifter till en patient, samt att detta framgår av tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL (8 kap. 1 § PDL). Även en journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård ska på begäran av patienten, eller av en närstående till patienten, så snart som möjligt tillhandahållas honom eller henne för att läsas eller skrivas av på stället eller i avskrift eller kopia, om de inte omfattas av tystnadsplikt enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) (8 kap. 2 §PDL).

4.8 Patientuppgifter omfattas av sekretess och tystnadsplikt

Uppgifter om patienter i patientjournal omfattas i regel av stark sekretess enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen. Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att personen eller någon närstående lider men (25 kap. 1 § OSL). Presumtionen är att uppgifter i en patientjournal skyddas av sekretess och att uppgifterna inte lämnas ut till någon annan. För närmare beskrivning av regelverket hänvisas till kapitel 5 i delbetänkandet där utredningen allmänt beskrivit innebörden av sekretess och tystnadsplikt (se avsnitt 5.2 i delbetänkandet) och sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården (avsnitt 5.4 i delbetänkandet).

Offentlighets- och sekretesslagen gäller bara för myndigheter och för verksamheter som enligt lagen jämföras med myndigheter, t.ex. s.k. kommunala företag. Inom sådan hälso- och sjukvård som

bedrivs av privata vårdgivare finns bestämmelser i 6 kap. patient-säkerhetslagen om tystnadsplikt för personal inom enskild hälso- och sjukvård som ger motsvarande skydd för uppgifterna. Där anges bl.a. att den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårds-personalen inom den enskilda (privata) hälso- och sjukvården inte obehörigen får röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Syftet är att patientuppgifter inte ska få ett sämre skydd när de behandlas i enskild verksamhet än när motsvarande hantering sker hos en myndighet.

I förarbetena till patientdatalagen angavs att vid tolkningen av obehörighetsrekvisitet är det naturligt att söka ledning i skaderekvisitet som finns i sekretesslagens bestämmelser. Vidare konstaterades att den enskilde ska få samma skydd för sin personliga integritet vare sig han eller hon får vård av en hälso- och sjukvårds-myndighet eller en privat vårdgivare.¹⁸ Sådant uppgiftslämnande som inte skulle ha hindrats av sekretess om det rört sig om en hälso- och sjukvårdsmyndighet anses alltså inte heller vara ett obehörigt röjande av uppgifterna hos en privat vårdgivare. Det innebär att uppgifter om patienters hälsa och personliga förhållanden har ett motsvarande skydd hos en privat vårdgivare som hos en hälso- och sjukvårdsmyndighet.

Sekretess till skydd för en enskild gäller inte i förhållande till den enskilde själv, om inte annat anges i offentlighets- och sekretesslagen (12 kap. 1 § OSL). En enskild har därmed som huvudregel rätt att ta del av de uppgifter som gäller denne. När det gäller uppgifter om enskild inom hälso- och sjukvård finns en bestämmelse i 25 kap. 6 § offentlighets- och sekretesslagen som innebär att uppgifterna i patientjournalen i vissa särskilda undantagsfall kan hemlighållas även för den enskilde själv. Bestämmelsen anger att sekretessen enligt 25 kap. 1–5 §§ offentlighets- och sekretesslagen gäller i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande själv för uppgift om hans eller hennes hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av *synnerlig vikt* att uppgiften inte lämnas till honom eller henne.¹⁹ Syftet med bestämmelsen är i första hand att hindra en patient, under de förutsättningar som i övrigt

¹⁸ Prop. 2007/08:126 s. 46.

¹⁹ Detsamma gäller i fråga om sekretess enligt 25 kap. 17 a § offentlighets- och sekretesslagen om uppgiften om hälsotillståndet avser ordinationsorsak i den nationella läkemedelslistan enligt lagen om nationell läkemedelslista.

gäller enligt paragrafen, från att ta del av sin patientjournal. Motsvarande tystnadsplikt gäller för hälso- och sjukvårdspersonal inom privat hälso- och sjukvård.²⁰ Rekvisitetet ”synnerlig vikt” innebär att uppgifter i patientjournalen kan hemlighållas för patienten endast i yttersta undantagsfall. Av rättspraxis på området följer att bestämmelsen i 25 kap. 6 § offentlighets- och sekretesslagen har ett mycket begränsat tillämpningsområde.²¹

Sekretess kan även i vissa andra situationer gälla för uppgifter i patientjournal i förhållande till den enskilde för uppgifter om denne. Exempelvis gäller sekretess för uppgift i anmälan eller utsaga av en enskild om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, i förhållande till den som anmälan eller utsagan avser, om det kan antas att fara uppkommer för att den som har lämnat uppgiften eller någon närstående till denne utsätts för våld eller lider annat allvarligt men om uppgiften röjs (25 kap. 7 § OSL). Sekretess gäller även om uppgiften hänför sig till förundersökning i brottmål eller till angelägenhet som avser användning av tvångsmedel i sådant mål eller i annan verksamhet för att förebygga brott, om det kan antas att syftet med beslutade eller förutsedda åtgärder motverkas eller den framtida verksamheten skadas om uppgiften röjs (18 kap. 1 § OSL). Den senare bestämmelsen kan exempelvis aktualiseras i förundersökningar om barnmisshandling. Vårdnadshavare kan då med hänvisning till sekretess nekas att få tillgång till sin egen eller sitt barns vårdokumentation.

4.9 Patientens rätt att medge annan tillgång till sina patientuppgifter

När det gäller ombuds möjlighet att ta del av uppgifter i patientjournal, är en första förutsättning att den enskilde efterger sekretessen så att den inte gäller i förhållande till ombudet. I 12 kap. offentlighets- och sekretesslagen finns bestämmelser om den enskildes möjlighet att efterge (häva) sekretess som gäller till skydd för honom eller henne.

Eftersom sekretess, som redogjorts för ovan, i regel inte gäller i förhållande till den enskilde själv, kan den enskilde disponera över sina uppgifter. I detta ligger att den enskilde kan välja om den vill att

²⁰ Prop. 1979/80:2 Del A s. 179.

²¹ Se t.ex. RÅ82 Ab 47 och RÅ83 Ab 132.

någon utomstående ska få del av uppgifterna. I offentlighets- och sekretesslagen finns en bestämmelse om undantag från sekretess när den enskilde samtycker till det (10 kap. 1 § OSL). Bestämmelsen anger att sekretess till skydd för en enskild inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan enskild eller till en myndighet, om den enskilde samtycker till det, samt att detta följer av 12 kap. och gäller med de begränsningar som anges där. Av 12 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen följer att en enskild helt eller delvis kan *häva sekretessen* som gäller till skydd för honom eller henne, om inte annat anges i offentlighets- och sekretesslagen. En patient kan således medge att en annan person får tillgång till uppgifterna i dennes patientjournal, och på så vis häva sekretessen, om det inte finns någon bestämmelse om sekretess som hindrar detta.

För uppgift i patientjournal som omfattas av sekretess med stöd av 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen finns som ovan nämnts ett undantag från huvudregeln att den enskilde har rätt att ta del av dessa och själv förfoga över uppgifterna (se 25 kap. 6 § OSL). Denna bestämmelse utgör ett snävt begränsat undantag från huvudregeln om att den till vars förmån en sekretessbestämmelse gäller själv har rätt att förfoga över sekretessen. Bestämmelsen innebär dock inte att patienten berövas sin rätt att medge att uppgift, dvs. i första hand patientjournalen, lämnas till annan. Medgivande att lämna uppgiften till annan, exempelvis till ett ombud, kan alltså lämnas, även om situationen skulle vara sådan att den enskilde själv inte vet vilka uppgifter medgivandet omfattar.²²

I förarbetena till sekretesslagstiftningen anges att det i och för sig är tänkbart att en enskild, som begär att få uppgifter om sig själv eller medger att en sekretessbelagd uppgift om honom eller henne lämnas till någon annan, kan vara offer för påtryckningar från utomstående. Trots detta har det inte ansetts komma i fråga att annat än i rena undantagsfall genom särskilda föreskrifter fränkänna hans eller hennes samtycke rättsverkan (jfr RÅ 1991 not. 167). Att en myndighet under hänvisning till den enskildes bästa vägrar att beakta dennes samtycke till utlämnande kan enligt förarbetena i längden medföra större skadeverkningar genom den osäkerhetskänsla som skapas hos den enskilde och den rubbning av förtroendet till myndigheterna som mestadels blir följden. Det framhålls dock att en myndig-

²² Prop. 1979/80:2 Del A s. 179 och RÅ 1991 not. 167.

het givetvis inte behöver ta hänsyn till ett samtycke som efter vad som framgår saknar giltighet som rättshandling enligt allmänna regler.²³

JO har uttalat att eftersom hälso- och sjukvårdssekretessen i de flesta fall inte gäller mot patienten själv och sekretessen kan efterges av denne, följer att patienten kan låta någon annan ta del av journalhandlingar som rör denne. Något krav på att patienten först själv tar del av sin journal har inte uppställts i sekretesslagstiftningen. För att en myndighet som har vården om journalhandlingarna ska vara säker på att den som åberopar patientens medgivande att få ta del av journalen verkligen har ett sådant medgivande krävs som regel att vederbörande kan visa upp en skriftlig fullmakt från patienten. Det bör dock framhållas att sekretesslagstiftningen inte innehåller några formföreskrifter i detta hänseende.²⁴

JO:s uttalande avsåg den då gällande sekretesslagen (1980:100). Inte heller i den nu gällande offentlighets- och sekretesslagen har det tagits in några formkrav för hur ett medgivande till att någon annan får ta del av uppgifter ska lämnas. Det ska tilläggas att genom förvaltningslagen (2017:900) har det införts vissa behörighetsregler för ombud (14 och 15 §§ förvaltningslagen). Av bestämmelserna följer att det inte finns något krav på att visa upp en fullmakt när en enskild anlitar ett ombud i ett ärende vid myndighet. En myndighet får dock begära att ett ombud ska styrka sin behörighet genom en skriftlig eller muntlig fullmakt (15 § första stycket förvaltningslagen).

Det finns inget hinder mot att ett medgivande ges i förväg, med tanke på en kommande situation. Exempelvis kan man tänka sig situationen att en patient i förväg, inför en vistelse på sjukhus, medger att en anhörig får ta del av tillkommande uppgifter i patientjournalen, t.ex. genom att lämna in en skriftlig fullmakt. I förhållande till myndigheten kan dock ett sådant samtycke alltid återkallas. Ett samtycke får emellertid inte ges ett så generellt innehåll att den enskilde allmänt förklarar sig avstå från sekretessen hos en viss myndighet eller tjänsteman. Om en enskild uppmanas att lämna ett mer eller mindre generellt samtycke, kan omständigheterna vara sådana att samtycket inte bör tillerkännas rättslig giltighet.²⁵

²³ Prop. 1979/80:2 Del A s. 329.

²⁴ JO 1983/84 s. 238 (dnr 2705-1982), angående krav på medgivande från patienter vid utlämnande av deras patientjournal.

²⁵ Eva Lenberg m.fl., *Offentlighets- och sekretesslagen*, kommentar till 12 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen, JUNO version:22.

I praktiken hanteras utlämnanden till ombud i dag antingen genom att det antecknas i patientens patientjournal att muntligt samtycke till utlämnande har lämnats eller genom att ett skriftligt samtycke (ofta benämnt fullmakt) tas in i patientjournalen. Därefter lämnas patientjournalen ut enligt vårdgivarens rutiner för utlämnande av patientjournal. Av patientdatalagen följer att om en journalhandling eller en avskrift eller kopia av handlingen har lämnats ut till någon, ska det dokumenteras i patientjournalen vem som har fått handlingen, avskriften eller kopian och när denna har lämnats ut. Detta gäller dock inte utlämnande genom direktåtkomst (3 kap. 11 § PDL). Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40) följer att vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om samtycken och återkallade samtycken (5 kap. 5 § 9). Hur den närmare hanteringen av samtycken eller fullmakter går till kan variera beroende på omständigheterna i det enskilda fallet och vårdgivarens interna rutiner.

När det gäller privat hälso- och sjukvård innebär patientens medgivande till att någon annan får del av uppgifter givetvis att det inte är obehörigt att göra sådana utlämnanden som patienten gått med på. Tystnadsplikten inom den privata hälso- och sjukvården hindrar alltså inte att uppgifter lämnas ut med patientens medgivande.

4.10 Sekretess och möjligheten att medge annan tillgång till patientuppgifter för patienter som har legala ställföreträdare

4.10.1 Barn och deras vårdnadshavare

Om den enskilde är ett barn²⁶ gäller sekretess till skydd för barnet även i förhållande till dennes vårdnadshavare (12 kap. 3 § OSL). Sekretessen gäller dock inte i förhållande till vårdnadshavaren i den utsträckning denne enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken (FB) har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter, såvida det inte kan antas att barnet lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren, eller om det annars anges i offentlighets- och sekretesslagen. Om sekretess inte gäller i

²⁶ Med barn avses person under 18 år.

förhållande till vårdnadshavaren, förfogar denne ensam eller, beroende på barnets ålder och mognad, tillsammans med barnet över sekretessen till skydd för barnet.

Som utgångspunkt har vårdnadshavarna rätt att ta del av sekretessbelagda uppgifter som rör barnet. I takt med barnets stigande ålder och mognad ska dock allt större hänsyn tas till barnets integritet och barnets egna synpunkter och önskemål. När ett barn har uppnått en viss mognad och utveckling kan därför vårdnadshavarna inte längre göra anspråk på att få veta vad barnet har berättat för t.ex. en läkare eller en socialsekreterare. Någon fast åldersgräns finns inte angiven till ledning för denna bedömning utan hänsyn måste tas till barnets mognad och utveckling i övrigt. Det kan även förekomma fall där det av hänsyn till barnets bästa kan vara befogat att inte lämna ut vissa uppgifter till vårdnadshavarna även om det är fråga om ganska små barn.²⁷

För att närmare förstå sekretessregleringen när det gäller barn och deras vårdnadshavare inom hälso- och sjukvården måste bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen ses i belysning av bestämmelserna i föräldrabalken. Ett barn står under vårdnad av båda föräldrarna eller en av dem, till dess att barnet fyller 18 år (6 kap. 2 § FB). Huvudregeln när det gäller förhållandet mellan en underårig och hans eller hennes vårdnadshavare är att vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Vårdnadshavaren ska dock i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål (6 kap. 11 § FB).²⁸ Om barnet har två vårdnadshavare, ska de utöva denna bestämmanderätt över barnet tillsammans. Bestämmanderätten utövas dock av den ene vårdnadshavaren ensam när den andre till följd av frånvaro, sjukdom eller annan orsak är förhindrad att ta del i beslut rörande vårdnaden som inte utan olägenhet kan uppskjutas. Beslut av ingripande betydelse för barnets framtid får dock inte fattas av den ene vårdnadshavaren ensam, om inte barnets bästa uppenbarligen kräver det (6 kap. 13 § FB).

JO har uttalat att när det gäller åtgärder inom hälso- och sjukvården måste det i många fall anses tillräckligt att samråd sker med

²⁷ Prop. 1981/82:186 s. 36.

²⁸ Även inom hälso- och sjukvården finns liknande regler om barns självbestämmanderätt. Exempelvis anges att om patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården så långt som det går klarläggas och dennes inställning ska sedan tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad (4 kap. 3 § patientlagen [2014:821]).

den ene vårdnadshavaren. Man får utgå från att den vårdnadshavare som initierar vårdkontakten informerar den andre vårdnadshavaren. Samråd med den andre vårdnadshavaren ska dock som regel ske om det finns någon särskild anledning att misstänka att denne inte samtycker till åtgärden eller om det är fråga om mera ingripande åtgärder.²⁹ Är vårdnadshavarna skilda, separerade eller inte har kontakt med varandra kan antagandet att den ena vårdnadshavaren informerar den andra förstås bli problematiskt. JO har i ett senare ärende uttalat att vid ingripande åtgärder som förutsätter båda vårdnadshavarnas samtycke, är det inte godtagbart att förlita sig enbart på den ena vårdnadshavarens uppgifter om ett lämnat samtycke, särskilt inte om vårdnadshavarna är separerade.³⁰

4.10.2 Andra personer med ställföreträdare

En person som på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person eller inte klarar att vårda sig eller sin egendom, kan under vissa förhållanden få en legal ställföreträdare utsedd i form av en god man respektive en förvaltare (11 kap. 4 och 7 §§ FB). Att en person har en legal ställföreträdare innebär inte att denne saknar egen rättshandlingsförmåga, utan personen kan fortfarande företa vissa rättshandlingar på egen hand. Den legala ställföreträdaren kan dock utföra handlingar som den företrädde inte med rättslig verkan kan utföra själv. Eventuella fullmakter som den enskilde har utfärdat före förvaltarförordnandet förlorar sin verkan inom ramen för förvaltarskapet.³¹

I ett rättsfall har Högsta förvaltningsdomstolen kommit fram till att en god man kunde få ut kopior av huvudmannens deklarerationer eftersom denne på grund av sitt hälsotillstånd själv varken kunde begära ut dem eller häva den sekretess som gällde till skydd för honom.³² I ett senare rättsfall har Högsta förvaltningsdomstolen prövat frågan om en förvaltare har rätt att för huvudmannens räkning ta del av uppgifter som rör ställföreträdarskapet och som omfattas av

²⁹ JO 2003/04 s. 306 (dnr 2739–2001).

³⁰ Se JO:s beslut den 27 februari 2018 (dnr 6097–2017) där vårdpersonal utgått från att barnets mamma skulle informera pappan. Informationen nådde inte pappan då föräldrarna inte hade någon kontakt med varandra.

³¹ SOU 2004:112 s. 471 f.

³² RÅ 1999 ref. 38.

sekretess.³³ Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade att sekretessen för de aktuella uppgifterna inte gäller i förhållande till huvudmannen själv. Huvudmannen kan också, enligt 12 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen, häva sekretess som gäller till skydd för honom eller henne. Mot denna bakgrund fick, på motsvarande sätt som i det tidigare fallet, en förvaltare i egenskap av företrädare för en person som varken kan begära ut handlingar eller häva sekretessen, anses ha rätt att ta del av uppgifter som omfattas av sekretess till skydd för huvudmannen. Som förutsättning gäller att uppgifterna rör ställföreträdarskapet och att de behövs för att förvaltaren ska kunna fullgöra uppdraget.

I detta sammanhang bör också nämnas framtidsfullmakter. En person kan ge en framtidsfullmakt åt en fysisk person att företräda denne enligt lagen (2017:310) om framtidsfullmakter. Fullmakten avser det fallet att fullmaktsgivaren på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller något liknande förhållande varaktigt och i huvudsak inte längre har förmåga att ha hand om de angelägenheter som fullmakten avser. En framtidsfullmakt får omfatta huvudmannens ekonomiska och personliga angelägenheter (1 och 2 §§ lagen om framtidsfullmakter). Bestämmelsen om framtidsfullmaktens omfattning är enligt förarbetena avsedd att överensstämma med de områden som ett godmanskap enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken får omfatta. Till personliga angelägenheter hör bl.a. att hjälpa fullmaktsgivaren i dennes kontakter med hälso- och sjukvården och den sociala omsorgsverksamheten. Dock undantas åtgärder inom hälso- och sjukvård och tandvård från fullmakthavarens behörighet. Regeringen anförde i förarbetena att någon uttömmande uppräkningslista av vilken hälso- och sjukvård som undantas inte kan lämnas. Det går inte heller att helt undvika att vissa gränsdragningsproblem uppstår. Regeringens utgångspunkt var dock att de begränsningar som anses gälla för god man och förvaltare även ska gälla för framtidsfullmaktshavare.³⁴

³³ HFD 2020 ref. 50.

³⁴ Prop. 2016/17:30 s. 30 och 109 f.

4.11 Patienters direktåtkomst till patientuppgifter

Vårdgivare har möjlighet att ge patienter elektronisk tillgång genom direktåtkomst till sådana uppgifter om sig själv som vårdgivaren får lämna ut. Patientdatalagen anger att vårdgivare får medge en enskild direktåtkomst till sådana uppgifter om den enskilde själv som får lämnas ut till honom eller henne och som behandlas för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 patientdatalagen, dvs. för vårddokumentation (5 kap. 5 § PDL³⁵). Av samma bestämmelse framgår att den enskilde under samma förutsättningar får medges direktåtkomst till dokumentation som avses i 4 kap. 3 § första stycket första meningen patientdatalagen, dvs. uppgifter om den åtkomst som förekommit till uppgifter om patienten (logglistor). Utredningen har ingående beskrivit bestämmelsen och de förarbetsuttalanden som låg bakom införandet i avsnitt 16.13 i delbetänkandet.

Bestämmelsen är inte tvingande utan ger en *möjlighet* för vårdgivare att, om de så önskar, ge patienter direktåtkomst till uppgifter om sig själva. Vårdgivaren kan även välja att ge direktåtkomst till endast vissa delar av patientjournalen. I dagsläget är alla regioner anslutna till 1177 Vårdguidens e-tjänster. Det finns dock regionala skillnader i hur många verksamheter inom respektive region som tillhandahåller tjänsten. Hur mycket information som patienten kan se när denne loggar in varierar också mellan de olika regionerna. Det kan noteras att eftersom bestämmelsen om patientens direktåtkomst endast utgör en möjlighet som vårdgivare får välja om de vill använda, finns det ingen *rättighet* för patienter att få del av sina uppgifter elektroniskt genom direktåtkomst. Det finns således inte heller någon möjlighet för patienter att överklaga vårdgivares beslut att t.ex. lämna ut enbart viss information ur patientjournalen genom direktåtkomst.³⁶ En patient som vill få ut uppgifter om sig själv, kan då i stället göra en begäran om att få ut uppgifterna som allmänna handlingar.

Högsta förvaltningsdomstolen har kommit fram till att en vårdgivare enligt gällande regelverk inte ens med samtycke får ge ett ombud

³⁵ Utredningen har i delbetänkandet föreslagit att bestämmelsen i 5 kap. 5 § patientdatalagen ändras till att även omfatta *annat elektroniskt utlämnande*.

³⁶ Det framgår av patientdatalagen att några i lagen särskilt angivna beslut av Inspektionen för vård och omsorg får överklagas enligt patientdatalagen. Övriga beslut enligt patientdatalagen får inte överklagas (10 kap. 2 § PDL).

till en enskild direktåtkomst till vårdgivarens uppgifter om den enskilde. Rättsfallet beskrivs nedan.

HFD 2017 ref. 67 om ombuds direktåtkomst till patientjournaler

I HFD 2017 ref. 67 prövade Högsta förvaltningsdomstolen frågan om ombud kan ges direktåtkomst till patienters patientjournaler. Domstolens slutsats var att en vårdgivare som behandlar personuppgifter med stöd av patientdatalagen inte ens med den enskildes samtycke får ge ett ombud till en enskild direktåtkomst till vårdgivarens uppgifter om den enskilde.

Bakgrunden till rättsfallet var att landstinget i Uppsala (numera Region Uppsala) hade gett patienter möjlighet att digitalt ”dela” sin patientjournal med någon annan, ett ombud. Tjänsten kunde nå genom inloggning med godkänd elektronisk identifiering. I tjänsten kunde patienten välja att ”dela” sin patientjournal med ett ombud genom att ange ombudets personnummer och välja om ombudet skulle ges tillgång till hela patientjournalen eller delar av den. Ombudet fick sedan ett meddelande som ombudet kunde acceptera. Ombudet fick då direktåtkomst till uppgifterna om patienten och kunde nå dessa genom att själv logga in i *Journalen* med godkänd elektronisk identifiering. Funktionen var tänkt att användas exempelvis när en patient som ska läggas in på sjukhus vill att anhöriga ska kunna följa vad som händer.

Vid tillsyn av tjänsten förelade Datainspektionen³⁷ landstinget att upphöra med att ge ombud direktåtkomst. Datainspektionens motivering var att sådan åtkomst enligt lag uttryckligen endast får ges till den enskilde själv, dvs. inte till dennes ombud. Föreläggandet överklagades av regionen som ansåg att vårdgivaren med stöd av en särskild bestämmelse om samtycke i patientdatalagen fick ge ombud direktåtkomst om patienten gav sitt samtycke till det. Målet avgjordes slutligt i Högsta förvaltningsdomstolen.

Frågan i målet var om en vårdgivare som behandlar personuppgifter med stöd av patientdatalagen får ge ombud direktåtkomst till vårdgivarens uppgifter om en enskild under samma förutsättningar som till den enskilde själv. Högsta förvaltningsdomstolen uttalade att ordalydelsen i bestämmelsen i 5 kap. 5 § första stycket patient-

³⁷ Datainspektionen bytte den 1 januari 2021 namn till Integritetsskyddsmyndigheten.

datalagen inte ger uttryck för annat än att det endast är till patienten själv som vårdgivaren får ge direktåtkomst. Inte heller finns det något i motiven som talar för att lagstiftaren med den bestämmelsen avsett att ge vårdgivaren möjlighet att lämna ut uppgifter genom direktåtkomst till någon annan än patienten.

Frågan var då om regeln om den enskildes samtycke i 2 kap. 3 § första stycket patientdatalagen kunde tillämpas. Enligt den bestämmelsen kan en annars otillåten behandling bli tillåten, om den enskilde samtycker till det. Utgångspunkten var, enligt dåvarande 10 § personuppgiftslagen (numera artikel 6.1 i dataskyddsförordningen), att den enskildes uttryckliga samtycke till en viss behandling av personuppgifter medför att behandlingen blir tillåten. Den enskildes samtycke läkte emellertid inte brister i förhållande till de grundläggande kraven på behandlingen i dåvarande 9 § personuppgiftslagen (numera artikel 5.1 i dataskyddsförordningen). Det finns bestämmelser i patientdatalagen som specificerar de krav som ställdes enligt personuppgiftslagen, numera dataskyddsförordningen, och som därför inte kan åsidosättas med stöd av samtycke. Det stod därmed klart att samtyckesregeln i 2 kap. 3 § första stycket patientdatalagen – trots ordalydelsen – inte kan tillämpas på alla slags regleringar enligt patientdatalagen.

En bestämmelse som ger vårdgivaren möjlighet att ge patienten direktåtkomst till sina journaluppgifter är, enligt Högsta förvaltningsdomstolens mening, inte en bestämmelse av det slag som inte kan åsidosättas med stöd av samtycke. Det var således inte av det skälet uteslutet att samtyckesregeln skulle kunna ge stöd för ett utlämnande till patientens ombud. Bestämmelsen om direktåtkomst i 5 kap. 5 § patientdatalagen måste dock läsas tillsammans med 4 § i samma kapitel, som föreskriver att direktåtkomst till personuppgifter endast är tillåten i den utsträckning som anges i lag eller förordning. Det finns inte några andra bestämmelser som reglerar vårdgivares möjlighet att ge enskild direktåtkomst till journaluppgifter än den i 5 kap. 5 § patientdatalagen.

Högsta förvaltningsdomstolen ansåg att det var tydligt att lagstiftaren genom 5 kap. 4 och 5 §§ patientdatalagen avsett att uttömmande reglera till vem och under vilka förutsättningar en vårdgivare får ge direktåtkomst till en enskild. I den mån detta inte är tillåtet så är det förbjudet. Enligt Högsta förvaltningsdomstolens mening kunde

därför inte den generellt utformade samtyckesregeln återopas till stöd för att åsidosätta en specialreglering av det slaget.

Datainspektionen hade alltså haft fog för att förelägga landstinget att upphöra med att ge ombud direktåtkomst till landstingets personuppgifter om enskilda. Högsta förvaltningsdomstolen betonade att 5 kap. 4 och 5 §§ patientdatalagen är avsedda att *uttömmande* reglera till vem och under vilka förutsättningar en vårdgivare får ge direktåtkomst till en enskild. Eftersom det inte finns någon bestämmelse som medger att direktåtkomst också får ges till ett ombud, är sådan direktåtkomst således inte tillåten ens med patientens samtycke.

Efter domen stod det klart att den lagtolkning som flera regioner gjort, dvs. att patienter kunde samtycka till att dela sin patientjournal med ett ombud genom direktåtkomst, inte var tillåten. Möjligheten för patienter att dela sina elektroniska journaluppgifter med ombud upphörde och den tjänst som gjorde det möjligt stängdes.

4.12 Direktåtkomst för patienter och deras ombud enligt lagen om nationell läkemedelslista

Lagen (2018:121) om nationell läkemedelslista trädde i kraft den 1 maj 2021.³⁸ Enligt den lagen får patienten ha direktåtkomst till uppgifter om sig själv. Direktåtkomst får även ges till en annan fysisk person som patienten utsett genom en fullmakt som finns registrerad i den nationella läkemedelslistan (5 kap. 6 § lagen om nationell läkemedelslista).

Patientens direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan omfattar samtliga uppgifter som är att hänföra till patienten, med undantag för uppgifter för vilka sekretess gäller enligt 25 kap. 6 § eller 12 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen. Sådana uppgifter som omfattas av sekretess i förhållande till patienten själv får således inte lämnas ut till patienten eller dennes ombud. Samtidigt infördes bestämmelser som medför att direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan får ges till en fysisk person som patienten utsett genom fullmakt som finns registrerad i den nationella läkemedelslistan. Registrering av uppgifter om fullmakter

³⁸ Lagen träder dock i kraft först den 1 maj 2023 i fråga om bestämmelserna i 7 kap. 1 § och 9 kap. 1 §. Genom lagen upphävs lagen (1996:1156) om receptregister och lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning.

ska vara ett ändamål för vilket personuppgifter får behandlas i den nationella läkemedelslistan.³⁹

När det gäller möjligheten att låta ett ombud få direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan, uttalades i förarbetena att frågan inte är oproblematisk. En sådan ordning skulle kunna leda till ett obehörigt nyttjande av uppgifterna i listan. Det kan finnas en risk att patienten känner sig tvingad eller blir vilseledd till att medge direktåtkomst till uppgifter. Därtill är uppgifterna i den nationella läkemedelslistan integritetskänsliga, kanske något känsligare än registerinnehållet i det tidigare receptregistret. Regeringen ansåg dock att de integritetsrisker som finns, får vägas mot det behov som vissa patienter har av att kunna utse en person som kan hjälpa dem med det praktiska kring deras läkemedelsanvändning. Behovet kan orsakas av att patienten på grund av hög ålder eller fysiska hinder behöver hjälp med att hålla ordning på sina läkemedel. Att inte ge ombud direktåtkomst till den nationella läkemedelslistan skulle försvåra vissa patienters läkemedelshandling och även kunna leda till patientsäkerhetsrisker. Regeringen föreslog därför att den som patienten (fullmaktsgivaren) utser som ombud ska kunna ges direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan. Med hänsyn till risken för obehörigt nyttjande av uppgifterna i listan måste dock fullmakter som avser direktåtkomst vara registrerade i den nationella läkemedelslistan och får endast avse en fysisk person. Ombudets direktåtkomst omfattar inte uppgifter för vilka sekretess gäller mot fullmaktsgivaren (dvs. patienten).⁴⁰

³⁹ Prop. 2017/18:223 s.164 f.

⁴⁰ Prop. 2017/18:223 s. 165.

5 Tillgång till HOSP-registret

5.1 Inledning

Ett grundläggande syfte med bestämmelserna om behörighetskrav för yrken inom hälso- och sjukvården är patientsäkerheten. Inom hälso- och sjukvården ansvarar såväl vårdgivaren som hälso- och sjukvårdspersonalen för en god och säker vård av patienten. Även patienten kan genom att vara delaktig i den egna vården göra vården säkrare. Möjligheten att försäkra sig om att personalen har rätt behörighet kan ses som ett verktyg för detta. Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-registret) fyller här en viktig funktion.

I detta kapitel redovisas inledningsvis HOSP-registret och regleringen i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-förordningen). Därefter följer en redogörelse för innebörden av elektroniskt utlämnande samt avslutningsvis för sekretessregleringen av uppgifter i HOSP-registret och allmänt om sekretessbrytande bestämmelser.

5.2 Behörighetskontroll av hälso- och sjukvårdspersonal

5.2.1 Behörighetskrav för viss hälso- och sjukvårdspersonal

Frågor om behörighet att utöva yrken inom hälso- och sjukvården regleras särskilt. Behörighetskraven ska garantera en viss kunskapsnivå och sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denne är förtjänt av myndigheternas och allmänhetens förtroende.¹ Behörig-

¹ Enligt 2 kap. 17 § regeringsformen får begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag.

hetsreglerna bidrar till att samhällets mål om att hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet uppnås och till att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses. En viktig skillnad mellan en examen och en legitimation är att en legitimation kan återkallas om den som innehar den inte längre uppfyller kraven. Legitimationen utgör därför det viktigaste kompetensbeviset för en yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Den är en personlig behörighet och ett uttryck för att den legitimerade står under samhällets tillsyn och har godkänts för yrkesverksamhet inom det område som legitimationen avser. Krav på legitimation för att få utöva sitt yrke gäller flera yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och inom tandvården. Regleringen finns i 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), med närmare föreskrifter i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

Socialstyrelsen prövar ansökningar om legitimation, särskilt förordnande att utöva yrke och bevis om specialistkompetens (4 kap. 10 § patientsäkerhetslagen). Prövningen av en ansökan om legitimation avser dels om den sökande uppfyller de fastlagda kraven på utbildning och i förekommande fall fullgjord praktik för yrket i fråga, dels att förhållandena inte är sådana att legitimationen skulle ha återkallats enligt bestämmelserna i 8 kap. patientsäkerhetslagen om sökanden hade varit legitimerad. Sådana omständigheter är exempelvis om den legitimerade varit grovt oskicklig vid utövning av sitt yrke, i eller utanför yrkesutövning gjort sig skyldig till ett allvarligt brott som är ägnat att påverka förtroendet för yrkesutövaren eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket eller på grund av sjukdom eller någon liknande omständighet inte kan utöva yrket tillfredsställande. Socialstyrelsen gör normalt ingen övrig kvalitets- eller lämplighetsbedömning av en yrkesutövare i samband med att legitimation meddelas.

5.2.2 HOSP-registret

Uppgifter om de yrkesutövare som omfattas av legitimationsbestämmelser, samt uppgifter om specialistbevis för läkare och tandläkare registreras i HOSP-registret. HOSP-registret omfattar personer som har sökt och fått legitimation för yrken inom hälso- och sjukvårdens område. För närvarande finns i Sverige följande 22 legitimationsyrken: apotekare, arbetsterapeut, audionom, barnmorska,

biomedicinsk analytiker, dietist, fysioterapeut eller sjukgymnast, hälso- och sjukvårdskurator, kiropraktor, läkare, logoped, naprapat, optiker, ortopedingenjör, psykolog, psykoterapeut, röntgen-sjuksköterska, receptarie, sjukhusfysiker, sjuksköterska, tandhygienist och tandläkare.

Det huvudsakliga ändamålet för registret är att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (4 § HOSP-förordningen). Uppgifterna i registret används av arbetsgivare, apotek och allmänhet främst för upplysningar om sjukvårdspersonalens identitet och behörighet. Dessutom utgör registeruppgifterna nödvändigt underlag för myndigheternas tillsyn men också för statistik och prognoser över tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal. Registret syftar dock ytterst till att bidra till att upprätthålla en hög patientsäkerhet.

Det är en rättslig skyldighet för Socialstyrelsen att föra ett register över hälso- och sjukvårdspersonal (1 § HOSP-förordningen). Socialstyrelsen är också personuppgiftsansvarig för registret (3 a § HOSP-förordningen). I registret finns uppgifter om namn, personnummer, folkbokföringsort, yrke, eventuell specialistutbildning och datum då legitimation eller specialistkompetens utfärdades samt eventuell förskrivarkod. Registret innehåller även uppgifter om de fall där prövotid pågår, om en legitimation är återkallad eller om en förskrivningsrätt är begränsad eller indragen, men registret innehåller inga upplysningar om pågående tillsynsärenden. Registret förs utan samtycke från de registrerade och innehåller uppgifter om närmare 480 000 yrkesutövare.

Socialstyrelsen har till utredningen uppgett att antalet förfrågningar om uppgifter i registret har ökat de senaste åren, vilket bl.a. beror på att bemanningsföretag gör fler periodiska kontroller än tidigare och att fler förfrågningar görs av allmänheten. Socialstyrelsen har vidare uppgett att myndigheten i dag svarar på cirka 100 000 e-postförfrågningar per år om innehållet i HOSP-registret. Till det tillkommer cirka 750 större beställningar och cirka 8 000 telefonsamtal. Myndigheten har som mål att svara inom 72 timmar vid förfrågningar om och beställningar av uppgifter från HOSP-registret. Under år 2019 varierade dock svarstiden mellan 5 och 20 arbetsdagar. Socialstyrelsens kostnad för att besvara frågor samt förvalta och utveckla HOSP-registret uppgick samma år till 8,3 miljoner kronor, vilket var en ökning jämfört med år 2018 (7,1 miljoner kronor) och

år 2017 (5,7 miljoner kronor). Socialstyrelsens hantering av HOSP-registret och därtill hörande frågor upptar således en inte obetydlig del av myndighetens resurser. För närvarande arbetar fem personer heltid med hantering av registret.

Behandlingen av uppgifterna i registret regleras främst i HOSP-förordningen.

5.2.3 HOSP-förordningen

HOSP-förordningen reglerar, som ovan sagts, behandling av uppgifter i HOSP-registret. Förordningen innehåller bestämmelser som kompletterar dataskyddsförordningen². Behandling av personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen är endast tillåten om den stöder sig på minst en av de rättsliga grunder som räknas upp i artikel 6.1 i dataskyddsförordningen. Grunden för sådan behandling av personuppgifter som är nödvändig för att den personuppgiftsansvarige ska kunna uppfylla en rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c) eller utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 e) måste fastställas i nationell rätt eller EU-rätt (artikel 6.3).

Vid behandling av personuppgifter enligt HOSP-förordningen gäller dataskyddslagen³ och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen, om inte annat följer av HOSP-förordningen.

I HOSP-förordningen regleras uttömmande vilka uppgifter som registret får innehålla. Av 6 § följer att registret endast får innehålla följande uppgifter:

1. namn, personnummer, samordningsnummer eller andra liknande identitetsbeteckningar och kön,
2. folkbokföringsort,
3. yrke,
4. grundyrke, läroanstalt, utbildningsland och datum för utfärdande av examen,
5. specialitet,

² Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

³ Lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.

6. datum för utfärdande av legitimation respektive bevis om specialistkompetens,
7. datum när ett tidsbegränsat behörighetsbevis enligt 6 upphör att gälla,
8. beslut om partiellt tillträde,
9. beslut om prøvotid och återkallelse av legitimation,
10. förskrivarkod och omfattning av förskrivningsrätt, och
11. sådana tekniska och administrativa uppgifter som är nödvändiga för att registerändamålen ska kunna tillgodoses.

En person som är registrerad har inte rätt att motsätta sig sådan behandling av personuppgifter som är tillåten enligt HOSP-förordningen (3 §).

Vad som avses med de första punkterna i 6 § är i regel självklart men det kan finnas anledning att närmare förklara vad som avses med punkterna 7–10.

Beslut om tidsbegränsat behörighetsbevis (punkten 7) kan vara aktuellt när yrkeskvalifikationerna är förvärvade i en annan stat inom EES eller i Schweiz och yrkesutövaren avser att tillfälligt utöva ett yrke i Sverige. Regleringen finns i 5 kap. patientsäkerhetsförordningen.

Beslut om partiellt tillträde (punkten 8) kan fattas i enlighet med 3 kap 8 § förordningen (2016:157) om erkännande av yrkeskvalifikationer.⁴ Syftet är att kunna ge yrkesverksamma en rätt att utöva ett yrke i ett annat land även om de verksamhetsområden som omfattas av yrket i det mottagande landet är bredare än i det land där den yrkesverksamme fått sina kvalifikationer. Ett beslut om partiellt tillträde kan vara aktuellt under vissa särskilt angivna förutsättningar och innebär att ett erkännande av yrkesutövarens yrkeskvalifikationer begränsas till att avse tillträde till en del av ett reglerat yrke (partiellt tillträde). Om partiellt tillträde till ett yrke har beviljats, ska yrket utövas under ursprungsstatens yrkestitel. Yrkesutövaren ska vid yrkesutövningen lämna tydlig information om behörighetens räckvidd.

⁴ Genom förordningen genomförs allmänna bestämmelser i Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer, i lydelsen enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/55/EU (yrkeskvalifikationsdirektivet).

Beslut om prövotid och återkallelse av legitimation (punkten 9) och annan behörighet fattas av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen och utreder enskilda yrkesutövare med utgångspunkt i patientsäkerheten och de risker som kan finnas i den enskildes utövande av yrket. Om IVO efter genomförd utredning bedömer att det finns skäl för beslut om prövotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsning i förskrivningsrätt, ska IVO anmäla detta till HSAN som därefter får fatta beslut. Närmare bestämmelser om prövotid och återkallelse av legitimation finns i 8 kap. patientsäkerhetslagen.

Förskrivarkod (punkten 10) behöver den som ska skriva ett recept för läkemedel. Läkare, tandhygienister och tandläkare får sin personliga förskrivarkod av Socialstyrelsen i samband med beslutet om legitimation. Sjuksköterskor och barnmorskor som har ansökt om förskrivningsrätt får sin personliga förskrivarkod efter beslut från Socialstyrelsen. Förskrivningsrätten för hjälpmedel som gäller exempelvis arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast lämnas i stället lokalt av varje region eller kommun. Förskrivningsrätten kan dras in eller begränsas efter beslut av HSAN om den som innehar rätten på något sätt misskött sig eller missbrukat sin rätt på ett sätt som äventyrar patientsäkerheten (8 kap. 10 och 11 §§ patientsäkerhetslagen). Förskrivningsrätten får också dras in eller begränsas på egen begäran.

Ändamål

Som framförts ovan är det huvudsakliga syftet med registret att föra en aktuell förteckning över all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals behörighet. Uppgifterna i registret används främst av apotek, arbetsgivare, myndigheter och allmänhet för legitimationskontroll och tillsyn. Dessutom utgör registeruppgifterna underlag för viss statistik och prognoser över tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal.

Av 4 § HOSP-förordningen följer att personuppgifterna i registret får behandlas för att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Personuppgifterna i registret får enligt 5 §, utöver detta, behandlas *endast* för att

1. utöva tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal,
2. lämna uppgifter till den nationella läkemedelslistan enligt lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista,
3. lämna uppgifter till myndigheter och enskilda i enlighet med det som föreskrivs i annan författning eller avtal,
4. i samband med E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter enligt lagen om nationell läkemedelslista lämna uppgifter till den myndigheten för kontroll av identitet och behörighet i fråga om förskrivare, legitimerade sjuksköterskor utan behörighet att förskriva läkemedel, apotekare, receptarier och dietister,
5. lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten för kontroll av förskrivares identitet och behörighet vid expedition på öppenvårdsapotek av läkemedel och andra varor som förskrivits,
6. kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i samband med tjänsteställning och under anställning eller uppdrag, och
7. kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet att utfärda intyg.

De angivna ändamålen är således de enda för vilka uppgifterna i registret får behandlas. Den uttömmande regleringen innebär att principen om ändamålsbegränsning (finalitetsprincipen), som innebär att personuppgifter bara får samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål (artikel 5.1 b i dataskyddsförordningen), inte är tillämplig i den meningen att vidare behandling av personuppgifterna inte får ske ens för ändamål som inte är oförenliga med de angivna.

I 6 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) anges att en myndighet på begäran av en annan myndighet ska lämna uppgift som den förfogar över, om inte uppgiften är sekretessbelagd eller det skulle hindra arbetets behöriga gång. Enligt ett avgörande från Högsta förvaltningsdomstolen ska den personuppgiftsansvariga myndigheten utöver sekretessprövningen inte göra någon kontroll av förenligheten med finalitetsprincipen i samband med lämnande av uppgifter

enligt 6 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen.⁵ Av avgörandet framgår att uppgiftslämnandet också ska vara förenligt med bl.a. de grundläggande principerna för behandling av personuppgifter, exempelvis att uppgiftslämnandet som sådant ska omfattas av lämpliga säkerhetsåtgärder och att fler uppgifter än vad som behövs för att uppfylla mottagarens behov inte får lämnas. Det framkommer även att det ankommer på den utlämnande myndigheten att säkerställa att personuppgifterna lämnas till den mottagande myndigheten i enlighet med tillämpliga dataskyddsregler.

Direktåtkomst

HOSP-registret är inte publikt i den meningen att den som vill få ut uppgifter ur registret måste kontakta Socialstyrelsen med begäran om att få uppgifterna utlämnade. Utlämnanden får göras på medium för automatiserad behandling om uppgifterna ska behandlas för de ändamål som anges i 4 och 5 §§, men inte genom direktåtkomst (7 § HOSP-förordningen). Några aktörer får dock ha direktåtkomst till uppgifterna i registret (7 a § HOSP-förordningen). Vid direktåtkomst är det möjligt för mottagaren att ta del av uppgifter utan att den utlämnande aktören, i detta fall Socialstyrelsen, behöver vidta någon manuell åtgärd. Direktåtkomst ger därmed förutsättningar för att arrangera utlämnanden som sker enkelt, snabbt och utan kontinuerlig manuell administration.

Av 7 a § HOSP-förordningen följer att IVO får ha direktåtkomst till uppgifterna i registret. Av paragrafen följer även att en offentlig vårdgivare får ha direktåtkomst till uppgifter som avses i 6 § 1, 3 och 5–10 samt att Transportstyrelsen får ha direktåtkomst till uppgifter som avses i 6 § 1, 3, 5 och 7–9.

Av 7 b § HOSP-förordningen följer att den myndighet som har medgetts direktåtkomst ansvarar för att tillgången till personuppgifter begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter. Det framgår vidare att direktåtkomst inte får medges innan Socialstyrelsen har försäkrat sig om att behörighets-

⁵ HFD 2021 ref. 10. Region Stockholm begärde med stöd av bestämmelsen om uppgiftsskyldighet mellan myndigheter, 6 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen, att Socialstyrelsen till regionen skulle lämna vissa personuppgifter från HOSP-registret. I målet uppkom frågan om ett sådant uppgiftslämnande är förenligt med den s.k. finalitetsprincipen enligt dataskyddsförordningen och om vilken prövning som ska göras då en myndighet begär att få ta del av personuppgifter med stöd av bestämmelsen.

och säkerhetsfrågorna är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt.

Genom en ändring i HOSP-förordningen, som trädde i kraft den 1 augusti 2013, fick den då nyinrättade myndigheten IVO direktåtkomst till uppgifter registret för sin tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal. I enlighet med *Utredningen om rätt information i vård och omsorgs* förslag i delbetänkandet SOU 2012:42 medgavs också vårdgivare, men bara offentliga vårdgivare och inte alla som förslaget avsåg, och Transportstyrelsen direktåtkomst till HOSP-registret. Det finns skäl att här kort redovisa de främsta motiven till detta.

IVO:s främsta arbetsuppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprovning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Myndigheten, som inrättades den 1 juni 2013, ansågs ha behov av direktåtkomst till samtliga uppgifter i HOSP-registret.

Vårdgivare⁶ har ansvaret för att det finns rätt kompetens i verksamheten men också för att hälso- och sjukvårdspersonalen har rätt behörighet för sina arbetsuppgifter⁷ och för åtkomst till patientuppgifter i exempelvis journalsystemen. Bestämmelser om vårdgivarens ansvar för detta finns bl.a. i patientsäkerhetslagen och, när det gäller tilldelning av behörighet för åtkomst av personuppgifter, i patientdatalagen (2008:355). Det är alltså nödvändigt att en vårdgivare i egenskap av arbetsgivare lätt och regelbundet kan kontrollera yrkesutövarens kompetens och behörighet; både i samband med rekrytering och under löpande anställning för att kunna säkerställa att den anlitate är behörig att utöva sina arbetsuppgifter och ta del av integritetskänsliga patientuppgifter. *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* föreslog därför i sitt delbetänkande⁸ att vårdgivare skulle ges direktåtkomst till i princip samtliga uppgifter i registret och att ändamålsbestämmelserna skulle ändras på så sätt att uppgifterna i HOSP-registret får användas för att kontrollera behörigheten såväl vid rekrytering som under pågående anställning. Förslaget

⁶ Med *vårdgivare* avses statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård, begreppet definieras bl.a. i 1 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och i 1 kap. 3 § patientdatalagen. Med *offentlig vårdgivare* avses statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för.

⁷ Se prop. 2009/10:210 *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 206.

⁸ SOU 2012:42, s. 11.

avsåg att ge alla vårdgivare möjlighet att själva direkt mot registret kontrollera yrkesutövares behörighet. I dag har dock endast offentliga vårdgivare möjlighet att ha direktåtkomst till registret. Det ansågs krävas mer omfattande lagändringar om det skulle bli möjligt att erbjuda privata vårdgivare samma förutsättningar. Möjligheten omfattar direktåtkomst till flera av uppgifterna i registret men inte till uppgift om folkbokföringsort, grundyrke, läroanstalt, utbildningsland eller datum för utfärdande av examen.

Transportstyrelsen kontrollerar att den som utfärdat ett synintyg för körkort är legitimerad optiker. Denna kontroll gjordes innan direktåtkomst blev möjlig genom att Socialstyrelsen regelbundet lämnade ut uppgifter till Transportstyrelsen på medium för automatiserad behandling (filöverföring). Enligt Transportstyrelsen hanterades år 2012 omkring 270 000 synintyg per år. För att möjliggöra ett säkrare utlämnande och även höja kvaliteten på uppgifterna som ligger till grund för behörighetskontroll av intyg föreslog *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* att Transportstyrelsen skulle få ha direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret. Utredningen angav också att det inte kunde bortses ifrån att den dåvarande omfattande manuella hanteringen av personuppgifter i själva verket kunde utföras säkrare genom direktåtkomst och därmed även gagna de registrerades personliga integritet.

I avsnitt 5.3.3 redogörs för de sekretessbrytande bestämmelser som finns i HOSP-förordningen.

5.2.4 Tidigare utredning om direktåtkomst till HOSP-registret

Utredningen om rätt information i vård och omsorg hade som deluppdrag att analysera förutsättningarna för att på internet eller genom elektronisk direktåtkomst öka tillgängligheten till vissa personuppgifter i HOSP-registret och föreslog i delbetänkandet *Bättre behörighetskontroll – Ändringar i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal* (SOU 2012:42) bl.a. att Socialstyrelsen skulle få erbjuda allmänheten *direktåtkomst* till ett begränsat antal uppgifter i registret genom t.ex. internetpublicering.

Utredningen föreslog även direktåtkomst för vårdgivare, Apotekens Service AB (numera E-hälsomyndigheten⁹) och Transportstyrelsen.

Av remissvaren på det delbetänkandet framgår bl.a. att förslagen om direktåtkomst för vissa aktörer mottogs i huvudsak positivt men att det skulle kunna finnas ytterligare aktörer med behov av direktåtkomst. Socialstyrelsen föreslog därför i sitt remissvar att myndigheten skulle ges möjlighet att medge direktåtkomst till andra myndigheter som har behov av uppgifter i sin verksamhet och vars syfte med användningen av uppgifterna överensstämmer med registrets ändamål enligt HOSP-förordningen. En majoritet av remissinstanserna såg också ett behov av ett publikt register. Dock ansåg de flesta remissinstanserna att även uppgifter om behörighetsinskränkningar borde göras tillgängliga via direktåtkomst för allmänheten, vilket inte var en del av utredningens förslag. Alla remissinstanser var dock inte positiva till förslagen, främst förslaget om att skapa en direktåtkomst till registret för allmänheten kritiserades.¹⁰ Skälen som angavs var bl.a. att allmänheten inte skulle vara särskilt hjälpt av sökresultaten, att hälso- och sjukvårdspersonal riskerar att uppfattas som olämpliga utifrån sökresultat och att förslaget skulle kunna ge allmänheten uppfattningen att patienten ansvarar för att säkerställa att behandlande hälso- och sjukvårdspersonal är behöriga och lämpliga.

Till följd av utredningen gjordes som ovan nämnts vissa ändringar i HOSP-förordningen. Dock medgavs endast offentliga vårdgivare direktåtkomst, Apotekens Service AB medgavs ingen direktåtkomst, och inte heller förslaget om ett publikt register eller internetpublicering ledde till någon ändring.

5.2.5 Regleringen i några andra länder

Utredningen har inte för avsikt att närmare redogöra för regleringen i andra länder av tillgången till uppgifter om hälso- och sjukhuspersonals behörighet. *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* redovisade kortfattat i delbetänkandet *Bättre behörighetskontroll – Ändringar i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal* (SOU 2012:42) den grundläggande regleringen

⁹ E-hälsomyndigheten bildades den 1 januari 2014, genom en ombildning av Apotekens Service AB.

¹⁰ Se t.ex. remissvar från Sveriges Tandläkarförbund, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Falu kommun.

i frågan i de nordiska länderna samt mycket kortfattat för regleringen i Storbritannien, Irland och Nederländerna.¹¹ Sammanfattningsvis konstaterades att samtliga nordiska länder förutom Sverige har någon form av publika register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan dock vara av intresse att här redovisa något om vilka olika sökkriterier som används i de nordiska ländernas sök-system. I Finland kan man söka med hjälp av personens namn eller registreringsnummer, i Norge är sökkriterierna antingen ett särskilt norskt HPR-nummer eller ett norskt personnummer. I Danmark och Island är flera uppgifter offentligt tillgängliga på internet. Även i de andra nämnda länderna kunde konstateras att det finns olika former av publika register med uppgifter om hälso- och sjukvårdspersonal.

5.2.6 Regleringen för några andra yrkesregister – en kort jämförelse

Förutom register för yrken med behörighetskrav och legitimation inom hälso- och sjukvård finns även register för vissa andra yrken, såsom fastighetsmäklare och revisorer. Utredningen ser ett värde i att kortfattat redovisa något om dessa register i jämförande syfte.

Fastighetsmäklarregistret

Fastighetsmäklarinspektionen är en statlig myndighet som ansvarar för registrering och tillsyn av fastighetsmäklare.

Fastighetsmäklarinspektionen ska föra ett register över registrerade fastighetsmäklare och gör detta i fastighetsmäklarregistret.¹² Bestämmelser om registret finns i fastighetsmäklarförordningen (2011:668). Enligt bestämmelserna ska bl.a. följande uppgifter registreras om varje fastighetsmäklare:

- namn, personnummer eller, om sådant saknas, samordningsnummer eller födelsedatum, folkbokföringsadress eller, om sådan saknas, bostadsadress, e-postadress och telefonnummer,

¹¹ SOU 2012:42 s. 41–44.

¹² I Sverige fanns det år 2020 cirka 7 200 registrerade mäklare.

- i förekommande fall det företagsnamn som mäklaren driver sin verksamhet under,
- eventuell arbetsgivares namn, adress och telefonnummer samt, om arbetsgivaren är en juridisk person, organisationsnummer,
- typ av registrering (fullständig registrering eller registrering för hyresförmedlare),
- nuvarande och tidigare ansvarsförsäkring,
- datum för beslut om registrering, och
- datum för beslut om avregistrering (23 §).

Det är Fastighetsmäklarinspektionen som är personuppgiftsansvarig för registret (21 §).

Fastighetsmäklarinspektionen ska dessutom enligt 26 § hålla följande uppgifter i registret tillgängliga på sin webbplats:

- mäklarens namn,
- mäklarens senaste registreringsdatum,
- typ av registrering (fullständig registrering eller registrering som hyresförmedlare),
- namn och adress till det företag som mäklaren antingen driver eller arbetar hos, och
- om mäklaren har en tillfällig registrering: vilket land (medlemsstat) mäklaren är etablerad i och hur länge den tillfälliga registreringen gäller.

Personuppgifter i fastighetsmäklarregistret får behandlas om det behövs för prövning av en ansökan om registrering eller en under rättelse om tillfällig verksamhet, den tillsyn som Fastighetsmäklarinspektionen utövar över fastighetsmäklare enligt fastighetsmäklarlagen (2011:666), och för information till allmänheten om mäklare som är eller har varit registrerade (22 §).

Personuppgifter som behandlas för ändamål som anges ovan får också behandlas för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning. Uppgifterna får även behandlas för andra ändamål, under förutsättning att uppgifterna inte behandlas på ett sätt som är oförenligt med det ändamål för vilket uppgifterna

samlades in. Utöver detta finns bl.a. bestämmelser om vilka övriga uppgifter som får antecknas i registret i ett tillsynsärende eller för prövning av frågor om registrering (25 §). Det finns även bestämmelser om gallring av personuppgifter i registret (27–30 §§).

Uppgifterna som tillhandahålls på Fastighetsmäklarinspektionens webbplats lagras inte på myndighetens webbplats utan tillhandahålls genom en utvecklad fråga-svarfunktion som ansluter till en utvecklad s.k. nod. Uppgifterna som tillhandahålls är därmed aktuella men genom noden kan den information som tillhandahålls begränsas.

Register för revisorer eller registrerade revisionsbolag

Revisorsinspektionen är regeringens expertmyndighet i frågor om revisorer och revision. Myndigheten utövar tillsyn över godkända och auktoriserade revisorer och registrerade revisionsföretag, samt examinerar och auktoriserar revisorer. För att vara godkänd eller auktoriserad revisor måste man uppfylla särskilda i revisorslagen (2001:883) uppställda krav avseende bl.a. utbildning, erfarenhet och redbarhet.

Revisorsinspektionen ska föra ett register över revisorer, registrerade revisionsbolag och revisorer från tredjeland (40 § revisorslagen).¹³ Närmare bestämmelser om registret finns i främst i förordningen (1995:665) om revisorer, revisorsförordningen.¹⁴ Av 15 § revisorsförordningen följer att registret ska för varje revisor innehålla uppgifter om:

- namn, registernummer och personnummer eller, om sådant saknas, födelsedatum,
- bostadsadress och tjänsteadress, och
- i förekommande fall företagsnamn, organisationsnummer, postadress och webbplats för det registrerade revisionsbolag som revisorn utövar verksamhet i.

¹³ Vid utgången av år 2020 fanns det cirka 3 100 kvalificerade revisorer, Revisorsinspektionen 2021, *Årlig rapport 2020*, s. 6, dnr 2021-0499.

¹⁴ Även förordningen (2007:1077) med instruktion för Revisorsinspektionen innehåller bestämmelser om att Revisorsinspektionen har som uppgift att föra ett register.

Revisorsinspektionen är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som sker i registret (12 §).

Det framgår dessutom av 17 § att de uppgifter i registret som framgår av 15 § ska hållas tillgängliga på Revisorsinspektionens webbplats. Detta gäller dock inte uppgifterna om personnummer och bostadsadresser. Webbsidan uppdateras en gång varje dygn.

Det finns även bestämmelser om att uppgifter om revisorer eller registrerade revisionsbolag ska tas bort (gallras) ur registret så snart som möjligt efter att ett beslut om upphävande av auktorisation, godkännande eller registrering, eller meddelat beslut om avslag på ansökan om fortsatt auktorisation, godkännande eller registrering har fått laga kraft (16 §).

5.3 Sekretess och sekretessbrytande reglering

5.3.1 Sekretessregleringen för uppgifter i HOSP-registret

Offentlighetsprincipen ger var och en rätt att på begäran ta del av uppgifter som finns i allmänna handlingar hos svenska myndigheter. Offentlighetsprincipen får bara inskränkas om det är påkallat av hänsyn till vissa särskilt angivna intressen, såsom t.ex. skyddet för enskildas personliga förhållanden. Inskränkningar måste anges i en särskild lag eller i annan lag till vilken den lagen hänvisar (2 kap. 2 § tryckfrihetsförordningen). Den särskilda lag som avses är offentlighets- och sekretesslagen.

Enligt 22 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen, gäller sekretess för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs. En förutsättning för att sekretess ska gälla enligt denna bestämmelse är bl.a. att uppgiften förekommer i verksamhet som avser folkbokföringen eller annan liknande registrering av befolkningen. I den utsträckning regeringen meddelar föreskrifter om det, gäller sekretess även om uppgiften förekommer i annan verksamhet som avser registrering av en betydande del av befolkningen. Huvudregeln är således att uppgifterna i de register som omfattas av bestämmelsen ska vara offentliga. Endast om det av särskild anledning kan antas att ett utlämnande skulle leda till skada eller men kan uppgifter hemlighållas.

Regeringen har i 6 § offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) meddelat sådana föreskrifter om sekretess i annan verksamhet som avser registrering av en betydande del av befolkningen. Av föreskrifterna framgår att sekretess gäller bl.a. för uppgift om enskilds personliga förhållanden i HOSP-registret, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående lider men om uppgiften röjs. Huvudregeln är alltså att uppgifterna i HOSP-registret är offentliga. Endast om det finns särskild anledning att anta att ett utlämnande skulle leda till skada eller men omfattas uppgifterna av sekretess. Sekretesskyddet för uppgifterna är följaktligen svagt och huvudregeln är att uppgifterna inte får hemlighållas. Socialstyrelsen lämnar därför rutinmässigt ut uppgifter ur registret i enlighet med en begäran, om det inte finns särskild anledning att anta att ett utlämnande i det enskilda fallet skulle leda till skada eller men för den enskilde eller någon som står den enskilde nära. En sådan särskild anledning skulle kunna vara att uppgifterna kan avslöja var någon som är hotad eller förföljd bor eller uppehåller sig. I HOSP-registret finns visserligen inte uppgifter som direkt pekar ut var den registrerade bor eller uppehåller sig, såsom uppgift om bostadsadress eller arbetsplats. Däremot innehåller registret uppgift om folkbokföringsort, vilket om inte annat kan ge en indikation om den registrerades hemvist. Det kan därför inte uteslutas att vissa uppgifter i registret kan bedömas vara sekretessbelagda i ett enskilt fall där den enskilde är hotad eller förföljd. En anledning till att göra en närmare skadebedömning kan således vara att den enskilde efter beslut av Skatteverket har fått skyddade personuppgifter, exempelvis en sekretessmarkering i folkbokföringen, och den informationen nått Socialstyrelsen.

Till skydd för förföljda personer finns dessutom en sekretessbestämmelse för uppgift om enskilds personliga förhållanden oavsett i vilket sammanhang uppgiften förekommer (21 kap. 3 § OSL). I bestämmelsen anges att sekretess gäller för uppgift om en enskilds bostadsadress eller annan jämförbar uppgift som kan lämna upplysning om var den enskilde bor stadigvarande eller tillfälligt, den enskildes telefonnummer, e-postadress eller annan jämförbar uppgift som kan användas för att komma i kontakt med denne samt för motsvarande uppgifter om den enskildes anhöriga, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne

kan komma att utsättas för hot eller våld eller lida annat allvarligt men om uppgiften röjs.

Sekretess gäller vidare för personuppgift, bl.a. om det kan antas att ett utlämnande skulle medföra att uppgiften behandlas i strid med dataskyddsförordningen eller dataskyddslagen (21 kap. 7 § OSL).

Slutligen bör det nämnas att sekretessbestämmelser till skydd för den enskilde som huvudregel inte gäller i förhållande till den enskilde själv (12 kap. 1 § OSL).

5.3.2 Allmänt om sekretessbrytande bestämmelser

Sekretess gäller som huvudregel både mot enskilda och mot andra svenska myndigheter (8 kap. 1 § OSL). I vissa fall måste dock myndigheter kunna utbyta uppgifter för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Sekretessregleringen innehåller därför särskilda sekretessbrytande bestämmelser. Dessa har utformats efter en intresseavvägning mellan myndigheternas behov av att utbyta uppgifter och det intresse som den aktuella sekretessbestämmelsen avser att skydda. Definitionen av en sekretessbrytande bestämmelse är att det är en bestämmelse som innebär att en sekretessbelagd uppgift får lämnas ut under vissa förutsättningar (3 kap. 1 § OSL).

Dataskyddsregler som innebär att uppgifter får lämnas ut i en viss form, dvs. bestämmelser om utlämnande på medium för automatiserad behandling respektive direktåtkomst, har inte någon sekretessbrytande effekt i sig. Dataskyddsreglerna måste därför i många fall kompletteras med särskilda sekretessbrytande bestämmelser för att direktåtkomsten ska kunna komma till stånd.¹⁵ Det beror på att bestämmelser om direktåtkomst har en annan funktion än de sekretessbrytande reglerna. Sekretessbrytande regler anger i vilken mån sekretessbelagda uppgifter överhuvudtaget får lämnas från en myndighet till en annan. Bestämmelser om direktåtkomst tar endast sikte på formen för utlämnandet.

Om avsikten är att sekretessbelagda uppgifter under vissa förutsättningar ska kunna lämnas ut elektroniskt till en viss myndighet eller till en enskild, måste det finnas eller införas regler som har en sekretessbrytande effekt.

¹⁵ Se t.ex. prop. 2004/05:164 *Tullverkets brottsbekämpning – Effektivare uppgiftsbehandling* s. 83, prop. 2009/10:85 *Integritet och effektivitet i polisens brottsbekämpande verksamhet*, s. 189–190 och dir. 2011:86 *Integritet, effektivitet och öppenhet i en modern e-förvaltning*, s. 11.

5.3.3 Sekretessbrytande bestämmelser till förmån för svenska myndigheter

Sekretessbrytande regler som gäller i förhållande till svenska myndigheter ska införas i offentlighets- och sekretesslagen eller i lag eller förordning som den lagen hänvisar till (8 kap. 1 § OSL). Någon hänvisning till den lag eller förordning som innehåller en sekretessbrytande bestämmelse behöver dock inte tas in i offentlighets- och sekretesslagen, om bestämmelsen i fråga utformas som en uppgiftsskyldighet (se 10 kap. 28 § första stycket OSL).

Av 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen följer att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. Det är inte nödvändigt att bestämmelsen om uppgiftsskyldighet har utformats med utgångspunkt från att uppgifterna kan vara hemliga. Däremot krävs för att bestämmelsen ska beaktas att den uppfyller vissa krav på konkretion. Den kan ta sikte på utlämnande av uppgifter av ett speciellt slag, gälla en viss myndighets rätt att få del av uppgifter i allmänhet eller avse en skyldighet för en viss myndighet att lämna andra myndigheter information.¹⁶ Uppgiftsskyldighet mellan svenska myndigheter kan också följa av EU-förordningar, en sådan rättsakt jämföras med lag vid tillämpning av 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen.¹⁷

När det gäller sekretessbrytande regler till förmån för svenska myndigheter som avser uppgifter om enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden måste hänsyn tas till att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden (2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen). En inskränkning i denna fri- och rättighet får endast göras i lag (2 kap. 20 § första stycket 2 regeringsformen).¹⁸ Detta innebär att en uppgiftsskyldighet i förhållande till en svensk myndighet som omfattar uppgifter om enskilda i vissa fall kan behöva införas på lagnivå.¹⁹

¹⁶ Prop. 1979/80:2 med förslag till sekretesslag m. m., Del A s. 322.

¹⁷ Se t.ex. prop. 2012/13:122 *Ingripande mot marknadsmissbruk vid handel med grossistenergi-produkter*, s. 42.

¹⁸ Jfr dock p. 2 i övergångsbestämmelserna till SFS 2010:1408.

¹⁹ Prop. 2009/10:80 *En reformerad grundlag*, s. 184.

Konsekvenser av att en uppgift lämnas till en annan myndighet

Får en myndighet en sekretessreglerad uppgift från en annan myndighet, gäller sekretess för uppgiften hos den mottagande myndigheten endast om sekretess följer av en primär sekretessbestämmelse som är tillämplig hos den mottagande myndigheten eller av en bestämmelse om överföring av sekretess. Motsvarande gäller om en myndighet har elektronisk tillgång till en sekretessreglerad uppgift hos en annan myndighet (7 kap. 2 § OSL). Det finns alltså inte någon generell regel om överföring av sekretess mellan myndigheter.

Det finns dock en särskild bestämmelse om överföring av sekretess vid elektronisk tillgång för myndigheter. Om en myndighet har elektronisk tillgång till uppgifter i en annan myndighets upptagning för automatiserad behandling och dessa uppgifter omfattas av sekretess hos den utlämnande myndigheten, överförs sekretessen till den mottagande myndigheten (11 kap. 4 § OSL). Med formuleringen att "en myndighet hos en annan myndighet har elektronisk tillgång till en upptagning för automatiserad behandling" avses att upptagningen ska vara tillgänglig hos den mottagande myndigheten på ett sådant sätt som avses i 2 kap. 3 § tryckfrihetsförordningen, dvs. upptagningen ska vara tillgänglig med tekniskt hjälpmedel som myndigheten själv utnyttjar för överföring i sådan form att den kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas.²⁰ Av förarbetena framgår att bestämmelsen om överföring av sekretess endast tar sikte på direktåtkomstsituationer.²¹ Detta framgår också tydligt av 11 kap. 4 § offentlighets- och sekretesslagen och rubriken till den bestämmelsen. Detta gäller dock inte om en sekretessbestämmelse till skydd för samma intresse redan är tillämplig på uppgifterna hos den mottagande myndigheten (11 kap. 8 § OSL). Om det finns en sekretessbestämmelse som är primärt tillämplig hos den mottagande myndigheten, är det således den bestämmelsen som ska tillämpas i stället för den överförda sekretessen oavsett om den primära sekretessen²² är starkare eller svagare än den sekundära sekretessen²³. Även

²⁰ Lenberg, m.fl., *Offentlighets- och Sekretesslagen*, kommentaren till 11 kap 4 §, JUNO version:22.

²¹ Prop. 2007/08:160 *Utökat elektroniskt informationsutbyte*, s. 164 och Lenberg, m.fl., *Offentlighets- och Sekretesslagen*, kommentaren till 11 kap 8 §, JUNO version:22.

²² En bestämmelse om sekretess som en myndighet ska tillämpa på grund av att bestämmelsen riktar sig direkt till myndigheten eller omfattar en viss verksamhetstyp eller en viss ärendetyp som hanteras hos myndigheten, (3 kap. 1 § OSL).

²³ En bestämmelse om sekretess som en myndighet ska tillämpa på grund av en bestämmelse om överföring av sekretess (3 kap. 1 § OSL).

uttryckliga undantag i offentlighets- och sekretesslagen från den primära sekretessbestämmelsens tillämpningsområde (se t.ex. 39 kap. 2 § 2 st. OSL) har företrädare framför den överförda sekretessen. Detta innebär att det kan vara så att en uppgift som omfattas av sekretess hos den utlämnande myndigheten inte gör det hos en myndighet som har direktåtkomst till uppgiften hos den utlämnande myndigheten.

Bestämmelser med sekretessbrytande effekt i HOSP-förordningen

Som ovan nämnts behöver de sekretessbrytande bestämmelserna vara formulerade på olika sätt beroende på om avsikten är att uppgifterna ska lämnas ut på medium för automatiserad behandling eller via direktåtkomst. I HOSP-förordningen finns sekretessbrytande bestämmelser för informationsöverföring genom direktåtkomst i 7 § c andra stycket, 7 d och 7 e §§. I dessa bestämmelser anges att IVO, Transportstyrelsen och offentliga vårdgivare har rätt att vid direktåtkomst ta del av de uppgifter som de enligt förordningen får ha direktåtkomst till i registret. Det är fråga om uppgiftsskyldigheter, eftersom rätten att ta del av uppgifter logiskt motsvaras av en skyldighet för Socialstyrelsen att lämna ut uppgifterna. Här har uppgiftsskyldigheten alltså begränsats till att bara gälla vid direktåtkomst. Om Socialstyrelsen på annat sätt vill lämna ut uppgifter till dessa myndigheter, måste således en sekretessbedömning göras om det inte finns någon annan sekretessbrytande bestämmelse.

I HOSP-förordningen finns bara en generell sekretessbrytande bestämmelse, och den innebär att Socialstyrelsen på begäran av IVO ska lämna ut uppgifter för att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal (7 § c första stycket). Här krävs det alltså en begäran för att Socialstyrelsen utan hinder av sekretess ska få lämna ut uppgifter till IVO (och dessutom att inspektionen ska använda uppgifterna för att utöva tillsyn), men utlämnandet får ske på vilket sätt som helst, muntligen, på papper eller via filöverföring.

5.3.4 Sekretessbrytande bestämmelser till förmån för andra än myndigheter

Någon bestämmelse som motsvarar 10 kap. 28 § första stycket offentlighets- och sekretesslagen finns inte beträffande uppgifts- utlämnande till enskilda. Sekretessbrytande bestämmelser som gäller i förhållande till enskilda rättssubjekt som exempelvis allmänheten och privata vårdgivare kan föras in i andra lagar än offentlighets- och sekretesslagen eller i en förordning, men då måste en hänvisning till den lagen eller förordningen alltid föras in i offentlighets- och sekretesslagen (8 kap. 1 § OSL). Ett exempel på en sådan hänvisning är bestämmelsen i 27 kap. 7 § offentlighets- och sekretesslagen. Enligt den bestämmelsen hindrar inte viss sekretess till skydd för enskild inom verksamhet som rör skatt och tull att uppgifter lämnas till enskilda enligt vad som föreskrivs i förordningen (2001:646) om behandling av uppgifter i Tullverkets verksamhet (se förordningens 5 och 7 §§).

Konsekvenser av att en uppgift lämnas till en enskild

Om en myndighet har elektronisk tillgång till uppgifter i en annan myndighets upptagning för automatiserad behandling och dessa uppgifter omfattas av sekretess hos den utlämnande myndigheten, överförs som ovan nämnts sekretessen till den mottagande myndigheten (11 kap. 4 § OSL). Det finns dock ingen bestämmelse med motsvarande innebörd när enskilda får elektronisk tillgång till uppgifter i en myndighets upptagning för automatiserad behandling.

Det finns dock en möjlighet att föreskriva om tystnadsplikt för de som arbetar inom mottagande privat verksamhet. Reglering av tystnadsplikt i det allmännas verksamhet finns som framgår ovan i offentlighets- och sekretesslagen. Tystnadsplikt för funktionärer inom den privata sektorn finns i allmänhet i de författningar som reglerar den verksamhet i vilken tystnadsplikten gäller. En sådan föreskrift är som regel straffsanktionerad genom 20 kap. 3 § brottsbalken, förutsatt att det inte i författningen eller på annat håll finns ett särskilt stadgat straff för åsidosättande av föreskriften. Straffansvaret gäller för var och en som röjer en uppgift som han eller hon har skyldighet att hemlighålla enligt lag eller annan författning.

Som exempel på reglering om tystnadsplikt kan nämnas att för personal inom privat hälso- och sjukvård gäller tystnadsplikt enligt 6 kap. 12–14 §§ patientsäkerhetslagen. Där anges bl.a. att den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda (privata) hälso- och sjukvården inte obehörigen får röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälso-tillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning. Med hälso- och sjukvårdspersonal avses enligt 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården, personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter, den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare, viss personal vid apotek, Giftinformationscentralen och larmcentral och sjukvårdsrådgivning. Med legitimerad yrkesutövare jämställs även den som enligt särskilt förordnande har motsvarande behörighet. Regeringen får meddela föreskrifter om att andra grupper av yrkesutövare inom hälso- och sjukvården ska omfattas av lagen.

ÖVERVÄGANDEN
och
FÖRSLAG

6 Ombuds¹ elektroniska tillgång² till vård- och omsorgsuppgifter

6.1 Inledning

Patientjournalen har historiskt sett främst varit ett arbetsinstrument för hälso- och sjukvårdspersonal. Patientjournalen har emellertid kommit att bli en allt viktigare källa till information för patienten. Den tekniska utvecklingen har lett till en allt högre grad av digitalisering inom hälso- och sjukvård. Det har bl.a. blivit mycket enklare att överföra information digitalt på ett säkert sätt. I princip all dokumentation i patientjournaler sker i dag i elektroniska journalsystem. Parallellt med den tekniska utvecklingen har fokus på patientens delaktighet i vården ökat. En grundprincip är att patienten ska kunna få insyn i och kunskap om sin hälsa och vård för att uppnå ökad delaktighet i vården.

I dag finns möjligheter att ge patienter hälsoinformation elektroniskt, exempelvis genom e-hälsotjänster där patienten kan ta del av sin hälsodata via internet och sköta kontakter med hälso- och sjukvården. Genom en bestämmelse i patientdatalagen (2008:355) (förkortad PDL) har vårdgivare en möjlighet att ge en patient direktåtkomst till sådana uppgifter om sig själv som vårdgivaren får lämna ut (5 kap. 5 § PDL). En nationell teknisk lösning för att ge patienter direktåtkomst till patientjournaler, baserat på bestämmelsen i patient-

¹ Med ombud avses utredningen en fysisk person som patienten eller omsorgsmottagaren uppger sig känna personligen och som patienten eller omsorgsmottagaren vill ska få elektronisk tillgång till patientuppgifter (dvs. personuppgifter som behandlas för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 patientdatalagen och sådan dokumentation, loggar, som avses i 4 kap. 3 § första stycket första meningen patientdatalagen) respektive vård- och omsorgsdokumentation enligt den nya lag utredningen föreslagit i delbetänkandet SOU 2021:4.

² Med elektronisk tillgång avses direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande.

datalagen, tillhandahålls via Inera AB:s³ digitala tjänst 1177 Vårdguidens e-tjänster via tjänsten *Journalen*. Den som har en e-legitimation och tillgång till internet kan, om vårdgivarna gjort det möjligt, när som helst logga in på 1177 Vårdguidens e-tjänster på internet och få tillgång till och läsa uppgifter i sina patientjournaler.

Många människor behöver hjälp för att kunna vara delaktiga i sin vård. Ofta tar de hjälp av närstående som träder in för att stödja och hjälpa i vårdprocessen. Tidigare tillät därför vissa regioner patienten att utse ett ombud som kunde få ta del av dennes patientjournaler via internet. Patienten angav ombudets personnummer och valde om ombudet skulle ges tillgång till alla uppgifter i patientjournalerna eller bara vissa delar. Efter en dom i Högsta förvaltningsdomstolen⁴ fick dock den tjänsten stängas. Detta eftersom Högsta förvaltningsdomstolen bedömde att en vårdgivare, utifrån bestämmelserna i patientdatalagen, inte ens med patientens samtycke får ge ett ombud direktåtkomst till vårdgivarens uppgifter om patienten. En mer utförlig beskrivning av omständigheterna i rättsfallet och domstolens bedömning har getts i avsnitt 4.11.

Många patienter har emellertid behov av att kunna utse en person som kan hjälpa dem med det praktiska kring deras vårdprocesser. Behovet kan bero på att patienten på grund av ålder eller fysiska eller psykiska hinder behöver hjälp med att hålla ordning på sina sjukvårdsbesök, diagnoser eller läkemedel. Vissa personer kan även ha svårt att på egen hand få tillgång till digitala tjänster och med att installera exempelvis e-legitimation. Invånarnas användning av digitala tjänster och av 1177 Vårdguidens e-tjänster beskrivs närmare i avsnitt 4.2 och 4.3.

Lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista, som trädde i kraft den 1 maj 2021, innehåller bestämmelser som ger möjlighet att ge ett ombud direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan (5 kap. 6 § lagen om nationell läkemedelslista).

Utredningen ska mot denna bakgrund se över möjligheterna att ge ett ombud åtkomst till patientjournalen, vilket görs i detta kapitel. Om förslag lämnas ska utredningen särskilt redogöra för hur hänsyn tagits till behovet av informationssäkerhet, rättssäkerhet samt skydd för den personliga integriteten.

³ Inera AB (Inera) är ett bolag som ägs av regioner, kommuner och SKR Företag. Inera har till uppgift att koordinera och utveckla gemensamma digitala lösningar för regioner och kommuner. Inera är personuppgiftsbiträde åt regionerna och kommunerna.

⁴ HFD 2017 ref. 69.

Utredningen överväger i avsnitt 6.5 på eget initiativ om det bör finnas en möjlighet att ge ombud elektronisk tillgång till den sammanhållna vård- och omsorgsdokumentation som utredningen lämnat förslag om i delbetänkandet.

6.2 Integritetsanalys

6.2.1 Behov av och fördelar med elektronisk tillgång för ombud inom hälso- och sjukvården

Utredningens bedömning: Det finns ett klart behov av och klara fördelar med att vårdgivare får möjlighet att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter.

Många patienter har behov av hjälp av en annan person med de praktiska kring deras vårdprocesser. Behovet kan komma sig av att patienten på grund av ålder eller fysiska hinder behöver hjälp med att hålla ordning på sina sjukvårdsbesök, diagnoser eller läkemedel. Även personer med funktionsnedsättningar kan behöva hjälp med sina vårdprocesser. För dessa patienter skulle det i många fall vara till fördel om den hjälpsande personen fick elektronisk tillgång till patientuppgifterna på ett smidigt sätt. På så vis kan patienten lättare få hjälp med att hålla ordning på mediciner, sjukvårdsbesök och diagnoser. Genom att exempelvis en närstående kan få elektronisk tillgång till patientuppgifter efter ett läkarbesök, uppstår klara fördelar för patienten. Patienten kan då få hjälp att ta vara på sina rättigheter i hälso- och sjukvården. Detta gäller i synnerhet för en äldre patient, eller en person med funktionsnedsättning, som kan ha svårt att minnas eller själv redogöra för samtalet med läkaren. När det gäller exempelvis äldre multisjuka personer med komplexa vårdbehov kan det finnas behov av att ta hjälp av en person som kan få elektronisk tillgång till patientuppgifterna för att få till stånd en ytterligare bedömning (s.k. second opinion) eller en anmälan om upplevda fel eller missförhållande.

Det kan även handla om att en patient, som annars inte behöver hjälp med hälso- och sjukvården, inför en viss konkret vårdssituation

vill låta en närstående få insyn i patientuppgifter. Det kan t.ex. vara inför en planerad sjukhusvistelse, en operation eller ett akut insjuknande med inläggning på sjukhus, där patienten önskar att en närstående är behjälplig och kan hållas uppdaterad. I sådana situationer kan det finnas behov av att ge en annan person smidig elektronisk tillgång till patientuppgifter.

Språket i patientjournaler är som huvudregel svenska. Patienter som inte kan läsa svenska, eller som har svårt att förstå den typ av medicinska uttryck och termer som används i patientjournalen, kan behöva hjälp av en närstående som förstår svenska språket för att sätta sig in i uppgifterna och kunna bli mer delaktig i den egna vården.⁵

Önskemål om att få ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen, exempelvis en närstående, elektronisk tillgång till patientuppgifter har framförts under lång tid. Patient- och anhörigorganisationer framhöll till utredningen *Rätt information på rätt plats i rätt tid* det positiva med att låta närstående ta del av patientens patientjournal för att på så sätt kunna hjälpa till och hålla sig uppdaterad. Det framhölls också som ett sätt för familjemedlemmar med stora geografiska avstånd mellan varandra att hålla sig uppdaterade och bevaka patientens intressen i sådant som rör hälso- och sjukvårdskontakter. Den utredningen betonade att med enkel och säker tillgång till aktuell information får närstående bättre möjligheter att bidra till ökad hälsa och livskvalitet för nära och kära. Utredningen *Rätt information på rätt plats i rätt tid* föreslog att det skulle anges i lag att vårdgivare enligt den enskildes anvisning får medge en annan fysisk person än den enskilde direktåtkomst till sådana uppgifter och sådan dokumentation som får lämnas ut till den enskilde genom direktåtkomst.⁶ Att patienter och närstående ser ett behov av att låta närstående få elektronisk tillgång till patientuppgifter bekräftas även av en förstudie i projektet *Din journal på nätet*.⁷

Att det finns ett stort intresse för att låta anhöriga få elektronisk tillgång till patientuppgifter visas också av att Inera tidigare hade en ombudsfunktion som användes i relativt stor omfattning. Efter att tjänsten stängts hörde bl.a. anhöriga till personer med funktionsnedsättningar som använt ombudsfunktionen av sig till Inera och uttryckte sin besvikelse över att funktionen togs bort.

⁵ Se dock avsnitt 6.4.4 för utredningens bedömning om yrkesverksamma tolkar.

⁶ SOU 2014:23 s. 911 f.

⁷ *Din journal på nätet – förstudien* (Inera, 2011).

Genom en smidig elektronisk tillgång till patientuppgifter kan man öka patienters delaktighet i vården. Som ett led i detta finns det fördelar med att låta patienter själva få disponera över vilka utanför hälso- och sjukvården som kan få elektronisk tillgång till patientuppgifter. Därmed kan den som har svårt att använda sin egen möjlighet till elektronisk tillgång ändå, via någon annan, bli mer delaktig i sin vård. Det är särskilt viktigt för vissa grupper, exempelvis äldre och personer med funktionsnedsättningar, som kan ha särskilda svårigheter att använda sig av digitala e-hälsotjänster. Även för den som själv kan använda digitala e-hälsotjänster kan det öka delaktigheten i vården om det blir möjligt att ta hjälp av en annan person som kan ges elektronisk tillgång till patientuppgifterna. På så vis skapas bättre förutsättningar för att patienter som så vill kan diskutera sin hälsa och vård med andra personer.

I förarbetena till bestämmelsen om patientens direktåtkomst i patientdatalagen uttalade regeringen att patienter genom bestämmelser i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen har getts rätt till information, delaktighet och medinflytande. Att ge patienter direktåtkomst till sina patientuppgifter bidrar till deras möjligheter att på ett bättre sätt aktivt delta i sin vård. Patienterna skulle t.ex. bli mer informerade om sitt hälsotillstånd. Vidare skulle de kunna kontrollera att uppgifter som de lämnat till hälso- och sjukvårdspersonalen uppfattats på ett korrekt sätt. De skulle även kunna titta på resultat från provtagningar, vilket framför allt skulle spara tid för patienter som det regelbundet tas prover på och som ständigt behöver övervaka sitt sjukdomsförlopp. Av samma skäl ansåg regeringen att det också skulle vara tillåtet för vårdgivare att ge sina patienter direktåtkomst till logglistor som avser elektronisk åtkomst till uppgifter om dem.⁸

Argumenten för att underlätta patientens möjligheter till insyn och delaktighet i vården genom att ge patienten direktåtkomst, gör sig enligt utredningen gällande även när det gäller möjligheten för vårdgivare att, i enlighet med patientens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter. Ur ett patient- och närstående perspektiv finns det klara fördelar med att närstående kan få elektronisk tillgång till patientuppgifter. Exempelvis ökar möjligheten för vuxna barn att bistå sina åldrade föräldrar och för anhöriga

⁸ Prop. 2007/08:126 s. 158 f.

till personer med funktionsnedsättningar att hjälpa dem att ha insyn i vården.

Det ligger också i linje med de övergripande politiska önskemålen om ökad elektronisk tillgång till patientuppgifter och ökad delaktighet för patienter att tillåta elektronisk tillgång för anhöriga så att de bättre kan stödja sina nära inom vårdprocesser. Utvecklingen av e-hälsotjänster är dessutom prioriterade aktiviteter i genomförandeplanen för *Vision e-hälsa 2025*.⁹

Den ökade användningen av e-hälsotjänster, särskilt till följd av covid-19-pandemin, visar att invånarna både vill och har ett behov av att använda e-hälsotjänster såsom elektronisk tillgång till sina patientjournaler. Utbudet av e-hälsotjänster, och allmänhetens förväntningar på tillgång till sådana, kommer sannolikt att fortsätta öka. För att uppnå visionen om jämlik vård och ökad digital tillgänglighet, är det angeläget att skapa legala förutsättningar som underlättar för personer som av olika anledningar kan ha svårigheter att använda e-hälsotjänster att vara delaktiga.

En grundläggande förutsättning för att hälso- och sjukvård ska kunna ges på lika villkor är att den är tillgänglig för alla. Samma sak gäller digital offentlig service. Lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service syftar till att ingen ska hindras från att använda digital service på grund av funktionsnedsättning. Lagen omfattar även privata aktörer som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård som till någon del är offentligt finansierad. När hälso- och sjukvård blir mer digitalt tillgänglig blir det allt viktigare att säkerställa att fördelarna med e-hälsa kommer till nytta för alla.

En anledning till att människor hamnar i vad som brukar kallas digitalt utanförskap är att den digitala servicen inte är tillräckligt behovsanpassad, vilket leder till exkludering av personer med särskilda behov. E-hälsotjänster kan öka förutsättningarna att anpassa vården utifrån olika patienters behov. E-hälsomyndigheten har konstaterat att digitaliseringen kan bidra till en ökad jämlikhet genom att vården blir mer tillgänglig och kommer närmare invånarna. Samtidigt kan digitaliseringen skapa nya hinder och utanförskap om inte tillgänglighetsaspekten finns med vid utveckling och utformning av produkter och tjänster (se avsnitt 4.2).¹⁰ Att patienter som av olika

⁹ Regeringskansliet och SKR (2020), *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025. Nästa steg på vägen 2020–2022*.

¹⁰ E-hälsomyndighetens fokusrapport *Jämlik e-hälsa Tillgång, fördelning och användning av e-hälsotjänster och välfärdsteknik* (dnr 2020/05075 2020-11-23) s. 15 f.

skäl har svårt att själva hantera digitala e-hälsotjänster har möjlighet att medge att någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen får elektronisk tillgång, och därmed enklare kan hjälpa dem, skulle öka förutsättningarna för en jämlik och tillgänglig digital vård.

Lagen om nationella läkemedelslista ger möjlighet för patienter att utse ombud som ges direktåtkomst till läkemedelsuppgifter om patienten. Det framstår som fördelaktigt och i konsekvens med detta att det också är möjligt att med patientens medgivande ge elektronisk tillgång till andra patientuppgifter.

Möjligheten för vårdgivare att, i enlighet med patientens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter skulle sammanfattningsvis sannolikt leda till en större delaktighet i vården för patienter som riskerar ett digitalt utanförskap. Det skulle därmed bidra till en mer jämlik vård. Även för den som själv kan använda sin elektroniska tillgång kan det öka delaktigheten i vården och möjligheten att ta till vara sina rättigheter om det blir enklare för personer utanför hälso- och sjukvården som patienten vill diskutera sin hälsa och vård med att få tillgång till patientuppgifter. Närstående med egen elektronisk tillgång till patientuppgifter skulle inte behöva oroa sig för att de missat väsentliga uppgifter om patientens hälsa och vård och skulle kunna känna att de kan bistå patienten på ett informerat sätt.

6.2.2 Integritetsrisker och andra nackdelar med elektronisk tillgång för ombud inom hälso- och sjukvården

Utredningens bedömning: Det finns vissa risker med att vårdgivare får möjlighet att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter.

Fördelarna med att vårdgivare får möjlighet att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter måste vägas mot de risker och eventuella andra nackdelar som detta kan medföra. Det kan handla om risker för den

personliga integriteten. Det kan även finnas risker för missbruk av patientuppgifterna eller för att uppgifterna används på ett sätt som inte är önskvärt.

En risk är att någon mot patientens egentliga vilja bereder sig insyn i patientuppgifter. Detta skulle kunna ske med hot eller genom någon form av påtryckning. Ett skäl som anfördes i förarbetena mot att ge patienter direktåtkomst till sina journaluppgifter var just risken för att patienten utsätts för påtryckningar från t.ex. anhöriga eller blivande arbetsgivare att visa dem uppgifterna. Regeringen anförde då att det naturligtvis inte går att helt bortse från risken att några patienter kan komma utsättas för sådana påtryckningar. Samtidigt påpekade regeringen att en sådan risk ändå redan fanns. En person kunde t.ex. förmä en anhörig att ge honom eller henne fullmakt att begära ut journaluppgifter beträffande denne.¹¹ Det skulle kunna finnas risk att anhöriga eller andra utövar påtryckningar för att en patient ska medge elektronisk tillgång för att på så vis bereda sig tillgång till patientuppgifter. Vidare kan man tänka sig situationer där kontrollerande anhöriga som inte i alla avseenden har patientens bästa för ögonen får del av patientuppgifter. Det kan handla om en förövare av våld i nära relationer, en vårdnadshavare som vill ha kontroll i en s.k. hederskontext eller en kontrollerande partner. Dessa skulle då kunna använda den elektroniska tillgången till patientuppgifter för att bevaka och kontrollera patienten och kanske utsätta denne för något negativt på grund av uppgifterna. På motsvarande sätt som regeringen anført i äldre förarbeten, konstaterar dock utredningen att så kan ske redan i dag genom att någon förmår en patient att använda patientens egen elektroniska tillgång i den andres närvaro. Alternativt kan någon i dag bereda sig tillgång till patientens e-legitimation eller förmä patienten att lämna en fullmakt att få tillgång till patientuppgifter muntligt eller på papper.

Förutom kontrollerande närstående finns andra som kan ha ett intresse av att få elektronisk tillgång till patientuppgifter på ett sätt som inte rimligen bör tillåtas. Ett försäkringsbolag kan ha intresse av att få elektronisk tillgång till patientjournaler t.ex. som ett villkor för att ingå ett försäkringsavtal. Ett försäkringsbolag får bara i vissa i försäkringsavtalslagen (2005:104) angivna fall, med patientens samtycke, bereda sig tillgång till uppgifter om enskild persons hälsotillstånd. Försäkringsbolagens tillgång har begränsats med hänsyn till

¹¹ Prop. 2007/08:126 s. 159.

integritetsskyddsskäl och för att förhindra förtroendebrister för deras verksamhet.¹² Det finns även andra jämförbara situationer där elektronisk tillgång till patientuppgifter inte rimligen bör tillåtas. En arbetsgivare skulle t.ex. kunna begära att få elektronisk tillgång till patientuppgifter om arbetssökande och arbetstagare. Även andra rent kommersiella aktörer skulle kunna ha ett intresse av patientuppgifter och därmed vilja begära att patienten medger elektronisk tillgång.

Man kan även tänka sig att hälso- och sjukvårdspersonal (utan aktuell patientrelation) och forskare kan ha intresse av att få elektronisk tillgång till patientuppgifter för att på så vis kunna löpande ta del av patientuppgifterna utan att använda sig av det vanliga regelverket. Det finns i dessa fall en risk för att den elektroniska tillgången används för att kringgå andra regelverk, t.ex. bestämmelserna om sammanhållen journalföring i patientdatalagen eller krav på s.k. etikgodkännande enligt lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, på ett sätt som inte bör tillåtas eller underlättas. Det har också framförts farhågor om att personer genom egen elektronisk tillgång till patientuppgifter kan få information om att en patient använder narkotiska preparat och sedan tillskansar sig dessa. En annan risk är att den som medgetts elektronisk tillgång får del av mer information än vad patienten egentligen vill. En ytterligare faktor att beakta är att den fysiska person som medges elektronisk tillgång till patientuppgifter normalt sett inte omfattas av någon tystnadsplikt. Därmed kan det finnas risk för att uppgifterna sprids på ett sätt som inte är förenligt med integritetsskyddet.

Om patienten vill medge någon annan elektronisk tillgång, måste personuppgifter om denne registreras av vårdgivaren. Utredningen har svårt att se att behandlingen av personuppgifter om den som patienten vill medge elektronisk tillgång kan leda till några beaktansvärda integritetsrisker som inte motverkas på ett fullgott sätt genom bestämmelserna i dataskyddsförordningen om bl.a. de registrerades rättigheter.

¹² Prop. 2009/10:241 s. 20 ff.

6.2.3 Finns det användbara alternativ till elektronisk tillgång för ombud inom hälso- och sjukvården?

Man kan fråga sig om att införa en möjlighet till just egen elektronisk tillgång till patientuppgifter är den lämpligaste lösningen för att närstående till patienter ska kunna stödja och hjälpa till i vården. Redan i dag förekommer det sannolikt att patienter som själva har svårt att använda e-hälsotjänster ber anhöriga om hjälp och ”lånar ut” sin e-legitimation. På så vis kan patienten genom den närståendes försorg ta del av exempelvis *Journalen* digitalt. E-legitimationen är dock en personlig tjänst för att legitimera sig digitalt. Det är inte tänkt att den ska användas av andra. Det framstår inte som tillfredsställande att vissa patienter ska vara hänvisade till att, förmodligen i strid med villkoren för användning av e-legitimationen, låta andra logga in med patientens e-legitimation. Genom att låta den närstående logga in med patientens e-legitimation kan denne kanske dessutom få tillgång till fler e-tjänster på 1177 Vårdguiden än vad patienten önskar. Att patienter kan låna ut sin e-legitimation framstår därför, av flera skäl, inte som ett gott alternativ.

En annan möjlighet som står till buds i dag är t.ex. att patienten kan medge att en anhörig hos vårdgivaren får ta del av patientuppgifter på papper eller får muntlig information från denne. I sådana fall torde vårdgivaren regelmässigt – om det inte finns skäl att ifrågasätta riktigheten av det lämnade medgivandet – lämna ut kopior av patientuppgifterna till den anhörige enligt interna rutiner för att lämna ut handlingar, exempelvis i form av papperskopior. På så vis kan den anhörige alltså ta del av patientuppgifter. Detta förfarande är dock administrativt krångligare än elektronisk tillgång. Därtill innebär det en fördröjning i tid då den anhörige måste framställa en formell begäran till vårdgivaren för att därefter få ut handlingarna. Till skillnad från vid användning av tjänsten *Journalen* på 1177 Vårdguiden måste man då ofta vända sig till respektive sjukhus, klinik eller vårdinrättning för att kunna ta del av alla patientuppgifter hos vårdgivaren. Genom den elektroniska tillgången kan man på ett smidigare sätt få överblick över patientuppgifter från olika aktörer inom hälso- och sjukvården. En annan stor fördel är att den som fått elektronisk tillgång själv fortlöpande kan ta del av nya patientuppgifter så länge patienten vill det.

Det finns vissa möjligheter för legala ställföreträdare att ta del av sina huvudmäns patientuppgifter elektroniskt. Inera har en funktion i tjänsten *Journalen* som används för olika former av legala ställföreträdare, däribland gode män och förvaltare, under förutsättning att förordnandet anses omfatta att ta del av patientuppgifter. Det förefaller dock finnas oklarheter och osäkerhet kring vad ställföreträdarskapet omfattar och i vilken mån ställföreträdaren har rätt att ta del av patientuppgifter.¹³ Alldeles oavsett finns det många personer som inte behöver legala ställföreträdare, utan vars behov är just att kunna ta hjälp av en närstående med vårdkontakter och tillgång till patientuppgifter.

Sedan 2017 finns lagen (2017:310) om framtidsfullmakter enligt vilken en enskild kan utse någon som får företräda denne för det fall han eller hon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller något liknande förhållande varaktigt och i huvudsak inte längre har förmåga att ha hand om de angelägenheter som fullmakten avser. Framtidsfullmakten avser alltså det förhållandet att fullmaktsgivaren i en situation som uppstår längre fram, i framtiden, inte längre kan sköta sina angelägenheter. Framtidsfullmakten kan omfatta huvudmannens ekonomiska och personliga angelägenheter. Till personliga angelägenheter hör bl.a. att hjälpa fullmaktsgivaren i dennes kontakter med hälso- och sjukvården. Dock undantas i lagen om framtidsfullmakter åtgärder inom hälso- och sjukvård eller tandvård från det område som är möjligt att överlåta till en fullmaktshavare.¹⁴ Det är utredningens bedömning att inte heller lagen om framtidsfullmakter kan användas som ett fullgott alternativ för att patienter ska kunna utse någon som får elektronisk tillgång till deras patientuppgifter.

Utredningen anser sammanfattningsvis inte att de alternativ som står till buds för att den som patienten utsett ska kunna ta del av patientuppgifter är tillfredställande. Det finns uppenbara fördelar med att vårdgivare får möjlighet att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen just elektronisk tillgång till patientuppgifter.

¹³ Rättsläget har möjligen klarnat efter rättsfallet HFD 2020 ref. 50. Högsta förvaltningsdomstolen ansåg där att en förvaltare i egenskap av företrädare för en person, som varken kan begära ut handlingar eller häva sekretessen, under vissa förutsättningar har rätt att ta del av uppgifter som omfattas av sekretess till skydd för huvudmannen.

¹⁴ Prop. 2016/17:30 s. 109 f.

6.2.4 Integritetsstärkande åtgärder

Utredningen har ovan redogjort för att det finns ett klart behov av och klara fördelar med att vårdgivare får möjlighet att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter. Från ett integritetsperspektiv är det viktigt att möjligheten bara används i de fall som den är avsedd för så att den inte öppnar upp för vad som kan betecknas som missbruk av patientuppgifterna. Att en vårdgivare ger någon elektronisk tillgång till patientuppgifter innebär att vårdgivaren behandlar personuppgifter i dataskyddsförordningens mening. Det är därför viktigt att de flesta allmänna principerna för behandling av personuppgifter i artikel 5.1 i dataskyddsförordningen beaktas, även om det enligt artikel 23 i dataskyddsförordningen är möjligt att i nationell rätt avvika från dessa under vissa förutsättningar.

Enligt *principen om uppgiftsminimering* ska personuppgifterna vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (artikel 5.1 c i dataskyddsförordningen). Vidare ska personuppgifterna enligt *principen om integritet och konfidentialitet* behandlas på ett sätt som säkerställer lämplig säkerhet för personuppgifterna. I detta ingår skydd mot obehörig eller otillåten behandling, med användning av lämpliga tekniska eller organisatoriska åtgärder (artikel 5.1 f i dataskyddsförordningen). Observera att det alltid är den personuppgiftsansvarige, dvs. vårdgivaren, som ansvarar för och ska kunna visa att principerna i artikel 5.1 i dataskyddsförordningen efterlevs (*principen om ansvars-skyldighet*, artikel 5.2 i dataskyddsförordningen).

Utredningen anser att en grundförutsättning för att någon utanför hälso- och sjukvården ska få ges elektronisk tillgång till patientuppgifter är att detta är ett uttryck för patientens verkliga och fria vilja. Det ska således helt och hållet bygga på frivillighet från patientens sida att lämna ett medgivande. I förarbetena till patientdatalagen angavs att ett vanligt sätt att beskriva begreppet personlig integritet i samband med informationshantering är att den enskilde ska kunna kontrollera spridningen av uppgifter om sig själv eller ha en rätt att bestämma vilka uppgifter om sig själv som han eller hon vill dela med sig till andra.¹⁵ Utredningen gör bedömningen att patientens intresse

¹⁵ Prop. 2007/08 126 s. 110.

av självbestämmande i fråga om vilka utanför hälso- och vården som har elektronisk tillgång i sig väger tungt. Detta är också och i linje med intentionerna bakom hälso- och sjukvårdslagen i fråga om självbestämmande och frivillighet. Det ligger även i dataskyddsförordningens anda att använda den registrerades inställning till behandlingen som en integritetsstärkande åtgärd.

Observera att enligt utredningens bedömning är samtycke inte i sig den rättsliga grunden för vårdgivarens behandling av personuppgifter i dataskyddsförordningens mening. Den rättsliga grunden beskrivs närmare i avsnitt 6.6. När utredningen talar om patientens medgivande eller samtycke i detta sammanhang handlar det dels om samtycke till att efterge sekretesskyddet som annars gäller för uppgifterna, dels om samtycke som en integritetsstärkande åtgärd.

För att minska risken för kringgående av regelverken om hälso- och sjukvårdspersonalens elektroniska tillgång, om forskning som innefattar behandling av känsliga personuppgifter och om försäkringsbolags möjligheter att få tillgång till uppgifter om hälso-tillstånd bör bara *fysiska personer* som patienten uppger sig känna personligen, ges elektronisk tillgång till patientuppgifter. Juridiska personer, såsom kommersiella aktörer, bör således inte få ges elektronisk tillgång. Genom kravet på att patienten ska *uppge sig känna den fysiska personen personligen* motverkas i viss mån risken för att hälso- och sjukvårdspersonal, forskare, juridiska personer via bulvaner och enskilda näringsidkare ges elektronisk tillgång. Det är dock inte meningen att vårdgivaren i varje enskilt fall ska kontrollera eller godkänna personen ”på förhand”. Tanken är att patienten, genom att t.ex. kryssa i en ruta i webb-gränssnittet, uppger sig känna den fysiska personen som den vill ge elektronisk tillgång personligen. Därmed får vårdgivaren göra patientuppgifterna elektroniskt tillgängliga för den som patienten uppgett sig känna personligen.

Det är viktigt att säkerställa att ett lämnat medgivande verkligen ger uttryck för patientens fria vilja, och inte är ett utslag av exempelvis påtryckningar. Frågan är då hur man på ett väl avvägt sätt kan säkerställa att medgivandet ger uttryck för patientens verkliga fria vilja, samtidigt som man uppnår syftet med att införa möjligheten att ge elektronisk tillgång, nämligen att underlätta för patienter att låta någon hjälpa dem i deras vårdprocesser.

I förarbetena till sekretesslagstiftningen angavs att det, trots risken för påtryckningar, inte kunde komma i fråga att annat än i

rena undantagsfall genom särskilda föreskrifter frångå personens samtycke rättsverkan. Att en myndighet under hänvisning till den enskildes bästa skulle vägra att beakta dennes samtycke kan enligt förarbetena i längden medföra större skadeverkningar genom en osäkerhetskänsla hos den enskilde och den rubbning av förtroendet till myndigheterna som mestadels blir följden. I förarbetena framhölls dock att en myndighet givetvis inte behöver ta hänsyn till ett samtycke som efter vad som framgår saknar giltighet som rättshandling enligt allmänna regler.¹⁶ Dessa förarbetsuttalanden måste ses mot bakgrund av den grundlagsfästa offentlighetsprincipen som sekretesslagstiftningen utgör preciserade undantag från. Att efterge (häva) sekretessen innebär att den grundlagsfästa och därmed överordnade offentlighetsprincipen får ett större genomslag. Om man inför en möjlighet, men ingen skyldighet, för vårdgivare att ge elektronisk tillgång, får vårdgivaren fritt välja om denne i det enskilda fallet vill ge sådan tillgång eller låta den fortgå. Den som fullgör offentliga förvaltningsuppgifter har dock att följa regeringsformens krav på att iakttä saklighet och opartiskhet och beakta allas likhet inför lagen. Utredningens uppdrag är som nämnts begränsat till att se över *möjligheterna* att ge elektronisk tillgång.

En tänkbar metod för att bedöma medgivandets frivillighet är att vårdgivaren, när en patient ger uttryck för att den önskar medge någon elektronisk tillgång, kallar patienten till någon form av besök eller samtal med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för att innan den elektroniska tillgången ges, försöka utröna om ett lämnat medgivande verkligen ger uttryck för patientens fria vilja. Under förutsättning att hälso- och sjukvårdspersonalen har insyn i patientens situation och hemförhållanden skulle det kunna bidra till att man säkerställer att medgivandet är frivilligt. För en stor majoritet av patienterna torde det dock handla om en verklig och fri vilja att medge någon elektronisk tillgång. En sådan generell förhandskontroll, där frågor behöver ställas kring hemförhållanden och relationer till närstående, skulle också i sig kunna upplevas som integritetskränkande av många patienter och närstående. Det skulle även fördröja processen och öka vårdgivarens administrativa börda, vilket i sin tur skulle riskera att vårdgivare väljer att inte använda möjligheten att ge elektronisk tillgång. Det kan också ifrågasättas om en sådan generell förhandskontroll är ett proportionerligt medel för att

¹⁶ Prop. 1979/80:2 Del A s. 329.

uppå målet. En kontrollerande anhörig som önskar få tillgång till patientuppgifter kan, som beskrivits tidigare, redan i dag använda olika metoder för att bereda sig tillgång till uppgifterna.

Utredningen anser att vårdgivarens möjlighet till kontroll i stället bör komma till uttryck genom att hälso- och sjukvårdspersonal ska vara skyldig att till vårdgivaren genast anmäla misstankar om att patientens medgivande inte ger uttryck för dennes fria vilja. En sådan anmälan ska göras närhelst en misstanke om detta uppstår. Därmed får vårdgivaren möjlighet att utreda om misstanken är befogad och överväga om den elektroniska tillgången ska avbrytas.

På motsvarande sätt bör hälso- och sjukvårdspersonal vara skyldig att till vårdgivaren genast anmäla misstankar om att patienten inte känner den som getts elektronisk tillgång personligen. Därmed får vårdgivaren möjlighet att utreda om patientens uppgift om att denne känner den fysiska personen är riktig och överväga om den elektroniska tillgången ska avbrytas. Även genom kontroller av vilka fysiska personer som getts elektronisk tillgång till många olika patienters uppgifter kan vårdgivaren få indikationer på att patienterna inte känner den som getts elektronisk tillgång personligen.

Elektronisk tillgång får enligt förslaget ges bara om patienten medger det. Det innebär en integritetsstärkande åtgärd att patienten när som helst, av vilken orsak som helst och på vilket sätt som helst kan ta tillbaka sitt medgivande med följd att vårdgivaren genast måste avsluta den elektroniska tillgången. Det kan emellertid inträffa att den som lämnat ett medgivande blir oförmögen att ta tillbaka det. För att vårdgivaren ska uppmärksamma att så har blivit fallet och kunna överväga om den elektroniska tillgången bör få fortsätta, föreslås att hälso- och sjukvårdspersonalen ska vara skyldig att anmäla misstankar om att patienten inte längre kan lämna ett medgivande, dvs. är beslutsoförmögen.¹⁷

Vårdgivaren ges genom förslaget en möjlighet att, i enlighet med patientens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården elektronisk tillgång till patientuppgifter. Det ska alltså inte vara fråga om en rättighet, för patienten eller den som patienten medgett elektronisk tillgång, att någon ges elektronisk tillgång. En vårdgivare kan således välja att överhuvudtaget avstå från att ge elektronisk tillgång. Vårdgivaren kan som nämnts också i ett enskilt fall neka eller avsluta

¹⁷ Se avsnitt 6.4.5 om utredningens närmare överväganden när det gäller personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga.

sådan tillgång, om tillgången t.ex. med anledning av en anmälan inte (längre) bedöms lämplig och det är förenligt med regeringsformens krav på saklighet och opartiskhet. En vårdgivare kan även på förhand göra bedömningen att det exempelvis inte framstår som lämpligt att ge elektronisk tillgång till vissa typer av patientuppgifter, t.ex. sådana som en psykiatrisk klinik registrerat, eller att sådan tillgång bör ges bara till patientuppgifter om äldre och personer med funktionsnedsättningar eller om personer som är inlagda på sjukhus. Under förutsättning att kraven på saklighet och opartiskhet följs kan vårdgivare ta fram rutiner för hur tilldelning av elektronisk tillgång ska gå till och exempelvis välja att införa rutiner för vilken typ av patientuppgifter som får omfattas av den elektroniska tillgången.

En annan farhåga med att ge någon annan elektronisk tillgång till patientuppgifter är att denne skulle komma att ta del av för mycket information, exempelvis inaktuella journalanteckningar som ligger långt bakåt i tiden. Det kan handla om exempelvis uppgifter från förlossning, vistelser inom psykiatrisk vård eller andra känsliga uppgifter som registrerats för länge sedan. Syftet med att införa en möjlighet att låta någon annan ha elektronisk tillgång till patientuppgifter är, utifrån utredningens perspektiv, att kunna bistå i vården ”här och nu”. Tanken är inte att möjligheten ska användas för att kringgå sekretessbestämmelser och läsa gamla patientjournaler som inte har något att göra med patientens nuvarande situation. En integritetsstärkande åtgärd för att minimera denna risk är att patienten ska kunna begränsa den elektroniska tillgången till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet hos vårdgivaren, t.ex. ett sjukhus, en sjukhusavdelning eller en klinik. Patienten ska kunna medge elektronisk tillgång endast till patientuppgifter registrerade från och med ett visst datum, t.ex. den dag medgivandet lämnas eller något tidigare eller senare datum. En sådan begränsning ska patienten kunna begära, ändra eller upphäva när som helst och av vilket skäl som helst. Det är alltså patienten som ska få välja vilka patientuppgifter denne vill att någon annan ska ha elektronisk tillgång till. Detta framstår som förenligt med dataskyddsförordningens princip om uppgiftsminimering. Samtidigt är det förenligt med grundprincipen om att patientens fria vilja och självbestämmande ska respekteras.

Såvitt utredningen har förstått fanns tidigare motsvarande spärrmöjligheter i den ombudsfunktion som Inera administrerade.

Utredningen anser dock att det bör komma till uttryck i lagen att så *ska* kunna ske. På så vis blir det ännu tydligare att det är patienten som förfogar över vilka uppgifter denne vill medge elektronisk tillgång till.

Förslaget innebär ingen inskränkning av principen om integritet och konfidentialitet och bestämmelserna om säkerhetsåtgärder i dataskyddsförordningen. En förutsättning för att ge elektronisk tillgång är således att den kan ske på ett säkert sätt, t.ex. genom säker inloggning med e-legitimation, säker överföring av personuppgifter, säker separation av olika patienters uppgifter så att det bara ges elektronisk tillgång till avsedda uppgifter och så att den som getts elektronisk tillgång under inga förhållanden kan ändra eller tillföra patientuppgifter. Tanken är alltså inte att den som getts elektronisk tillgång ska kunna vidta några aktiva åtgärder, som att boka eller avboka tider eller begära receptförnyelse för patientens räkning.

En annan integritetsstärkande åtgärd är att patienten när som helst ska kunna ta tillbaka sitt medgivande, vilket vårdgivaren får förutsättas kunna hantera på ett smidigt sätt. Exempelvis bör det kunna ske genom att patienten legitimerar sig genom att logga in på webb-tjänsten med sitt bank-id och kryssar i att behörigheten ska spärras eller liknande. Då ska omedelbart behörigheten att få elektronisk tillgång till patientuppgifter avslutas. Även när en patient på annat sätt kontaktar vårdgivaren och meddelar att denne inte längre vill att någon ska ha elektronisk tillgång till patientuppgifter ska detta respekteras. Några skäl behöver inte uppges. Funktionen ska alltså helt och hållet bygga på att det är frivilligt från patientens sida att låta någon ha elektronisk tillgång till patientuppgifter. Genom att patienten när som helst kan ta tillbaka sitt medgivande och häva behörigheten säkerställs att behörigheten hela tiden bygger på frivillighet från patientens sida.

6.2.5 Avvägning mellan behov och integritetsrisker

Utredningens bedömning: Behoven av och fördelarna med att vårdgivare får möjlighet att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter överväger integritetsriskerna. Detta förutsätter dock att vissa integritetsstärkande bestämmelser införs.

Rätten till skydd för den personliga integriteten är inte absolut utan kan inskränkas. Rättigheten måste förstås utifrån sin kontext i samhället och vägas mot andra grundläggande rättigheter utifrån en proportionalitetsbedömning (skäl 4 till dataskyddsförordningen). För att det ska vara motiverat att införa utvidgade möjligheter till informationsdelning måste behovet av behandlingen av personuppgifterna väga tyngre än den enskildes intresse av skydd för den personliga integriteten. En annan aspekt av den personliga integriteten är att den enskildes vilja ska respekteras.

Om en patient frivilligt medger att någon som denne uppger sig känna personligen får elektronisk tillgång till patientens uppgifter, finns det enligt utredningens mening mycket som talar för att detta som utgångspunkt ska respekteras. Det ligger i linje med de grundläggande kraven i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821) om att verksamheten ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Det är även förenligt med dataskyddsförordningen. Redan i dag godtas att hälso- och sjukvårdspersonal hos en vårdgivare med patientens samtycke ges elektronisk tillgång till patientuppgifter hos en annan vårdgivare för vården av patienten.

Att införa en möjlighet för vårdgivare att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter skulle underlätta för många patienter som utan hjälp har svårt att vara delaktiga i sin vård. Det skulle också underlätta för närstående som vill hålla sig löpande informerade om och hjälpa till i vården av exempelvis sina gamla föräldrar. Utredningen har även fått information om att anhörigvårdare och andra närstående redan i dag hjälper sina anhöriga genom att ”låna” deras e-legitimation och därmed får elektronisk tillgång till patientuppgifter, låt vara att det i dag

sker utan lagstöd och förmodligen står i strid med villkoren för användningen av e-legitimationen. Med en åldrande befolkning och allt större fokus på primärvård och vård i hemmet blir anhöriga en viktig resurs i vården och omsorgen. Därför anser utredningen att det finns ett stort och välmotiverat behov av att vårdgivare, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, kan ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter.

När det gäller risken för att den som får elektronisk tillgång och som normalt sett inte omfattas av lagstadgad tystnadsplikt sprider patientuppgifterna vidare på ett sätt som patienten inte vill kan följande noteras. Patienten har redan i dag rätt att ge andra som inte har tystnadsplikt tillgång till uppgifterna muntligt eller på papper genom att efterge sekretess eller genom att själv berätta för personen. Den elektroniska användningen av personuppgifterna för obehörig vidare spridning omfattas – i praktiken hindras – normalt av dataskyddsförordningen. Detta gäller dock inte om det är fråga om sådan s.k. rent privat behandling av personuppgifter som avses i artikel 2.2 c i dataskyddsförordningen. Patienten har dock alltid möjlighet att uttryckligen avtala med den som har elektronisk tillgång om tystnadsplikt, och sanktioner vid brott mot tystnadsplikten, innan den elektroniska tillgången medges. Patienten har vidare i förhållande till offentliga vårdgivare, enligt 12 kap. 2 § andra stycket offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL), möjlighet att göra sitt medgivande beroende av att hälso- och sjukvårdsmyndigheten gör ett s.k. sekretessförbehåll som vid straffansvar skapar en tystnadsplikt för mottagaren. Genom förbehållet inskränks mottagarens rätt att lämna uppgifter vidare eller utnyttja dem. Viss vidare spridning av patientuppgifter träffas vidare av straffbestämmelserna om förtal. Om en vårdgivare får reda på att patientuppgifterna obehörigt sprids, kan den elektroniska tillgången genast avbrytas. Eftersom utredningen föreslår en frivillig bestämmelse, finns det aldrig någon skyldighet för vårdgivaren att göra patientuppgifter elektroniskt tillgängliga för en annan fysisk person, oaktat om patienten begärt detta.

Enligt utredningens mening är befintlig reglering tillräcklig för att motverka en eventuell ökad risk för obehörig vidare spridning av patientuppgifter till följd av den elektroniska tillgången. Eftersom lagen om nationell läkemedelslista redan tillåter att ombud ges direktåtkomst till läkemedelsuppgifter, bedöms risken för att någon

får information om att en patient använder narkotiska preparat och tillskansar sig dessa inte öka om vårdgivare får möjlighet att ge elektronisk tillgång till även andra patientuppgifter.

De övriga risker som finns med att ge vårdgivare möjlighet att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter kan enligt utredningens mening på ett tillfredsställande sätt motverkas genom integritetsstärkande åtgärder. Risken för att patientens medgivande inte är verkligen frivilligt kan motverkas genom en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att till vårdgivaren genast anmäla misstankar om detta så att dessa kan utredas och den elektroniska tillgången kan avbrytas om det finns några tveksamheter. Utredningen föreslår en sådan skyldighet. Risken för att någon får del av patientuppgifter genom att utöva påtryckningar mot patienten kommer dessutom enligt utredningens bedömning sannolikt inte att öka påtagligt genom att vårdgivare får möjlighet att med patientens frivilliga medgivande ge någon utanför hälso- och sjukvården elektronisk tillgång till patientuppgifterna. Regeringen gjorde i förarbetena till sekretesslagstiftningen, patientdatalagen och lagen om nationell läkemedelslista bedömningar som ligger i linje med detta när det gäller risken för att någon utomstående tvingar till sig tillgång till känsliga uppgifter.¹⁸

Det finns en risk för att den som lämnat ett frivilligt medgivande blir oförmögen att ta tillbaka det och att fortsatt elektronisk tillgång enligt medgivandet kan innebära ett integritetsintrång. För att vårdgivaren ska uppmärksamma att patienten blivit beslutoförmögen och kunna överväga om den elektroniska tillgången bör få fortsätta föreslås att hälso- och sjukvårdspersonalen ska vara skyldig att anmäla misstankar om att patienten inte längre kan lämna ett medgivande. Detta får enligt utredningens mening anses tillräckligt för att motverka den aktuella risken, som inte lär aktualiseras särskilt ofta. Risken för att någon genom den elektroniska tillgången kan ta del av mer information än vad patienten vill kan motverkas genom att patienten får möjlighet att begränsa den elektroniska tillgången till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vård-enhet hos vårdgivaren. Utredningen föreslår att vårdgivare som ger elektronisk tillgång ska erbjuda patienten en sådan möjlighet. Risken för att den som fått elektronisk tillgång till något som registrerats

¹⁸ Prop. 1979/80:2 Del A s. 329, prop. 2007/08:126 s. 159 och prop. 2017/18:223 s. 165.

efter medgivandet som patienten inte vill att denne ska få veta motverkas av att patienten, om denne är förmögen till det, själv har elektronisk tillgång till det som registreras. Patienten har möjlighet att när som helst ta tillbaka sitt medgivande eller begränsa den elektroniska tillgången.

Förslaget innebär ingen inskränkning av principen om integritet och konfidentialitet och bestämmelserna om säkerhetsåtgärder i dataskyddsförordningen. Dessa bestämmelser får, tillsammans med de bestämmelser om behörighetsbegränsningar, loggning och loggkontroll som finns i patientdatalagen, anses tillräckliga för att motverka risker som har med säkerheten att göra.

Risken för att personer som patienten inte vill ska ha elektronisk tillgång till patientuppgifter får det kan på ett tillfredsställande sätt motverkas av bestämmelser som innebär att juridiska personer inte får ges elektronisk tillgång och att bara fysiska personer som patienten uppger sig känna personligen får ges elektronisk tillgång. Utredningen föreslår sådana bestämmelser tillsammans med bestämmelser om skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att till vårdgivaren genast anmäla misstankar om att patienten inte känner den som fått tillgång personligen. Genom dessa bestämmelser motverkas också risken för att hälso- och sjukvårdspersonal, forskare, juridiska personer, via bulvaner, och enskilda näringsidkare har elektronisk tillgång på ett sätt som inte rimligen bör tillåtas. Denna risk motverkas även genom att vårdgivaren har möjlighet att kontrollera vilka fysiska personer som getts elektronisk tillgång till många patienters uppgifter.

Utredningen anser sammanfattningsvis att det finns vissa risker med att vårdgivare får möjlighet att, i enlighet med patientens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter. Utredningen anser att det också finns ett klart behov av och klara fördelar med detta. Vissa risker kan på ett tillfredsställande sätt motverkas genom befintliga bestämmelser och de integritetsstärkande åtgärder som föreslås. De kvarvarande riskerna måste vägas mot de behov som finns och de fördelar som kan uppnås. Enligt utredningens bedömning är behoven och fördelarna så stora och påtagliga att de kvarvarande riskerna får accepteras. Utredningen vill i det sammanhanget betona att förslagen helt bygger på frivillighet; vårdgivare och patienter behöver inte gå med på elektronisk tillgång och den som fått sådan tillgång behöver inte använda den. Utredningen bedömer

således att behoven och fördelarna överväger integritetsriskerna. Utredningen föreslår därför att det ska införas bestämmelser som gör det möjligt att ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter.

6.2.6 Motsvarande avvägning görs för elektronisk tillgång för ombud vid sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Utredningens bedömning: Det finns behov av och fördelar med att vård- och omsorgsgivare vid sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation får möjlighet att, i enlighet med patientens eller omsorgsmottagarens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten som patienten eller omsorgsmottagaren känner personligen elektronisk tillgång till sådan dokumentation som får göras tillgänglig för patient eller omsorgsmottagare. Behoven och fördelarna överväger integritetsriskerna. Detta förutsätter dock att vissa integritetsstärkande bestämmelser införs.

I delbetänkandet föreslog utredningen att det ska införas s.k. sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Förslaget innebär att vård- och omsorgsgivare får göra dokumentation om patienter och omsorgsmottagare elektroniskt tillgänglig mellan sig under vissa i förutsättningar.¹⁹ Inom socialtjänsten gäller förslagen bara dokumentation om insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar. I sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kan således ingå uppgifter som dokumenterats i patientjournaler respektive i socialtjänstens dokumentation om enskilda omsorgsmottagare som rör insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar.

Utredningens uppdrag är nu att se över möjligheterna att ge ett ombud elektronisk tillgång till *patientuppgifter*. Sådan dokumentation som förs inom socialtjänsten omfattas därmed inte. Utredningens uppdrag har emellertid också varit att se över möjligheterna att in-

¹⁹ Med *omsorgsgivare* avses i den föreslagna lagen myndigheter och privata företag som ansvarar för eller utför insatser för äldre eller personer med funktionsnedsättningar. Den som fått eller får sådana insatser eller som fått eller får behovet av sådana insatser bedömda kallas i lagen *omsorgsmottagare*. Se kapitel 16 i delbetänkandet för utredningens förslag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

föra direktåtkomst, i likhet med den möjlighet som i dag ges genom sammanhållen journalföring, mellan vissa verksamheter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Utredningen föreslog därför i delbetänkandet en ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning. De nuvarande bestämmelserna i patientdatalagen om sammanhållen journalföring togs in i den föreslagna lagen.

Som utredningen betonade i delbetänkandet finns det en möjlighet enligt 5 kap. 5 § patientdatalagen för patienter att genom direktåtkomst ta del av uppgifter om sig själva oavsett om vårdgivaren deltar i sammanhållen journalföring eller inte. I konsekvens med detta föreslog utredningen att den nya lagen ska innehålla en bestämmelse som medger att en patient eller omsorgsmottagare ges tillgång, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, till sådana uppgifter om personen själv som får lämnas ut till honom eller henne och som andra vård- och omsorgsgivare får ha tillgång till genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Ett annat skäl till att införa en sådan bestämmelse i den föreslagna lagen var att en särskild bestämmelse om att en patient får ha elektronisk tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation om sig själv skulle göra regelverket kring sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation tydligare än om endast 5 kap. 5 § patientdatalagen skulle tillämpas avseende sådan tillgång. En hänvisning i lagen till 5 kap. 5 § patientdatalagen föreslogs dock av tydlighetskäl.²⁰

I utredningens uppdrag ingår alltså att föreslå ett system med sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation som liknar det för sammanhållen journalföring. Att överväga en motsvarande möjlighet att, i enlighet med omsorgsmottagarens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten som omsorgsmottagaren känner personligen elektronisk tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation ligger i linje med utredningens uppdrag. Ett övergripande syfte med utredningens förslag är att införa en mer sammanhållen informationsöverföring inom vård och omsorg. Det skulle därför framstå som inkonsekvent att införa en möjlighet för enbart vårdgivare att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter.

²⁰ Se utredningens delbetänkande *Sammanhållen information inom vård och omsorg*, (SOU 2021:4) s. 475.

De behov och fördelar som utredningen ovan redogjort för när det handlar om att ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter, gör sig gällande på motsvarande sätt i fråga om omsorgsgivares dokumentation i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Det ska framhållas att det är endast uppgifter om insatser för *äldre* och *personer med funktionsnedsättningar* som får ingå i systemet för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Detta är de grupper där det enligt utredningens bedömning lär finnas störst behov av att ta hjälp av t.ex. en närstående som kan hjälpa till i kontakterna med både vården och omsorgen. När det gäller integritetsrisker och andra nackdelar samt frågan om det finns användbara alternativ till elektronisk tillgång gör utredningen motsvarande överväganden som ovan avseende patientuppgifter (se avsnitt 6.2.2 respektive 6.2.3). Riskerna kan vägas upp med integritetsstärkande åtgärder enligt vad utredningen angett i avsnitt 6.2.4.

Utredningen gör vid en avvägning mellan behov och integritetsrisker motsvarande bedömning som i avsnitt 6.2.5. Utredningen bedömer således att behoven och fördelarna tillsammans med föreslagna integritetsstärkande åtgärder överväger integritetsriskerna. Därtill framstår det som lämpligt och i konsekvens med utredningens gjorda avvägningar att uppgifter om omsorgsmottagare som ingår i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation på motsvarande sätt kan få göras elektroniskt tillgängliga för en närstående fysisk person med stöd av omsorgsmottagarens medgivande. Utredningen föreslår därför att den tidigare föreslagna lagen tillförs bestämmelser som gör det möjligt att, med omsorgsmottagarens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten som omsorgsmottagaren känner personligen elektronisk tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Vårdgivare får redan en sådan möjlighet genom den nya bestämmelse som nu föreslås i patientdatalagen. Bestämmelsen i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning bör dock omfatta även vårdgivares möjlighet till detta, eftersom det gör regelverket kring sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation tydligare än om endast den i patientdatalagen föreslagna bestämmelsen ska tillämpas avseende sådan tillgång. En erinran om att den nya bestämmelsen i patientdatalagen finns bör dock av tydlighetskäl finnas i lagen.

6.2.7 Konsekvensbedömning avseende dataskydd

Utredningens bedömning: Den här gjorda konsekvensbedömningen avseende dataskydd uppfyller kraven i artikel 35.10 i dataskyddsförordningen. En vårdgivare eller en omsorgsgivare behöver därför i regel inte göra en egen konsekvensbedömning avseende dataskydd innan ett system för att, i enlighet med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation införs.

Utredningen har i sitt delbetänkande beskrivit principen om ansvarsskyldighet i artikel 5.2 i dataskyddsförordningen, som innebär att det är den personuppgiftsansvarige som ska säkerställa och kunna visa att dataskyddsförordningens grundläggande principer efterlevs. Huvudregeln är att den personuppgiftsansvarige ska genomföra en konsekvensbedömning avseende dataskydd före en behandling av personuppgifter som sannolikt medför hög risk för de registrerade. Under vissa förutsättningar finns en möjlighet att genomföra en konsekvensbedömning avseende dataskydd redan i lagstiftningsarbetet (artikel 35.10 i dataskyddsförordningen).

Utredningen har i sitt delbetänkande närmare redogjort för vilka krav som ställs på en konsekvensbedömning avseende dataskydd enligt dataskyddsförordningen samt sina bedömningar i samband med de lagförslag som där lämnades (se avsnitt 12.3.12, 13.3.5 och 14.6.6. i delbetänkandet). Utredningen kommer inte att här upprepa vad som där angetts om gällande rätt.

Utredningen bedömer att den riskanalys, med de gjorda avvägningarna mellan behov och integritetsrisker, som genomförs i detta kapitel i sig är en sådan konsekvensbedömning avseende dataskydd enligt artikel 35.10 i dataskyddsförordningen som görs i samband med ett lagstiftningsärende. Det innebär att en särskild konsekvensbedömning avseende dataskydd i de allra flesta fall inte behöver göras av varje vård- och omsorgsgivare innan ett system för att, i enlighet med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation införs.

I undantagsfall, t.ex. om vård- eller omsorgsgivaren vill använda teknik som inte används i dag och som kan påverka den personliga integriteten, kan det förmodligen krävas att vård- eller omsorgsgivaren gör en egen konsekvensbedömning avseende dataskydd. Det är den personuppgiftsansvarige vård- eller omsorgsgivaren som har att ta ställning till om det krävs en konsekvensbedömning avseende dataskydd i det enskilda fallet och i så fall hur eventuella risker ska kunna minimeras.

6.3 Reglering i lag

Det anges i 5 kap. 4 § patientdatalagen att utlämnande genom direktåtkomst till personuppgifter är tillåten endast i den utsträckning som anges i lag eller förordning. Något motsvarande krav på reglering i lag eller förordning vid direktåtkomst finns inte i de registerförordningar som reglerar socialtjänstens verksamhet, lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, SoLPUL, och förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, SoLPUF. Som beskrivs närmare i delbetänkandet (se t.ex. avsnitt 3.2 i delbetänkandet) är dock riksdagen och regeringen överens om att myndighetsregister med ett stort antal registrerade och ett särskilt känsligt innehåll bör regleras särskilt i lag. En reglering som gör det möjligt för vårdgivare och omsorgsgivare att, i enlighet med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten elektronisk tillgång till patientuppgifter respektive sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation bör därför redan av denna anledning regleras i lag. Härtill kommer att patientens egen elektroniska tillgång redan regleras i lag och att den elektroniska tillgången till den egna vård- och omsorgsdokumentationen föreslagits reglerad i lag. Möjligheterna att medge någon annan elektronisk tillgång till ens uppgifter anknyter till möjligheterna att själv ha sådan tillgång.

6.4 Elektronisk tillgång för patienters ombud

Utredningens förslag: Om den enskilde medger det får en vårdgivare ge en annan fysisk person, som den enskilde uppger sig känna personligen, elektronisk tillgång till sådana uppgifter som avses i 5 kap. 5 § första stycket patientdatalagen. Sådan tillgång ska på den enskildes begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet.

6.4.1 Bakgrund

Patienters rätt till insyn och delaktighet blir allt viktigare inom hälso- och sjukvården. Som ett led i detta har möjligheten för enskilda att ta del av sina patientuppgifter genom direktåtkomst införts i patientdatalagen (5 kap. 5 § PDL). Som beskrivits i avsnitt 6.2.1 finns det dock många patienter som har svårigheter att ta del av digital information och använda sin direktåtkomst. Dessa personer kan behöva utse en person som kan hjälpa dem med det praktiska kring deras vårdprocesser. Behovet kan komma sig av att personerna på grund av ålder eller fysiska eller psykiska hinder behöver hjälp med att hålla ordning på sina besök, diagnoser eller läkemedel.

Från och med den 1 maj 2021 finns möjlighet att ge ett ombud direktåtkomst till uppgifter om en patient i den nationella läkemedelslistan (5 kap. 6 § lagen om nationell läkemedelslista). Tidigare tillhandahölls en ombudsfunktion i 1177 Vårdguidens e-tjänst *Journalen*. Efter Högsta förvaltningsdomstolens dom i HFD 2017 ref. 67 står det dock klart att en vårdgivare som behandlar personuppgifter med stöd av patientdatalagen inte enligt gällande rätt får ge ett ombud till en enskild direktåtkomst till vårdgivarens uppgifter om den enskilde. Högsta förvaltningsdomstolen betonade att 5 kap. 4 och 5 §§ patientdatalagen är avsedda att *uttömmande* reglera till vem och under vilka förutsättningar en vårdgivare får ge direktåtkomst till en enskild. Eftersom det inte finns någon bestämmelse som medger att direktåtkomst även får ges till ett ombud, är sådan direktåtkomst inte tillåten ens med patientens samtycke. Ombudsfunktionen i *Journalen* fick stängas, men eftersom behovet kvarstår har utredningen fått i uppdrag att se över möjligheterna införa bestämmelser som ger ombud åtkomst till patientjournalen.

I avsnitt 6.2 redogör utredningen för att det finns ett klart behov av och stora fördelar med att låta vårdgivare, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter. Vid en avvägning mellan behov och integritetsrisker har utredningen gjort bedömningen att behoven av och fördelarna med att vårdgivare får denna möjlighet överväger integritetsriskerna. Utredningen föreslår därför att det ska införas en bestämmelse som ger vårdgivare möjlighet att i enlighet med patientens frivilliga medgivande ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter.

Nedan redogör utredningen för hur en sådan bestämmelse bör utformas och för de rekvisit som föreslås. Det redogörs bl.a. för vilka uppgifter den elektroniska tillgången föreslås omfatta och till vem den enskilde får medge elektronisk tillgång till patientuppgifterna. En särskild fråga är vad det innebär att den enskilde lämnar ett giltigt medgivande. I anslutning till detta diskuterar utredningen vad som gäller för personer som av olika skäl har nedsatt beslutsförmåga och vad som gäller för barns medgivande. Som utredningen redogör för i avsnitt 6.2.4 behöver bestämmelsen åtföljas av vissa integritetsstärkande åtgärder, för vilka också redogörs nedan.

Utredningen gör motsvarande avvägning mellan behov och integritetsrisker för elektronisk tillgång till vård- och omsorgsdokumentation för någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten (se avsnitt 6.2.6). Utredningen föreslår därför att det införs en särskild bestämmelse för att på motsvarande sätt som för patientuppgifter som behandlas enligt patientdatalagen, kunna ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten elektronisk tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Även detta ska bygga på patientens eller omsorgsmottagarens frivilliga medgivande, och den elektroniska tillgången får ges till någon som patienten eller omsorgsmottagaren uppger sig känna personligen.

6.4.2 Placeringen av den nya bestämmelsen i patientdatalagen

I 5 kap. 5 § patientdatalagen finns en bestämmelse om en patients direktåtkomst till uppgifter om sig själv. Det anges att en vårdgivare får medge en enskild direktåtkomst till sådana uppgifter om den

enskilde själv som får lämnas ut till honom eller henne och som behandlas för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 patientdatalagen (dvs. för ändamålet vårddokumentation). Den enskilde får under samma förutsättningar medges direktåtkomst till sådan dokumentation som avses i 4 kap. 3 § första stycket första meningen (dvs. uppgifter om den åtkomst som förekommit till uppgifter om patienten, s.k. logglistor).

Utredningen anser att det är lämpligt att den nya bestämmelsen om att vårdgivare har möjlighet att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande ge någon utanför hälso- och sjukvården som denne känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter, placeras närmast efter 5 kap. 5 § patientdatalagen.

”Ombud” är det uttryck som i allmänhet används för att beskriva någon utanför hälso- och sjukvården som patienten har utsett och som ges elektronisk tillgång till patientuppgifter.²¹ Uttrycket används i lagen om nationell läkemedelslista, där rubriken till 5 kap. 6 § är ”Direktåtkomst för patient och ombud”. Utredningen anser dock inte att ordet ombud bör användas i den föreslagna bestämmelsen (se motivering i avsnitt 6.4.4). Däremot framstår det av pedagogiska skäl som lämpligt att använda ordet ”ombud” i en rubrik. Utredningen föreslår därför att det införs en ny rubrik med lydelsen ”Elektronisk tillgång för patienter och deras ombud” närmast före 5 kap. 5 § i patientdatalagen.

I 5 kap. 4 § patientdatalagen finns en bestämmelse om utlämnande genom direktåtkomst. I paragrafens tredje stycke finns en upplysning som hänvisar till ytterligare bestämmelser om direktåtkomst i patientdatalagen. Utredningen har i delbetänkandet föreslagit att den bestämmelsen ändras bl.a. så att utlämnandet även avser annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Utredningen har även föreslagit att hänvisningarna i det tredje stycket i paragrafen ändras som en följd av de lagförslag som lämnats i övrigt om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (se kapitel 18.2.2 i delbetänkandet om följdändringar i patientdatalagen). Enligt den lydelse som föreslagits i SOU 2021:4 ska tredje stycket 5 kap. 4 § patientdatalagen upplysa om att ytterligare bestämmelser om direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande finns i 5 kap. 5 § patientdatalagen och i 2 kap. och 4 kap. 11 § i den föreslagna lagen (0000:000)

²¹ Jfr t.ex. utredningsdirektiven (dir. 2019:37) s. 18 f, HFD 2017 ref. 67 och Ineras tidigare nämnda ombudsfunktion.

om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning.

Som en följd av att utredningen nu föreslår en ny bestämmelse om direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande bör tredje stycket i 5 kap. 4 § patientdatalagen ändras så att det upplyses också om denna senare bestämmelse.

6.4.3 Ombudet får som mest ha elektroniska tillgång till samma uppgifter som patienten

Syftet med att införa en möjlighet att, med stöd av patientens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter är att patienten ska kunna ta hjälp av närstående i sina vårdkontakter. Tanken är att patienten ska kunna få hjälp med att hålla ordning på läkarbesök, diagnoser, ordinationer m.m. Frågan är då vilka patientuppgifter som ska omfattas.

En vårdgivare får enligt gällande regler medge en enskild direktåtkomst till sådana uppgifter om den enskilde själv som får lämnas ut till honom eller henne och som behandlas för ändamålet vårdokumentation. Den enskilde får under samma förutsättningar medge direktåtkomst till sådan dokumentation som avses i 4 kap. 3 § första stycket första meningen, dvs. uppgifter om den åtkomst till uppgifter som förekommit om den enskilde (logglister) (5 kap. 5 § och 4 kap. 3 § första stycket första meningen PDL). I förarbetena till 5 kap. 5 § första stycket patientdatalagen angavs att patienter genom bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område gets rätt till information, delaktighet och medinflytande. Att ge patienter direktåtkomst till sina patientuppgifter bidrar till deras möjligheter att på ett bättre sätt aktivt delta i sin vård. Patienterna skulle t.ex. kunna bli mer informerade om sitt hälsotillstånd. Vidare skulle de kunna kontrollera att uppgifter som de lämnat till hälso- och sjukvårdspersonalen uppfattats på ett korrekt sätt. De skulle även kunna titta på resultat från provtagningar, vilket framför allt skulle spara tid för patienter som det regelbundet tas prover på och som ständigt behöver övervaka sitt sjukdomsförlopp. Direktåtkomst skulle också kunna vara ett sätt att låta patientjournalen följa patienten genom att

denne då kan låta en vårdgivare som han eller hon besöker för första gången, ta del av uppgifterna.²²

De argument som anfördes till stöd för patientens egen direktåtkomst gäller enligt utredningens bedömning också när det handlar om att med stöd av patientens medgivande ge en annan fysisk person utanför hälso- och sjukvården elektronisk tillgång till uppgifterna. Utredningen anser att det är lämpligt att den som patienten har utsett får ha elektronisk tillgång till de uppgifter om patienten som patienten själv får ha sådan tillgång till. På så vis ökar förutsättningarna för att patienter som av olika anledningar har svårt att själva använda sig av sin elektroniska tillgång kan bli bättre informerade om sitt hälsotillstånd och ta tillvara sina rättigheter inom hälso- och sjukvården.

Utredningen redogör i avsnitt 4.9 för patientens rätt att medge någon annan tillgång till sina patientuppgifter. För uppgift i patientjournal som omfattas av hälso- och sjukvårdssekretess enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen finns ett undantag från huvudregeln om att den enskilde har rätt att ta del av dessa och själv förfoga över uppgifterna. Bestämmelsen innebär att sekretessen gäller i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande själv för uppgift om hans eller hennes hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom eller henne (25 kap. 6 § OSL). Bestämmelsen innebär i och för sig inte att patienten berövas sin rätt att medge att uppgift lämnas till annan. Medgivande att lämna uppgiften till en annan person, skulle i och för sig kunna lämnas, även om situationen är sådan att den enskilde själv inte vet vilka uppgifter medgivandet omfattar. Sekretess kan även i vissa fall gälla i förhållande till patienten själv för t.ex. uppgift i en anmälan eller utsaga (25 kap. 7 § OSL) respektive för uppgifter som hänför sig till förundersökning i brottmål (18 kap. 1 § OSL).

Utredningen anser dock inte att det är lämpligt att den som patienten utsett ska kunna få elektronisk tillgång till sådana ytterst känsliga uppgifter som omfattas av sekretess i förhållande till patienten och som denne därför inte får ha elektronisk eller annan tillgång till. Utredningen anser att den patienten utsett bara bör få ha elektronisk tillgång till sådana uppgifter om patienten som han eller hon får ha elektronisk tillgång till. Om det i undantagsfall förekommer

²² Prop. 2007/08:126 s. 158.

sådana uppgifter som omfattas av sekretess i förhållande till patienten, kan patienten liksom i dag göra en sedvanlig begäran om att få ta del av allmänna handlingar och då lämna sitt medgivande till att sådana uppgifter lämnas ut till den patienten utsett.

Den patienten utsett bör alltså med patientens medgivande kunna få precis samma elektroniska tillgång till uppgifter om patienten som patienten själv får ha sådan tillgång till. Det är den maximala elektroniska tillgången som den patienten utsett får ha. Vilka uppgifter som den patienten utsett i ett enskilt fall får ha elektronisk tillgång till är också beroende av hur patientens medgivande är utformat. Patienten kan t.ex. begränsa sitt medgivande till att avse bara vissa av de uppgifter som patienten själv får ha elektronisk tillgång till. Om den patienten utsett i detta fall kommer att få någon elektronisk tillgång, lär bero bl.a. på vilka tekniska förutsättningar vårdgivaren har att hantera begränsade medgivanden. I avsnitt 6.4.7 framgår att patienten alltid ska ha möjlighet att begränsa sitt medgivande till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet.

Patienter har varken enligt patientdatalagen eller enligt offentlighetsprincipen i 2 kap. tryckfrihetsförordningen, någon rätt att få elektronisk tillgång till sina patientuppgifter. Utredningens uppdrag omfattar inte att lämna förslag om en sådan rätt. Därför bör det inte komma i fråga att, indirekt, ge patienter en sådan rätt genom att ge den patienten utsett en sådan rätt.

Utredningens förslag innebär alltså endast en *möjlighet* för de vårdgivare som anser att det är lämpligt, att med patientens medgivande ge elektronisk tillgång till en annan fysisk person som patienten uppger sig känna personligen. Någon skyldighet för vårdgivare föreslås inte och således inte heller någon rättighet för patienten eller den patienten utsett i förhållande till vårdgivaren.

6.4.4 Ombudet ska vara en fysisk person som patienten uppger sig känna personligen

Många patienter har behov av och önskemål om att kunna utse en person som kan hjälpa dem med det praktiska kring deras vårdprocesser. Det ligger i sakens natur att det ska handla om någon som patienten har förtroende för. Utredningens förslag om att en annan fysisk person ska kunna ges elektronisk tillgång till patientuppgifter

bygger på att det är patienten själv som väljer vem den vill medge sådan tillgång.

I lagen om framtidsfullmakter finns en offentlighetsrättsligt reglerad möjlighet för enskilda att genom fullmakt utse någon som kan ha hand om deras personliga angelägenheter om de själva skulle bli beslutsoförmögna. I förarbetena till lagen om framtidsfullmakter anges att en möjlighet att själv utse sin företrädare skapar goda förutsättningar för en väl fungerande relation mellan den enskilde och ställföreträdaren. Med allt fler äldre i befolkningen ökar också behovet av hjälp. Det är viktigt att samhällets resurser används på ett så effektivt och ändamålsenligt sätt som möjligt. Detta förutsätter att enskilda kan få hjälp på ett mindre ingripande sätt än att en god man eller förvaltare utses. En utgångspunkt vid samhällets insatser är att de ska bygga på respekt för enskildas integritet. Vidare ska enskilda i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande i frågor som rör dem själva. En annan grundläggande utgångspunkt är att systemet ska vara rättssäkert och skydda enskilda mot utnyttjande. På samma sätt som gäller för vanliga fullmakter vilar framtidsfullmakter på den förutsättningen att det är den enskilde som väljer fullmaktshavare. Det förtroende som han eller hon ger fullmaktshavaren innebär i sig ett skydd mot att denne agerar illojalt.²³

Utredningens förslag om möjlighet att ge en annan fysisk person, med stöd av patientens medgivande, elektronisk tillgång till patientuppgifter bygger, i likhet med lagen om framtidsfullmakter, på att patienten själv väljer vem som ska utses. Det lär innebära att det är en person som denne har förtroende för, vilket i sig utgör ett skydd mot illojalt agerande.

Utredningen anser dock att det ska införas ett krav på att det är en person som den enskilde uppger att den känner personligen. Med ”känna personligen” avses någon sorts relation i patientens privata sfär. Det kan t.ex. handla om en familjemedlem, en bekant, en granne eller någon annan person som patienten anser sig känna personligen. Det ska inte ställas några närmare krav på vad det innebär att känna någon personligen, utan det är ytterst patienten som får avgöra om den vill uppge att den känner någon personligen. Utredningen föreslår dock att bestämmelsen utformas så att det bara är en *fysisk person* som patienten uppger sig känna personligen som får ges elektronisk tillgång. Juridiska personer får således inte ges elektronisk tillgång.

²³ Prop. 2016/17:30 s. 20 ff.

Ett syfte med detta är att säkerställa att det inte rör sig om någon kommersiell eller yrkesmässig verksamhet som kan bidra till ett kringgående av sekretessreglerna, utan att det rör sig om en person som agerar inom ramen för den privata sfären.

När det gäller personer med legala ställföreträdare i form av gode män eller förvaltare, finns möjligheter att ta del av huvudmannens patientuppgifter redan i egenskap av legal ställföreträdare (se nedan i avsnitt 6.4.5 för närmare överväganden om legala ställföreträdare). Det finns inget hinder mot att en person, som anser att den känner sin gode man eller förvaltare personligen, medger att denne får elektronisk tillgång trots att personen t.ex. yrkesmässigt är god man. Det är för övrigt inte ovanligt att familjemedlemmar eller andra som patienten känner personligen förordnas som gode män. Om patienten vill medge ställföreträdaren elektronisk tillgång till sina patientuppgifter, får den alltså göra det enligt utredningens förslag.

När det gäller patienter som inte förstår svenska, kan dessa i vissa vårdsituationer behöva hjälp av en tolk vid vårdkontakter. Som ett led i detta kan tolken behöva ta del av vissa patientuppgifter. När det är fråga om en person som är yrkesverksam som tolk rör det sig typiskt sett inte om en sådan relation inom patientens privata sfär, som utredningens förslag tar sikte på. Patienten torde i regel inte känna tolken personligen på det sätt som avses. Det ska framhållas att inget hindrar att patienten precis som i dag lämnar sitt medgivande till att de uppgifter som behövs i vårdsituationen lämnas ut till tolken genom ett utlämnande av allmänna handlingar. Avsikten är dock inte att tolkar ska få elektronisk tillgång till patientuppgifter om den patient de tolkar för.

Utredningen föreslår ingen begränsning i antalet fysiska personer som patienten får medge elektronisk tillgång. Det finns således inget hinder mot att en patient medger flera personer samtidigt elektronisk tillgång. Man kan t.ex. tänka sig att en äldre person med vuxna barn vill ge samtliga sina barn elektronisk tillgång. Vårdgivare har dock som nämnts ingen skyldighet att ge elektronisk tillgång. Under förutsättning att kraven på saklighet och opartiskhet iakttas kan vårdgivare ta fram rutiner för hur tilldelning av elektronisk tillgång ska gå till och kan exempelvis välja att införa rutiner för hur många personer som samtidigt får medges elektronisk tillgång till en och samma patients uppgifter.

Utredningen vill betona att förslaget avser en offentlighetslagstiftning där patienten genom att lämna sitt medgivande kan häva sekretessen till förmån för en annan fysisk person. Det kan därför vara missvisande att använda uttrycket ”ombud” i den föreslagna bestämmelsen. Ombud kan föra tankarna till det civilrättsliga ombudsbegreppet. Den fysiska person som medges elektronisk tillgång ges vidare inte någon rättshandlingsförmåga, utan personen får endast en passiv läsbehörighet till patientuppgifterna. Därför bör uttrycket ”ombud” undvikas i själva bestämmelsen. Det är bättre att i bestämmelsen tala om en annan fysisk person som den enskilde uppger sig känna personligen.

Det ska betonas att vårdgivaren inte behöver göra någon kontroll eller lämna ett godkännande i det enskilda fallet för att en annan fysisk person ska kunna ges tillgång till patientuppgifterna. Detta markeras i den föreslagna bestämmelsen genom formuleringen ”uppger sig känna personligen”. I praktiken bör detta kunna lösas på ett för patienten smidigt sätt. Exempelvis kan man tänka sig en kryssruta i webb-gränssnittet där patienten får kryssa i att den känner den fysiska person den vill medge elektronisk tillgång personligen.

Det får förutsättas att vårdgivaren kontrollerar att inte en och samma person har elektronisk tillgång till för många patienters uppgifter. I sådana fall bör vårdgivaren undersöka detta och överväga att ta bort personens elektroniska tillgång. Det finns som sagt inte någon skyldighet för vårdgivare att ge en annan fysisk person elektronisk tillgång.

6.4.5 Patientens medgivande

Utredningens bedömning: Patientens frivilliga medgivande är en förutsättning för att ge en annan fysisk person, som patienten uppger sig känna personligen, elektronisk tillgång till patientuppgifter. Ett barn som är tillräckligt moget för att förstå vad saken gäller, och som har rätt att självt disponera sina patientuppgifter, kan lämna sitt medgivande till att en annan fysisk person som barnet uppger sig känna personligen får elektronisk tillgång till barnets patientuppgifter.

Det bör inte införas några särskilda bestämmelser för patienter med varaktigt nedsatt beslutsförmåga.

En grundförutsättning för att ge en annan fysisk person som patienten uppger sig känna personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter är att det bygger på att patienten verkligen vill detta, och manifesterar sin vilja genom att lämna sitt medgivande. Med *medgivande* menas här den typen av medgivande som avses i offentlighets- och sekretesslagen. Medgivandet medför att sekretessen som annars råder för patientuppgifterna hävs till förmån för den person som den enskilde utsett.²⁴

En stor del av informationshanteringen inom hälso- och sjukvården förutsätter att patienten själv kan ta ställning och ge uttryck för sin vilja i olika avseenden. Patientens självbestämmande och integritet ska som utgångspunkt respekteras. Endast i rena undantagsfall bör man kunna frånkänna hans eller hennes medgivande rättsverkan. Så gäller även för utredningens förslag. Om patienten lämnar sitt medgivande till att en annan fysisk person får elektronisk tillgång till dennes patientuppgifter, bör detta som utgångspunkt respekteras. En annan sak är att en vårdgivare givetvis inte behöver ta hänsyn till ett medgivande som efter vad som framgår saknar giltighet enligt allmänna regler, exempelvis för att det inte är ett uttryck för patientens fria vilja.

Som beskrivs i avsnitt 4.9 innehåller varken hälso- och sjukvårdslagstiftningen eller sekretesslagstiftningen några formkrav för hur en patient kan lämna ett medgivande till att lämna ut sekretesskyddade uppgifter. Det viktiga är att den utlämnande vårdgivaren är säker på att den som åberopar patientens medgivande har ett sådant medgivande. I dag finns tekniska möjligheter att säkerställa att det verkligen är patientens medgivande genom stark autentisering, t.ex. med mobilt bank-id. Det kan även tänkas ske genom att visa upp en av patienten undertecknad skriftlig handling.

Utredningen anser inte att det bör införas några särskilda formkrav för hur medgivandet kan lämnas. Det ankommer på vårdgivaren att garantera att det rör sig om ett medgivande från patienten, exempelvis genom att tillhandahålla säkra tekniska lösningar. Detta ingår i vårdgivarens personuppgiftsansvar. Som alltid gäller kraven i dataskyddsförordningen på integritet och konfidentialitet (artikel 5.1 f). Det innebär att den personuppgiftsansvarige ska se till att person-

²⁴ Det brukar även kallas att lämna sitt *samtycke*. Utredningen använder dock här begreppet medgivande för att inte förväxla det med begreppet samtycke som används i dataskyddsförordningen som rättslig grund för att behandla personuppgifter.

uppgifterna behandlas på ett sätt som säkerställer lämplig säkerhet för uppgifterna, med användning av lämpliga tekniska eller organisatoriska åtgärder. Exempelvis kan man tänka sig att patientens identitet kontrolleras genom stark autentisering, genom att patienten loggar in med bank-id och medger att en annan fysisk person får elektronisk tillgång till patientuppgifter. Detta bör kunna ske på ett för patienten enkelt sätt, exempelvis genom kryssrutor.

Som utredningen beskrivit finns det många patienter som kan ha svårt att på egen hand ladda ner bank-id och använda digitala tjänster såsom direktåtkomst via *Journalen*. Samtidigt lär det vara dessa patienter som har störst nytta av att ta hjälp av en närstående som kan ges elektronisk tillgång till patientuppgifterna. För att dessa patienter inte ska stängas ute från möjligheten att lämna sitt medgivande är det lämpligt att vårdgivare ser till att det finns möjlighet att lämna sitt medgivande utan att detta kräver att man använder bank-id eller motsvarande digitala lösningar. Annars riskerar förslaget att inte kunna användas av de patientgrupper som har störst behov av det. Det kan tilläggas att inget hindrar att någon hjälper patienten att logga in i den digitala tjänsten, kryssa i rutorna och ange de uppgifter som krävs i webb-gränssnittet.

Den elektroniska tillgången bygger på patientens frivilliga och aktuella medgivande. Patienten ska när som helst kunna ta tillbaka sitt medgivande. Det ankommer därför på vårdgivaren att se till att man på ett enkelt och säkert sätt kan återkalla sitt medgivande. Exempelvis bör det kunna ske genom att patienten legitimerar sig med bank-id eller motsvarande och meddelar att medgivandet återkallas. Även detta bör kunna ske på ett för patienten smidigt sätt genom en kryssruta. Då ska den elektroniska tillgången till patientuppgifter omedelbart avslutas. Vårdgivaren bör även se till att en patient kan kontakta vårdgivaren på andra sätt för att meddela att denne inte längre vill att någon ska ha elektronisk tillgång. Genom att patienten när som helst kan ta tillbaka sitt medgivande säkerställs att den elektroniska tillgången hela tiden bygger på frivillighet från patientens sida.

Utredningen anser inte att det är nödvändigt att uppgifter om medgivanden, ändringar eller återkallelser av sådana, avseende elektronisk tillgång till patientuppgifter antecknas i patientjournalen. Däremot krävs givetvis dokumentation och bevarande av patientens medgivande på lämpligt sätt för att vårdgivaren ska kunna hantera

och hålla ordning på medgivanden och återkallelser av dessa. Det får förutsättas att vårdgivare, i förekommande fall tillsammans med sitt personuppgiftsbiträde, i dag i praktiken Inera AB, utarbetar rutiner för hur detta ska gå till.

Patienter med nedsatt beslutsförmåga

Patientens medgivande är en förutsättning för att ge en annan fysisk person som patienten uppger sig känna personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter. Inom hälso- och sjukvården finns det många patienter som av olika anledningar kan ha svårt att ge uttryck för sin vilja i olika avseenden. Det kan handla om patienter som på grund av ålder, demens eller funktionsnedsättningar av olika slag har svårt att ge uttryck för sina önskemål. Dessa personer har i många fall även nedsatt förmåga att ta emot information och lämna samtycke till olika sorters informationshantering som vårdinsatsen förutsätter. De torde även ha svårigheter att använda sig av e-hälso-tjänster och att på egen hand ladda ner och använda e-legitimation. Det är samtidigt sannolikt dessa patienter som har särskilt stor nytta av att kunna ta hjälp av en annan person, som hjälper dem med det praktiska kring deras vårdprocesser, exempelvis att hålla ordning på besök, diagnoser och läkemedel. En särskild fråga är då hur man ska se på möjligheten för personer med olika former av nedsatt beslutsförmåga att lämna medgivande till att en annan person får elektronisk tillgång till patientuppgifter.

Utredningen vill inledningsvis betona att avgörande för att kunna lämna ett medgivande till att häva sekretessen för patientuppgifterna är att man förstår vad man gör. Medgivandet är ett uttryck för patientens fria vilja att låta en annan person få elektronisk tillgång. Det krävs alltså inte att patienten är insatt i hur den aktuella e-tjänsten fungerar eller känner till regelverket om direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande för att kunna lämna ett sådant medgivande. Det är för övrigt sannolikt många personer, med full eller nedsatt beslutsförmåga, som inte fullt ut har den inblicken. Det som krävs är att medgivandet att häva sekretessen till förmån för en annan person är aktuellt, relevant och specifikt. Utredningen föreställer sig att många patienter, som på grund av hög ålder eller funktionsnedsättningar har svårt att ta till sig viss information, ändå har för-

mågan att ge uttryck för att de vill att en viss annan person ska få elektronisk tillgång till patientuppgifter.

Vissa personer har dock ett sådant hälsotillstånd eller så nedsatt kognitiv förmåga att de inte kan lämna ett giltigt medgivande till att häva sekretessen. För att kunna lämna ett giltigt medgivande, måste man förstå vad saken handlar om och vad man gör. När det gäller personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga saknas således möjlighet att lämna ett giltigt medgivande till elektronisk tillgång. I de fallen kan den föreslagna bestämmelsen inte tillämpas. Det ingår inte i utredningens uppdrag att utreda särskilda frågor som rör personer med nedsatt beslutsförmåga. Behövs särskild reglering om sådana personer på det område som omfattas av utredningsuppdraget, bör regleringen enligt utredningens direktiv utformas i enlighet med befintlig reglering. Frågan är då om någon särskild reglering för personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga bör föreslås i detta fall.

I delbetänkandet lämnade utredningen förslag till särskilda bestämmelser för personer som inte endast tillfälligt saknade förmåga att ta ställning när det gäller sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning. Förslagen utformades med bestämmelsen i 6 kap. 2 a § patientdatalagen som förlaga. Den bestämmelsen gör det möjligt att göra uppgifter om en patient med varaktigt nedsatt beslutsförmåga tillgängliga för andra vårdgivare som är anslutna till systemet med sammanhållen journalföring. En vårdgivare får ta del av uppgifterna under förutsättning att det har betydelse för nödvändig vård och att det efter att ha försökt klarlägga patientens vilja, inte finns skäl att anta att patienten skulle motsätta sig detta. Utredningen ansåg att det kan antas att omsorgsmottagare med nedsatt beslutsförmåga, t.ex. äldre med demens och personer med funktionsnedsättning, tillhör just de grupper som är i störst behov av informationsöverföring mellan instanserna, eftersom de ofta har svårigheter att själva förmedla informationen. När det gäller kvalitetsuppföljning ansåg utredningen att det fanns ett stort och berättigat behov av att uppgifter om patienter och omsorgsmottagare med varaktigt nedsatt beslutsförmåga får ingå i kvalitetsuppföljning.²⁵

Det finns en särskild sekretessbrytande bestämmelse som kan bli tillämplig om den enskilde på grund av demens eller annat hälso-relaterat skäl inte kan samtycka. Bestämmelsen anger att om den

²⁵ Se avsnitt 16.5.6 och 17.5.2 i delbetänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4).

enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar sekretess enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen inte att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet på socialtjänstens område (25 kap. 13 § OSL). I förarbetena motiverades införandet av bestämmelsen med de patientsäkerhetsaspekter som gör sig gällande när vårduppgifter om en enskild i allt större utsträckning sprids på allt fler vårdgivare och de brister i omhändertagandet som finns i integrerade verksamheter, därför att information om den enskilde på grund av sekretessen inte alltid kan förmedlas mellan de olika verksamheterna i tillräcklig utsträckning.²⁶

Det lär visserligen vara obestridligt att äldre med demens och personer med funktionsnedsättningar hör till dem med störst behov av stöd och hjälp från andra för att kunna vara delaktiga i vården. Många av dessa torde också ha en förmåga att lämna ett medgivande till att en annan fysisk person ges elektronisk tillgång till patientuppgifterna. Utredningen anser dock inte att det är lämpligt att här införa särskilda regler för personer som på grund av t.ex. demens eller andra förhållanden har varaktigt nedsatt beslutsförmåga. Detta har att göra med att en grundförutsättning för att införa en möjlighet för patienten att medge elektronisk tillgång, är att det bygger på patientens egen fria vilja. Att patienten förstår vad den gör, och vill ta hjälp av en närstående, är en förutsättning för att kunna tillämpa den föreslagna bestämmelsen.

Det ska tilläggas att det här, till skillnad från sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation eller den ovan nämnda sekretessbrytande bestämmelsen, inte handlar om att uppgifterna behövs för att ge patienten nödvändig vård. Det finns inte några uttalade patientsäkerhetsbehov som gör sig gällande när det handlar om att ge en person utanför hälso- och sjukvården elektronisk tillgång till patientuppgifter. Det finns inte heller något berättigat allmänt intresse av att ge personer utanför hälso- och sjukvården elektronisk tillgång till patientuppgifter, såsom vid kvalitetsuppföljning. Om situationen är sådan att patienten inte själv kan lämna ett frivilligt medgivande, kan

²⁶ Prop. 2007/08:126 s. 168.

alltså elektronisk tillgång inte ges till någon utanför hälso- och sjukvården.

För personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga som inte kan sköta sina angelägenheter finns möjlighet att förordna en legal ställföreträdare med stöd av bestämmelserna i föräldrabalken. Denne kan i sin tur ges elektronisk tillgång till patientuppgifter, i egenskap av legal ställföreträdare, om detta ingår i uppdraget (se avsnittet nedan med rubriken *Patienter med legala ställföreträdare*).

Patienter vars tillstånd förändras så att de inte längre kan ta ställning till om den elektroniska tillgången ska avslutas

Patientens tillstånd kan över tid förändras på så sätt att det kan ifrågasättas om denne fortfarande är i stånd att ta ställning till om den elektroniska tillgången ska fortsätta. En fråga är, vad som ska gälla om en patient som medgett en närstående elektronisk tillgång senare hamnar i ett varaktigt tillstånd som innebär denne inte längre kan ta ställning till om den elektroniska tillgången ska avslutas, exempelvis vid förvärrad demens.

Utredningen anser inte att den omständigheten att patienten efter medgivandet får sin beslutsförmåga varaktigt nedsatt i sig behöver medföra att den elektroniska tillgången avbryts. Det kan ofta antas, att medgivandet fortfarande är ett uttryck för patientens vilja även om patientens hälsotillstånd eller kognitiva funktioner har försämrats. Det vore också olyckligt om de patienter som sannolikt har det största behovet av hjälp från närstående i sina vårdkontakter skulle berövas det stödet genom att den elektroniska tillgången avslutas.

Att den patient som medgett elektronisk tillgång blir varaktigt oförmögen att ta ställning till om den tillgången ska avslutas innebär dock att man inte längre kan förlita sig på patientens möjlighet att ta tillbaka sitt medgivande som en garanti för att den elektroniska tillgången motsvarar patientens aktuella vilja. När patienten inte längre kan ge uttryck för vad den vill, bör någon annan göra en bedömning av vad som kan tänkas vara patientens verkliga vilja. Den bedömningen kan man inte rimligen överlåta till den som medgivandet avser. I stället bör vårdgivaren i den situationen bedöma om det fortfarande är patientens vilja att personen har elektronisk tillgång. Utredningen anser därför att vårdgivarna bör vara upp-

märksamma på och vid misstanke kontrollera om det finns anledning att anta att patienten *inte* längre vill att den digitala tillgången ska vara kvar, men har blivit oförmögen att återkalla medgivandet själv.

Utredningen föreslår därför att hälso- och sjukvårdspersonal vid misstanke om att patienten varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett medgivande ska anmäla detta till vårdgivaren, vilket beskrivs nedan i avsnitt 6.4.8. Vårdgivaren bör då försöka undersöka hur patienten ställer sig till den elektroniska tillgången. Om det inte framkommer något som tyder på att patienten skulle vilja återkalla medgivandet, finns det ingen anledning att avsluta den elektroniska tillgången. Om patienten i sitt nuvarande tillstånd visar ett avståndstagande eller direkt motvilja mot den som getts elektronisk tillgång, vilket kan vara tecken på att inställningen till den elektroniska tillgången ändrats, kan det finnas anledning att avsluta den elektroniska tillgången. Om patienten sedan ändrar sin inställning till den som haft elektronisk tillgång och åter visar förtroende för denna, kan det finnas anledning att, med stöd av det lämnade medgivandet, åter ge personen elektronisk tillgång.

Patienter med legala ställföreträdare

En god man eller förvaltare är en legal ställföreträdare som förordnats för att bevaka huvudmannens rättigheter i vissa avseenden.²⁷ För personer som har legal ställföreträdare i form av god man eller förvaltare, finns i dag en funktion i *Journalen* där legala ställföreträdare kan ges direktåtkomst till patientens uppgifter om det anses ligga inom ramen för uppdraget. Högsta förvaltningsdomstolen har nyligen uttalat sig i fråga om en förvaltares rätt att för huvudmannens räkning ta del av uppgifter som omfattas av sekretess (HFD 2020 ref. 50). Utredningen vill betona att utredningens förslag varken påverkar eller begränsar den möjlighet som finns för förvaltare och gode män att ha insyn i sina huvudmäns patientuppgifter. Utredningens förslag syftar till att skapa en möjlighet att, vid sidan om existerande regelverk med legala ställföreträdare, låta patienter själva utse en person som de känner personligen som kan hjälpa dem i deras vård-

²⁷ En förvaltares uppdrag kan innefatta att bevaka rätt, förvalta egendom och sörja för person (11 kap. 7 § föräldrabalken).

kontakter. Om förslaget genomförs, blir det således ett komplement till nuvarande former av ställföreträdarskap.

Det finns inget som hindrar att patienten, om den anser att den känner den gode mannen eller förvaltaren personligen och förstår vad den gör, medger att den gode mannen eller förvaltaren får elektronisk tillgång till patientuppgifterna med stöd av den föreslagna bestämmelsen.

Barn²⁸ och deras vårdnadshavare

Det finns inga generella åldersgränser för när barn kan samtycka till olika åtgärder inom hälso- och sjukvården. Det finns inte heller någon särskild åldersgräns i offentlighets- och sekretesslagen när det gäller barns medgivande. Som utredningen beskriver i avsnitt 4.10.1 har vårdnadshavare rättigheter och skyldigheter enligt föräldrabalken att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. I takt med barnets stigande ålder och utveckling ska vårdnadshavaren ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål. Sekretess för uppgifter om ett barn gäller inte i förhållande till vårdnadshavaren i den utsträckning denne enligt föräldrabalken har rätt och skyldighet att bestämma i frågor om barnet. Sekretess gäller dock i förhållande till vårdnadshavaren, om det kan antas att den underårige lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren eller om det annars anges i offentlighets- och sekretesslagen.

Detta betyder att när det gäller yngre barn, får vårdnadshavare i regel ha full insyn i sina barns patientuppgifter, och att vårdnadshavaren (eller vårdnadshavarna gemensamt) kan häva den sekretess som gäller för uppgifterna. Med stigande ålder och mognad kan sedan vårdnadshavaren (eller vårdnadshavarna gemensamt) besluta tillsammans med barnet. Slutligen, särskilt när det gäller äldre barn som närmare sig 18-årsåldern, kan barnet självt disponera över sina uppgifter och häva sekretessen om barnet självt vill. Vårdnadshavarna har då inte längre rätt att ta del av uppgifterna.

Utredningen anser att ett barn som förstår vad saken gäller, och som har rätt att självt disponera sina uppgifter, ska ha möjlighet att lämna sitt medgivande till att någon, som barnet anser sig känna personligen, får elektronisk tillgång till barnets patientuppgifter.

²⁸ Med barn avses den som är under 18 år.

Det ligger även i linje med Förenta nationernas konvention om barns rättigheter, barnkonventionen, som sedan den 1 januari 2020 gäller som svensk lag. Av barnkonventionen följer bl.a. att barnets bästa ska beaktas och att barnet har rätt att uttrycka sin åsikt och få den beaktad.

En särskild fråga är när ett barn självt kan lämna sitt medgivande. Som beskrivs i avsnitt 4.10.1 måste detta ses i ljuset av vårdnadshavarnas skyldigheter i frågor som rör barnet. Det finns ingen fast åldersgräns i patientdatalagen som anger när ett barn får ges direktåtkomst till sina patientuppgifter. I förarbetena till bestämmelsen tog regeringen inte särskilt upp frågan om barns direktåtkomst.

När det gäller hur barnets åsikter ska beaktas har det i svensk rättspraxis skapats vissa utgångspunkter, t.ex. att en 12-åring vilja normalt ska ges avgörande betydelse. I dataskyddslagen anges att vid erbjudande av informationssamhällets tjänster direkt till ett barn som bor i Sverige ska behandling av personuppgifter vara tillåten med stöd av barnets samtycke, om barnet är minst 13 år. Om barnet är under 13 år, ska sådan behandling vara tillåten endast om samtycke ges eller godkänns av den som har föräldransvar för barnet (2 kap. 4 § dataskyddslagen).

I praktiken har regionerna i dag i regel löst det så att man automatiskt låter vårdnadshavare få direktåtkomst till sina barns uppgifter genom *Journalen* till dess att barnet fyller 13 år. För barn som fyllt 16 år ges barnet i regel automatisk direktåtkomst till sina egna patientuppgifter. För barn i åldern 13–15 år är det mer komplicerat. Det har att göra med att barnet är i en sådan ålder där det kan variera individuellt om barnet har uppnått sådan mognad att det självt kan disponera över sin sekretess, eller om det är vårdnadshavarna som kan göra det i egenskap av barnets legala ställföreträdare. De offentliga vårdgivarna har tillsammans med sitt personuppgiftsbiträde Inera bedömt att det inte är lämpligt att automatisk ge vare sig barn i åldern 13–15 år eller deras vårdnadshavare direktåtkomst. I praktiken har man infört en lösning som innebär att vårdnadshavares tillgång till sina barns uppgifter i *Journalen* automatiskt stängs ner när barnet fyller 13 år. De barn som nått en sådan mognad vid 13 års ålder att de själva får disponera sina uppgifter, har alltså fått vara styrande för samtliga vårdnadshavares åtkomst till barns patientuppgifter. För barn i åldrarna 13–15 år kan i stället en individuell prövning göras i det

enskilda fallet om barnet självt, eller vårdnadshavarna, ska ges elektronisk tillgång till uppgifter om barnet genom *Journalen*.

Utredningen anser att det inte bör införas någon specifik åldersgräns för när ett barn kan lämna medgivande till att någon annan får elektronisk tillgång. Det framstår som mest lämpligt att barns självbestämmande respekteras på motsvarande sätt som i övrigt inom hälso- och sjukvården, med beaktande av att barnet också självt måste kunna disponera sekretessen enligt offentlighets- och sekretesslagen respektive tystnadsplikten enligt patientsäkerhetslagen. Här får man således utgå från allmänna principer om att allt större hänsyn ska tas till barnets önskemål utifrån dess stigande ålder och mognad. Utredningen anser att detta är förenligt med det särskilda skydd för uppgifter om barn som kommer till uttryck bl.a. i skäl 38 till dataskyddsförordningen.

På motsvarande sätt som görs i dag när det gäller barns egen direktåtkomst till patientuppgifter, kan vårdgivare ta fram rutiner för barns möjlighet att medge någon annan elektronisk tillgång. Det gäller givetvis under förutsättning att det allmänna kravet på objektivitet och saklighet iakttas. När det gäller barn ska också principen om barnets bästa beaktas.

6.4.6 Den elektroniska tillgången får ges genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande

Utredningens förslag: Den elektroniska tillgången för den som patienten utsett får ges genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande.

I kapitel 3 beskriver utredningen skillnaderna mellan direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande. Direktåtkomst anses vara förknippad med särskilda integritetsrisker. Skillnaden i praktiken för mottagaren mellan direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande genom en fråga-svar-funktion är inte särskilt stor.

Utredningen har i sitt delbetänkande föreslagit att vissa bestämmelser i patientdatalagen som gäller direktåtkomst, bl.a. 5 kap. 5 §, ändras så att de även gäller tillgång genom *annat elektroniskt utlämnande* än direktåtkomst. Utredningen hänvisar till delbetänkandet för den närmare motiveringen till varför förslagen om annat elektroniskt

utlämnande lämnats (se avsnitt 16.3 i delbetänkandet) och varför förslag om att göra motsvarande följdändringar i andra bestämmelser i patientdatalagen som reglerar direktåtkomst lämnas (se avsnitt 18.2 i delbetänkandet). Av motsvarande skäl som angetts i utredningens tidigare bedömningar, anser utredningen att det också här är lämpligt att den elektroniska åtkomsten omfattar inte bara direktåtkomst utan även *annat elektroniskt utlämnande*. Om ett system är utformat som en elektronisk fråga-svar-funktion, trots att bara direktåtkomst är tillåten, skulle det kunna leda till oönskade konsekvenser, såsom att personal hos vårdgivaren begår tystnadspliktsbrott. Om den mest integritetskänsliga formen av utlämnande (direktåtkomst) är tillåten, finns det från integritetsskyddsynpunkt inte skäl att förbjuda andra former av elektroniskt utlämnande.

I detta fall avser den elektroniska tillgången bara uppgifter om en enda person, patienten, och denne får redan i dag ha direktåtkomst till uppgifterna. Att den som patienten utser också får ha elektronisk tillgång till uppgifterna genom annat elektroniskt utlämnande – i stället för genom bara direktåtkomst – är därför logiskt och innebär i sig inga ökade integritetsrisker. Det blir också enklare och billigare för vårdgivarna om patienten och den som denne utser får ha samma slags elektroniska tillgång. Den som patienten utser bör därför få ges elektronisk tillgång genom *direktåtkomst* eller *annat elektroniskt utlämnande*.

6.4.7 Begränsning till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet

För att någon utanför hälso- och sjukvården (och socialtjänsten, enligt utredningens förslag i delbetänkandet) ska få ges elektronisk tillgång till patientuppgifter krävs att patienten har medgivit det. Medgivandet kan avse elektronisk tillgång till alla patientens uppgifter eller vara begränsat på olika sätt. Är medgivandet begränsat, lär det av tekniska skäl ofta vara svårt att ge den som patienten utser någon elektronisk tillgång alls. Det kan därför antas att den patient som egentligen vill att någon ska få elektronisk tillgång till bara vissa uppgifter går med på att denne får elektronisk tillgång till alla uppgifter bara för att det ska bli någon elektronisk tillgång alls. Detta är inte bra och stämmer mindre väl med principen om uppgiftsminimering. Samtidigt måste man ha förståelse för att en vårdgivare

av tekniska och ekonomiska skäl inte gärna kan tillgodose varje individuellt önskemål om begränsad elektronisk tillgång. Krävde man detta, skulle förmodligen få vårdgivare använda möjligheten att införa elektronisk tillgång.

Om vårdgivaren inte är skyldig att inför någon begränsning av den elektroniska tillgången, riskerar det alltså att leda till att patienter medger en mer omfattande elektronisk tillgång än de egentligen önskar. Om å andra sidan vårdgivaren bara fick ge elektronisk tillgång om varje begränsning av patientens medgivande respekterades, skulle det leda till att få vårdgivare var beredda att ge elektronisk tillgång. Man måste som utredningen ser det göra en avvägning av vilka viktiga begränsningar av medgivandet som vårdgivaren ska vara skyldig att respektera för att överhuvudtaget få erbjuda elektronisk tillgång.

Syftet med att införa möjligheten till elektronisk tillgång är, från utredningens synvinkel, främst att den som får tillgången ska kunna bistå patienten i den vård som är aktuell för tillfället. Tanken är således inte att den elektroniska tillgången ska användas för att ta del av patientuppgifter som inte är relevanta för patientens nuvarande situation. En lämplig avvägning är därför enligt utredningens mening att kräva att patienten alltid ska kunna begränsa sitt medgivande till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vård-enhet. Det gör att patienten i de allra flesta fall bör kunna skraddarsy sitt medgivande så att det motsvarar vad patienten egentligen vill samtidigt som det bör vara förhållandevis enkelt och billigt för vård-givaren att hantera, bl.a. eftersom det anknyts till vårdgivarens egna organisatoriska enheter.

Med vårdenhet avses enligt Socialstyrelsens termbank organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård. Vårdenhet förekommer i 4 kap. patientdatalagen som bl.a. reglerar spärrmöjligheter och inre sekretess. Exempelvis får personuppgifter som dokumenterats för vårdändamål hos en vårdenhet eller inom en vårdprocess inte göras tillgängliga genom elektronisk åtkomst för den som arbetar vid en annan vårdenhet eller inom en annan vårdprocess hos samma vårdgivare, om patienten motsätter sig det (4 kap. 4 § PDL). Det framstår därför som lämpligt att här låta patientens medgivande begränsas utifrån vårdenhet.

Den som vill att anhöriga bara ska kunna följa det aktuella vård-förloppet, t.ex. hur det går med en större operation, kan då begränsa

medgivandet till tiden efter intagningen på sjukhuset och den aktuella kliniken. Patienten kan också förhindra elektronisk tillgång till uppgifter registrerade inom t.ex. psykiatri eller förlossningsvården. De nämnda begränsningarna i tiden och till en vårdenhet ska kunna göras för varje person för sig. Om patienten utsett flera personer, ska alltså begränsningarna kunna göras olika för respektive person. Patienten kan när som helst ändra sitt medgivande och införa eller ta bort en begränsning. Om patienten anmäler att den vill göra en begränsning som vårdgivaren inte måste respektera (dvs. som gäller något annat än uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet) och kan vårdgivaren inte heller tekniskt respektera begränsningen, måste den elektroniska tillgången avslutas.

Bestämmelsen om vilka begränsningar som alltid måste kunna respekteras hindrar inte att vårdgivaren respekterar även andra typer av begränsningar. Någon skyldighet finns dock inte att respektera andra typer av begränsningar.

6.4.8 Skyldighet att anmäla vid misstanke om att förutsättningarna inte är uppfyllda

Utredningens förslag: Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen får anledning att misstänka att patientens medgivande av elektronisk tillgång inte ger uttryck för patientens fria vilja eller att patienten varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett sådant medgivande, är denne skyldig att genast anmäla detta till den vårdgivare som gett den elektroniska tillgången. Mot-svarande gäller om misstanken avser att patienten inte känner den som fått tillgång personligen.

I avsnitt 6.4.5 redogör utredningen för att patientens frivilliga medgivande är en förutsättning för att en annan fysisk person ska ges elektronisk tillgång till patientens uppgifter. I avsnitt 6.2.4 berörs integritetsstärkande åtgärder för att stärka skyddet för att patientens medgivande är frivilligt och återspeglar dennes vilja. Som beskrivits bör vårdgivarens möjlighet – och skyldighet – att säkerställa att medgivandet är frivilligt och aktuellt komma till uttryck genom att det införs en anmälningsplikt. Det ska betonas att det alltid är vårdgivaren som ansvarar för att medgivandet är frivilligt och aktuellt.

Det är vårdgivaren som lämnar ut uppgifterna genom att göra dessa elektroniskt tillgängliga och vårdgivaren är också personuppgiftsansvarig för behandlingen. Detta ansvar ligger inte på hälso- och sjukvårdspersonalen. För att vårdgivaren i praktiken ska kunna efterleva sitt ansvar, bör det dock föreskrivas att hälso- och sjukvårdspersonal genast ska anmäla till vårdgivaren när det finns anledning att misstänka att medgivandet inte ger uttryck för patientens fria vilja eller att patienten varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett medgivande.

Hälso- och sjukvårdspersonal bör alltså vara skyldig att till vårdgivaren genast anmäla misstankar om att patientens medgivande inte ger uttryck för dennes fria vilja. Misstanke kan exempelvis uppstå vid ett vårdmöte om hälso- och sjukvårdspersonalen får indikationer på att en anhörig uppträder hotfullt mot patienten, eller vice versa, eller försöker få insyn i patientens förhållande på ett otillbörligt sätt. Tanken är dock inte att hälso- och sjukvårdspersonalen aktivt ska söka efter information, men får de ändå t.ex. i sitt vårdarbete information som gör att en misstanke kan uppstå är de skyldiga att anmäla det till vårdgivaren.

På motsvarande sätt bör hälso- och sjukvårdspersonal vara skyldig att till vårdgivaren genast anmäla om det uppstår misstankar om att patienten inte känner den som getts elektronisk tillgång personligen. En sådan anmälan gör det möjligt för vårdgivaren att utreda om patientens uppgift om att denne känner den fysiska personen är riktig och överväga om den elektroniska tillgången ska avbrytas. Även genom kontroller av vilka fysiska personer som getts elektronisk tillgång till patienters uppgifter kan vårdgivaren få indikationer på att patienterna inte känner den som getts elektronisk tillgång personligen. Om en fysisk person getts elektronisk tillgång till många patienters uppgifter, kan det tyda på att det finns kommersiella eller andra intressen som ligger bakom den elektroniska tillgången, vilket bör föranleda att den elektroniska tillgången avslutas.

Det kan även inträffa att den som lämnat ett medgivande senare blir oförmögen att ta tillbaka det. För att vårdgivaren ska uppmärksamma att så har blivit fallet och kunna överväga om den elektroniska tillgången bör fortsätta bör hälso- och sjukvårdspersonalen vara skyldig att anmäla misstankar om att patienten varaktigt inte längre kan lämna ett medgivande, dvs. är varaktigt beslutsförmögen. Det kan t.ex. handla om en äldre patient vars tillstånd ändrats så att

den nu uttrycker att den inte längre vill att barnen ska ha elektronisk tillgång till patientuppgifterna. Det kan även vara fråga om en patient som blivit dement och inte längre känner igen sina släktingar, och ger uttryck för att den inte vill ha med dessa att göra.

En anmälan ska göras närhelst en misstanke uppstår. Detta är avgörande för att vårdgivaren ska kunna utöva sitt personuppgiftsansvar och säkerställa att medgivandet är frivilligt och aktuellt. Redan om det finns *anledning* till misstanke, ska en anmälan göras. Det finns inget formkrav för anmälan, men vårdgivaren kan lämna instruktioner till sin personal om hur anmälan ska göras. Anmälan ska innehålla uppgift om vem patienten är och vilka omständigheter som lett fram till misstanken. Avsikten är inte att hälso- och sjukvårdspersonalen ska efterforska saken närmare genom att ta del av hela patientjournalen eller samla in ytterligare uppgifter. Om hälso- och sjukvårdspersonal anmäler att det finns anledning till misstanke, ankommer på vårdgivaren att hantera och i förekommande fall utreda detta. Genom att anmälan görs så snart som möjligt, får vårdgivaren möjlighet att utreda om misstanken är befogad och överväga om den elektroniska tillgången ska avslutas.

Utredningen anser inte att anmälan i sig är en sådan uppgift som behöver journalföras. Det får förutsättas att vårdgivaren skapar rutiner för hur hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna göra en anmälan samt hur anmälan ska dokumenteras. Om så bedöms lämpligt, finns det inget som hindrar att Socialstyrelsen utfärdar allmänna råd om hur anmälningsskyldigheten kan utövas.

Som beskrivs i avsnitt 6.4.5 måste den elektroniska tillgången inte avslutas för att patienten blivit varaktigt beslutoförmögen. Kravet är alltså endast att en anmälan ska göras vid misstanke, så att vårdgivaren får möjlighet att utreda om det kan finnas skäl att avsluta den elektroniska tillgången.

6.4.9 Föreskrifter om säkerhetsåtgärder

Utredningens förslag: Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid den elektroniska tillgången.

Det kan finnas behov av föreskrifter om säkerhetsåtgärder vid den elektroniska tillgången motsvarande dem som Socialstyrelsen kan meddela enligt 5 kap. 5 § patientdatalagen och 2 § patientdataförordningen (2008:360). Det anges även i dataskyddsförordningen att den personuppgiftsansvarige ska genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa och kunna visa att behandlingen utförs i enlighet med dataskyddsförordningen (artikel 24). Frågan är om det är nödvändigt med en reglering eller ett bemyndigande i lag för att säkerhetsföreskrifter ska kunna utfärdas.

Föreskrifter ska meddelas av riksdagen genom lag om de avser åligganden för kommuner (8 kap. 2 § 3 regeringsformen). Också föreskrifter om skyldigheter för enskilda ska meddelas av riksdagen genom lag (8 kap. 2 § 2 regeringsformen). Riksdagen kan dock, med vissa inte här aktuella undantag, bemyndiga regeringen att meddela sådana föreskrifter (8 kap. 3 § regeringsformen). Riksdagen kan då också medge att regeringen bemyndigar en förvaltningsmyndighet att meddela föreskrifter i ämnet (8 kap. 10 § regeringsformen). Regeringen får enligt 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter som inte enligt grundlag ska meddelas av riksdagen och föreskrifter om verkställighet av lag. Enligt 8 kap. 11 § regeringsformen får regeringen bemyndiga en myndighet under regeringen att meddela föreskrifter enligt 8 kap. 7 § regeringsformen.

Enligt patientdatalagen är utlämnande genom direktåtkomst till personuppgifter tillåten endast i den utsträckning som anges i lag eller förordning (5 kap. 4 § första stycket PDL). Den föreslagna bestämmelsen om elektronisk tillgång utgör således såvitt avser direktåtkomst ett undantag från ett i lag angivet förbud, som det är frivilligt att använda sig av. När det gäller utlämnande genom *direktåtkomst* införs alltså en möjlighet för vårdgivare att lämna ut uppgifter på ett sätt som annars inte vore tillåtet. Föreskrifterna kan, på grund av att det handlar om en frivillig möjlighet att använda undantaget från det lagstadgade förbudet, inte sägas avse några åligganden för kommuner eller några skyldigheter för enskilda när det gäller direktåtkomst. Den som frivilligt använder sig av den möjligheten måste dock följa de säkerhetsföreskrifter som kan ha meddelats av regeringen eller bemyndigad myndighet.

Det finns däremot inget generellt lagstadgat förbud mot *annat elektroniskt utlämnande* än direktåtkomst. Annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst är således i dag inte förbjudet utan får ske.

Den föreslagna bestämmelsen kan därmed ses som en inskränkning av den handlingsfrihet som finns i dag. De krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst får därför anses vara åligganden för kommuner och skyldigheter för enskilda. Å andra sidan finns det redan enligt dataskyddsförordningen, bl.a. artikel 32.1, generella krav på säkerhetsåtgärder vid behandling av personuppgifter såsom utlämnande av dem. Det är möjligt för regeringen att enligt 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om verkställighet av EU-förordningar.²⁹ Det får enligt utredningens bedömning här ses som sådana föreskrifter om verkställighet som regeringen, utan särskilt bemyndigande, får meddela. Därför behövs det inte ett bemyndigande i lag för att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan alltså meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid den elektroniska tillgången. En upplysning om detta bör för tydlighets skull finnas i patientdatalagen.

²⁹ Prop. 1999/2000:126 s. 135 f.

6.5 Möjlighet att ge ombud elektronisk tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Utredningens förslag: Om patienten eller omsorgsmottagaren medger det får en vård- eller omsorgsgivare ge en annan fysisk person, som patienten eller omsorgsmottagaren uppger sig känna personligen, tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning. Sådan tillgång ska på patientens eller omsorgsmottagarens begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss organisatorisk enhet.

Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen eller som utför arbetsuppgifter inom socialtjänsten får anledning att misstänka att patientens eller omsorgsmottagarens medgivande inte ger uttryck för patientens eller omsorgsmottagarens fria vilja eller att patienten eller omsorgsmottagaren varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett medgivande, är denne skyldig att genast anmäla detta till den vård- eller omsorgsgivare som gett tillgången. Motsvarande gäller om misstanken avser att patienten eller omsorgsmottagaren inte känner den som fått tillgång personligen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid sådan elektronisk tillgång.

Det ingår i och för sig inte i utredningens uppdrag att se över möjligheterna att införa någon allmän möjlighet för enskilda att utse ett ombud som kan få tillgång till socialtjänstens dokumentation. I avsnitt 6.2.6 har utredningen emellertid kommit fram till att de behov och fördelar som utredningen redogjort för när det handlar om att, i enlighet med patientens frivilliga medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården som patienten känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter, gör sig gällande på motsvarande sätt i fråga om omsorgsgivares dokumentation i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Därför föreslår utredningen att en ny bestämmelse ska tas in i den i delbetänkandet föreslagna lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

och kvalitetsuppföljning. Bestämmelsen medför att någon annan får ges elektronisk tillgång till uppgifter om omsorgsmottagare i socialtjänsten i de fall uppgifterna ingår i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Det ska framhållas att det är socialtjänstens uppgifter om äldre och personer med funktionsnedsättningar som får vissa insatser, som får ingå i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Det handlar om personer med ett sammansatt vård- och omsorgsbehov som ofta samtidigt får insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Detta är de grupper där det troligen finns stort behov av hjälp av en närstående med kontakterna med både vården och omsorgen. Den person som den enskilde utser, bör således kunna ges elektronisk tillgång till den sammanhållna vård- och omsorgsdokumentationen, oavsett om uppgifterna härrör från hälso- och sjukvårdens eller från socialtjänstens dokumentation.

Bestämmelsen om elektronisk tillgång i den föreslagna lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning bör ha motsvarande innebörd och utformning som den föreslagna bestämmelsen om elektronisk tillgång i patientdatalagen. Utredningen hänvisar därför i denna del till sina överväganden i avsnitt 6.4 ovan. Här är det dock i stället uppgifter som ingår i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och beskrivs i 13 § första stycket i den föreslagna lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning som omfattas. För den närmare innebörden av sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation hänvisas till kapitel 16 i delbetänkandet. Där förklaras ingående vad som avses med omsorgsmottagare, omsorgsgivare, vilka uppgifter som får ingå i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och vilka insatser som omfattas.

Till skillnad från i den föreslagna bestämmelsen i patientdatalagen, där utredningen använder begreppet ”enskild”, föreslås här att den enskilde beskrivs med begreppen *patienten* eller *omsorgsmottagaren*. Detta för att anknyta till de begrepp som används i de föreslagna bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Det krävs dock inte att personen har en aktuell patientrelation eller en pågående omsorgsinsats för att kunna lämna sitt medgivande till att en annan fysisk person som denne känner personligen får elektronisk tillgång till uppgifterna.

Utlämnande bör få ske genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, se motiveringen ovan i avsnitt 6.4.6. Utlämnandet får bara avse sådana uppgifter om patienten eller omsorgsmottagaren själv som får lämnas ut till honom eller henne och som en annan vård- eller omsorgsgivare får ha tillgång till genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. En vård- eller omsorgsgivare får således enligt den föreslagna bestämmelsen bara ge elektronisk tillgång till uppgifter som denne själv har dokumenterat och gjort tillgängliga för andra vård- och omsorgsgivare och inte till uppgifter hos andra vård- och omsorgsgivare som vård- eller omsorgsgivaren bara har tillgång till genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Det kan dock antas att de allra flesta vård- och omsorgsgivare kommer att anlita ett och samma personuppgiftsbiträde för att hantera den elektroniska tillgången. Därmed bör patienten eller omsorgsmottagaren i praktiken kunna ges en enkel möjlighet att medge elektronisk tillgång till uppgifter hos alla vård- eller omsorgsgivare som anlitat samma personuppgiftsbiträde. På motsvarande sätt som beskrivits i avsnitt 6.4.7 bör den elektroniska tillgången på patientens eller omsorgsmottagarens begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss organisatorisk enhet. Med ”*organisatorisk enhet*” är tanken att det är vård- eller omsorgsgivaren själv som avgör vilka organisatoriska enheter den har och gränserna mellan dem.

Det bör också här finnas en skyldighet att genast anmäla till den vård- eller omsorgsgivare som gett tillgången, om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen eller som utför arbetsuppgifter inom socialtjänsten får anledning att misstänka att patientens eller omsorgsmottagarens medgivande inte ger uttryck för patientens eller omsorgsmottagarens fria vilja. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska även anmäla om den får misstanke om att patienten eller omsorgsmottagaren inte längre är i stånd att lämna ett medgivande eller om misstanken avser att patienten eller omsorgsmottagaren inte känner den som fått tillgång personligen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om säkerhetsåtgärder vid elektronisk tillgång. En upplysning om detta bör tas in i lagen. Se avsnitt 16.13.2 i delbetänkandet och avsnitt 6.4.9 för närmare motivering.

I den föreslagna lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning bör det upplysas om att det i patientdatalagen finns ytterligare bestämmelser om elektronisk tillgång för patienten och andra till uppgifter hos vårdgivare om patienten själv.

6.6 Förhållandet till dataskyddsförordningen

Utredningens bedömning: Det är förenligt med dataskyddsförordningen att införa bestämmelser i svensk rätt som ger vård- och omsorgsgivare möjlighet att, i enlighet med ett frivilligt medgivande, ge någon utanför vården och omsorgen som patienten eller omsorgsmottagaren känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Den rättsliga grunden för att behandla personuppgifterna är, i vart fall, utförandet av en arbetsuppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen. Stödet för att behandla känsliga personuppgifter finns i artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen.

6.6.1 Inledning

En förutsättning för att införa bestämmelser som ger vård- och omsorgsgivare möjlighet att, i enlighet med ett frivilligt medgivande, ge någon utanför vården och omsorgen som patienten eller omsorgsmottagaren känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är att detta är förenligt med dataskyddsförordningen. I kapitel 4 i delbetänkandet har utredningen gjort en genomgång av dataskyddsförordningen, bl.a. om vad som utgör behandling av personuppgifter, vad som är en rättslig grund för att behandla personuppgifter och de särskilda förutsättningar som krävs för att få behandla känsliga personuppgifter. I avsnitt 15.3 i delbetänkandet har utredningen redogjort för sina bedömningar om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning och förhållandet till dataskyddsförordningen. Utredningen hänvisar till kapitel 4 respektive

avsnitt 15.3 i delbetänkandet för en fylligare genomgång av kravet på rättslig grund enligt dataskyddsförordningen.

6.6.2 Vård- och omsorgsgivares behandling av personuppgifterna

Rättslig grund för behandlingen

För att en behandling av personuppgifter ska vara tillåten, behöver den stödja sig på (minst) en av de rättsliga grunder som räknas upp i artikel 6.1 i dataskyddsförordningen (jfr avsnitt 4.6 i delbetänkandet). Av artikel 4 i dataskyddsförordningen framgår att utlämning genom överföring är en form av behandling av personuppgifter. Utlämnandet utgör således i sig en behandling av personuppgifter i dataskyddsförordningens mening, och måste därför ha en rättslig grund i artikel 6.1 i dataskyddsförordningen.

Den rättsliga grunden för att myndigheter ska få behandla personuppgifter är i regel att det är nödvändigt för att utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse (artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen) alternativt fullgöra en rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen).³⁰ Regeringen har uttalat att sådan verksamhet som en statlig eller kommunal myndighet bedriver inom ramen för sin befogenhet är ett allmänt intresse.³¹ Det står vidare klart att hälso- och sjukvård samt socialtjänst, inklusive den behandling av personuppgifter som är nödvändig för att utföra arbetsuppgifterna, är sådana allmänna intressen som avses i artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen.³²

Den behandling av personuppgifter som sker inom hälso- och sjukvården genom insamling och sedermera dokumentation i patientjournal har stöd i ändamålsbestämmelsen i 2 kap. 4 § 1 och 2 samt 3 kap. patientdatalagen om skyldigheten att dokumentera i patientjournal. Detta bygger i sin tur, enligt utredningens och tidigare utredningars bedömning, på (i vart fall³³) den rättsliga grunden rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen). Motsvarande

³⁰ Prop. 2017/18:105 s. 57 och SOU 2021:4 s. 340 f.

³¹ Prop. 2017/18:105 s. 57.

³² Jfr delbetänkandet avsnitt 4.6 samt där redovisade förarbetsuttalanden.

³³ Regeringen har uttalat att flera rättsliga grunder samtidigt kan vara tillämpliga i vissa situationer (prop. 2017/18:105 s. 57). Det får i det enskilda fallet ankomma på den personuppgiftsansvarige att – som alltid – klargöra med stöd av vilken rättslig grund som behandlingen sker.

gäller för den dokumentation som socialtjänsten behöver utföra om enskilda med stöd av ändamålsbestämmelsen i 6 § lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (SoLPUL) och den dokumentationsskyldighet som finns i socialtjänstlagen.³⁴

En fråga som då uppkommer är om utlämnandet av patientuppgifter respektive sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation i enlighet med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande kan ses som ett utflöde av den rättsliga förpliktelsen att föra patientjournal och dokumentera inom socialtjänsten eller om det snarare bör ses som en arbetsuppgift av allmänt intresse.

Av 2 kap. 5 § patientdatalagen följer, att personuppgifter som behandlas för ändamål som anges i 4 § samma lag också får behandlas för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning. Behandling av personuppgifter för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning enligt 2 kap. 5 § patientdatalagen utgör en rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen) om det sker på grund av en uppgiftsskyldighet. *Socialdataskyddsutredningen* bedömde att, i den mån uppgiftslämnandet inte grundar sig på en skyldighet utan på en möjlighet att lämna uppgifter, får uppgiftslämnandet i stället anses utgöra en arbetsuppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen.³⁵

Av 6 § andra stycket SoLPUL framgår att personuppgifter får behandlas för uppgiftsutlämnande som föreskrivs i lag eller förordning. *Socialdataskyddsutredningen* har uttalat att sådant uppgiftsutlämnande sker till följd av en rättslig förpliktelse och därmed har stöd i artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen.³⁶ I den mån uppgiftslämnandet inte grundar sig på en skyldighet utan på en möjlighet att lämna uppgifter, anser utredningen att uppgiftslämnandet även här får anses utgöra en arbetsuppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen.

Som nämnts kommer utredningen endast att föreslå en frivillig möjlighet för vård- och omsorgsgivare att ge en fysisk person tillgång till uppgifterna. Det är således inte fråga om någon uppgiftsskyldighet. Därför är det enligt utredningens bedömning inte fråga om en rättslig förpliktelse. Genom att föreslå bestämmelser i patient-

³⁴ Jfr *Socialdataskyddsutredningens* bedömning SOU 2017:66 s. 326 och 396 f.

³⁵ SOU 2017:66 s. 326 f.

³⁶ SOU 2017:66 s. 397.

datalagen och den i delbetänkandet föreslagna lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning som stöd för att lämna ut uppgifterna, kommer det att finnas stöd – men inte någon skyldighet – i nationell rätt för att lämna ut personuppgifterna (jfr 2 kap. 5 § patientdatalagen respektive 6 § andra stycket SoLPUL). Vård- och omsorgsgivares behandling genom utlämnandet av patientuppgifter och vård- och omsorgsdokumentation får, i detta sammanhang, ses som behandling av personuppgifter som sker för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag.

Att utföra vården och omsorgen är en arbetsuppgift av allmänt intresse. Syftet med att låta patienter och omsorgsmottagare medge någon utanför vården och omsorgen elektronisk tillgång till uppgifter är att öka patienters och omsorgsmottagares delaktighet i just vården och omsorgen. Den behandling av personuppgifter som sker genom utlämnandet i enlighet med patientens eller omsorgsgivarens medgivande är därför, enligt utredningens mening, nödvändig för att utföra en *arbetsuppgift av allmänt intresse* (artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen).

En annan rättslig grund som skulle kunna ligga nära till hands när det som här är fråga om att med stöd av patientens eller omsorgsmottagarens medgivande lämna ut uppgifter, är att den registrerade har lämnat sitt samtycke till behandlingen. Samtycke som rättslig grund kan dock ofta inte användas av myndigheter när de fullgör sina arbetsuppgifter (skäl 43 till dataskyddsförordningen). Myndigheternas utrymme för att grunda behandling på samtycke från den registrerade anses därför vara begränsat, i vart fall i sådana situationer där det är osannolikt att ett samtycke lämnas frivilligt.³⁷ Den rättsliga grunden för att vård- och omsorgsgivare ska få behandla personuppgifter med stöd av den bestämmelse som föreslås bör inte i första hand vara samtycke utan utförandet av en arbetsuppgift av allmänt intresse. Den registrerades medgivande till att ge en annan fysisk person elektronisk tillgång till uppgifterna får i första hand ses som en integritetsstärkande åtgärd. En annan sak är att den registrerades medgivande är en förutsättning för att häva den sekretess som råder för uppgifterna i förhållande till en person utanför hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, och som annars hade hindrat ett utlämnande (se nedan avsnitt 6.7).

³⁷ Prop. 2017/18:105 s. 56.

Att registrera patientens medgivande till att ge en annan fysisk person elektronisk tillgång till patientuppgifter utgör i sig en behandling av personuppgifter. Denna behandling är nödvändig för att den personuppgiftsansvarige ska kunna hantera medgivanden och återkallelser. Även denna behandling av personuppgifter är därför nödvändig för att utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse.

Stöd för att behandla känsliga personuppgifter

De uppgifter som lämnas ut kommer i allmänhet att vara känsliga personuppgifter om hälsa som enligt huvudregeln i artikel 9.1 i dataskyddsförordningen inte får behandlas. Det innebär att något av undantagen i artikel 9.2 i dataskyddsförordningen för att få behandla känsliga personuppgifter behöver vara uppfyllda (se närmare avsnitt 4.8 i delbetänkandet).

Som utredningen redovisat i avsnitt 4.8.3 i delbetänkandet finns det stöd i artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen och 3 kap. 5 § dataskyddslagen för att behandla känsliga personuppgifter inom hälso- och sjukvård och social omsorg. Uppräkningen i artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen lär i praktiken täcka nästan all behandling av känsliga personuppgifter som förekommer inom hälso- och sjukvårdsområdet samt socialtjänsten.³⁸ Utredningen bedömer att den möjlighet som nu föreslås, nämligen att, i enlighet med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten som patienten eller omsorgsmottagaren känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, är en sådan typ av behandling som har stöd i artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen och 3 kap. 5 § dataskyddslagen.

Behandling får ske under förutsättning att kravet på tystnadsplikt som följer av artikel 9.3 i dataskyddsförordningen är uppfyllt. Inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten gäller som regel tystnadsplikt, både i den offentliga och i den privata sektorn. I regel råder stark sekretess för den typ av personuppgifter som förkommer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det innebär att kravet på

³⁸ Sören Öman, *Dataskyddsförordningen (GDPR) m.m. – En kommentar*, kommentaren till artikel 9. JUNO version:1A.

tystnadsplikt som följer av artikel 9.3 i dataskyddsförordningen är uppfyllt.

6.6.3 Ombudets behandling av personuppgifterna

Den fysiska person som får elektronisk tillgång till patientuppgifter eller sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation utför i sin tur en behandling av personuppgifter, exempelvis genom läsning av personuppgifterna. Frågan är hur denna behandling förhåller sig till dataskyddsförordningen.

Utredningen anser att ledning kan hämtas från förarbetena till lagen om nationell läkemedelslista. Där anförde regeringen att möjligheten att genom en fullmakt utse en annan fysisk person som kan få direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan främst torde bli aktuell i privata relationer. Det kan t.ex. handla om en närstående till en äldre person som genom en sådan fullmakt kan vara behjälplig med den äldres läkemedelsanvändning. Den behandling av personuppgifter som den närstående då utför ligger, enligt regeringens bedömning, utanför dataskyddsförordningens tillämpningsområde enligt artikel 2.2 c i förordningen. Detta eftersom det då rör sig om en fysisk person som behandlar personuppgifter som ett led i verksamhet av rent privat natur eller som har samband med hans eller hennes hushåll. Regeringen anförde också att om en patient genom en fullmakt utser en fysisk person att få direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan och omständigheterna är sådana att ombudets behandling av personuppgifter omfattas av dataskyddsförordningen, måste behandlingen givetvis vara förenlig med tillämpliga dataskyddsregler.³⁹

Det ska nämnas att den som endast har tillgång till personuppgifter i en uppgiftssamling genom att t.ex. söka bland och läsa dessa, men varken har någon faktiskt eller rättslig möjlighet att ändra, komplettera eller radera personuppgifterna, inte anses vara personuppgiftsansvarig. Den som bara har sådan begränsad tillgång till personuppgifterna anses inte ha sådan bestämmanderätt över ändamålen och medlen för behandlingen av personuppgifter att han eller hon kan anses som personuppgiftsansvarig.⁴⁰ I patientdatalagen

³⁹ Prop. 2017/18:223 s. 165 f.

⁴⁰ Sören Öman, *Dataskyddsförordningen (GDPR m.m.) – En kommentar*, kommentaren till artikel 4.7, JUNO version:1A

har dock införts en specialbestämmelse som klargör att, när en *vårdgivare* via direktåtkomst bereder sig elektronisk tillgång till personuppgifter om patienter hos en annan vårdgivare för att söka efter och läsa vårddokumentation, blir denne i det fallet personuppgiftsansvarig för denna behandling (se 2 kap. 6 § andra stycket PDL). Detta hänger samman med att en vårdgivare enligt patientdatalagen är personuppgiftsansvarig för all den behandling av personuppgifter som vårdgivaren utför.⁴¹

Utredningen anser att motsvarande resonemang som i förarbetena till lagen om nationell läkemedelslista bör gälla avseende den behandling av personuppgifterna som den fysiska personen som medgetts elektronisk tillgång utför när denne tar del av uppgifterna. Enligt utredningens förslag ska elektronisk tillgång endast få ges till fysiska personer som patienten eller omsorgsmottagaren uppger sig känna personligen. Som tidigare nämnts avses någon form av relation i patientens privata sfär. Det ska alltså typiskt sett inte vara fråga om någon yrkesmässig verksamhet. Som utredningen angett ovan, kan det dock tänkas att en patient har en legal ställföreträdare i form av en god man eller förvaltare som han eller hon personligen känner på det sätt som avses. I regel bör det därför även här i vart fall vara fråga om sådan behandling av personuppgifter som utförs av en fysisk person som ett led i verksamhet av rent privat natur eller som har samband med hans eller hennes hushåll. Därmed är dataskyddsförordningen inte tillämplig på personens behandling av personuppgifterna. Skulle det i ett enskilt fall trots allt vara fråga om en behandling som omfattas av dataskyddsförordningen och som personen är personuppgiftsansvarig för, måste personens behandling givetvis vara förenlig med tillämpliga dataskyddsbestämmelser. Om en vård- eller omsorgsgivare får reda på att uppgifterna obehörigt sprids vidare av personen, kan dennes elektroniska tillgång genast avbrytas.

⁴¹ Prop. 2007/08:126 s. 62.

6.7 Förhållandet till sekretess och tystnadsplikt

Utredningens bedömning: Utlämnandet till en fysisk person utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten bygger på att patienten eller omsorgsmottagaren medger det elektroniska utlämnandet och därmed häver sekretessen i förhållande till personen. Därför är det förenligt med regelverket om sekretess och tystnadsplikt att införa bestämmelser som tillåter ett sådant utlämnande.

När en myndighet lämnar ut allmänna handlingar som innehåller personuppgifter, utgör själva utlämnandet en behandling av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen. Samtidigt är det fråga om ett röjande av uppgifterna i sekretesslagstiftningens mening. Att ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten, som patienten eller omsorgsmottagaren känner personligen, elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, innebär alltså att det sker ett *utlämnande av uppgifter* i offentlighets- och sekretesslagens mening. Sekretessskyddet för enskildas personliga förhållanden i hälso- och sjukvård och socialtjänst syftar till att skydda uppgifter om patienten och omsorgsmottagaren (25 kap. 1 § respektive 26 kap. 1 § OSL). Sekretessen gäller dock i regel inte i förhållande till patienten eller omsorgsmottagaren själv. Man brukar tala om att den enskilde disponerar sin egen sekretess. Den enskilde kan välja att, helt eller delvis, häva sekretessen som gäller till skydd för honom eller henne genom att medge att uppgifter lämnas ut till någon annan (12 kap. 2 § OSL). Genom ett sådant medgivande hävs sekretessen i förhållande till det utlämnande som den enskilde medgett.

Patienter och omsorgsmottagare kan redan i dag förfoga över sina uppgifter och t.ex. välja att låta en närstående ta del av dem. På motsvarande sätt kommer patienter och omsorgsmottagare, om utredningens förslag genomförs, att kunna välja att disponera sekretessen och lämna sitt medgivande till att uppgifterna lämnas ut till en fysisk person så att denne får elektronisk tillgång till dem. Genom ett sådant medgivande bryts den sekretess som annars gäller för uppgifterna i förhållande till den person till vilken medgivandet gäller. På motsvarande sätt blir röjandet genom den elektroniska tillgången inte obehörigt och i strid med den tystnadsplikt som gäller inom den privata hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Det ska framhållas att den elektroniska tillgången inte ska omfatta sådana uppgifter för vilka sekretess i undantagsfall gäller mot patienten eller omsorgsmottagaren. Motsvarande gäller också i dag för de uppgifter som patienten själv kan få tillgång till genom direktåtkomst (5 kap. 5 § PDL).

Ett medgivande till att lämna ut uppgifter kan lämnas i förväg, men det måste vara aktuellt, relevant och specifikt. Ett medgivande till utlämnande av uppgifter anses inte kunna vara så generellt att en enskild helt avstår från sekretess t.ex. hos en viss myndighet eller tjänsteman. Genom de integritetsstärkande åtgärder som föreslås (se avsnitt 6.2.4) anser utredningen att det på ett proportionerligt och väl avvägt sätt skapas förutsättningar för att lämna ett i sekretesshänseende relevant och giltigt medgivande till utlämnandet. Eftersom patienten eller omsorgsmottagaren när som helst och utan några formkrav kan återkalla sitt medgivande, så att den elektroniska tillgången spärras, säkerställs kravet på att det handlar om ett aktuellt samtycke. Genom att patienten eller omsorgsmottagaren själv väljer vem som får medges elektronisk tillgång, samt föreslås kunna begränsa den elektroniska tillgången till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss enhet hos vård- eller omsorgsgivaren, uppnås kravet på att det ska röra sig om ett specifikt medgivande.

Som utredningen nämnt kan det finnas en risk för att den som lämnat ett frivilligt medgivande senare blir oförmögen att själv ta tillbaka medgivandet. För att vårdgivaren ska uppmärksamma om personen blivit varaktigt beslutoförmögen och kunna överväga om den elektroniska tillgången bör avslutas, föreslår utredningen att hälso- och sjukvårdspersonalen och de som utför arbetsuppgifter inom socialtjänsten, ska vara skyldiga att anmäla misstankar om att patienten inte längre kan lämna ett medgivande (se avsnitt 6.4.8). Detta säkerställer enligt utredningen på ett tillräckligt sätt att medgivandet är aktuellt även när det gäller personer som blivit varaktigt beslutoförmögna.

Även barn ska enligt utredningens förslag kunna lämna ett medgivande till elektronisk tillgång. Det föreslås inga specialregler om barns medgivande. Detta får anpassas efter omständigheterna i det enskilda fallet och det aktuella barnets ålder och mognad. När det gäller att bedöma möjligheten för ett barn att lämna sitt medgivande utvecklar utredningen detta närmare i avsnitt 6.4.5.

En ytterligare aspekt när det gäller förhållandet till sekretess och tystnadsplikt är att sekretess gäller för personuppgift, om det kan antas att uppgiften efter ett utlämnande kommer att behandlas i strid med dataskyddsförordningen (21 kap. 7 § OSL). Eftersom bestämmelsen kommer att vara så utformad att tillgång endast får ges en fysisk person som patienten eller omsorgsmottagaren känner personligen, kommer det oftast att handla om sådan s.k. rent privat behandling som inte omfattas av dataskyddsförordningen. Därmed finns det i regel inte skäl att anta att uppgifterna skulle behandlas i strid med dataskyddsförordningen. Om en vård- eller omsorgsgivare får anledning att misstänka att behandlingen skulle stå i strid med dataskyddsförordningen, kan den elektroniska tillgången genast avbrytas.

7 HOSP-registret på internet

7.1 Inledning

Under de senaste åren har antalet förfrågningarna till Socialstyrelsen om uppgifter i HOSP-registret ökat. Förfrågningar kommer från flera olika aktörer, såväl offentliga som enskilda. Med enskilda menas både fysiska personer och privata juridiska personer. Ett grundläggande syfte med att låta vissa uppgifter i HOSP-registret vara tillgängliga på internet för allmänheten skulle vara att bidra till en ökad patientsäkerhet bl.a. genom att det gör det svårare för icke-legitimerade att uppträda som sådana. Om uppgifter i HOSP-registret finns enkelt tillgängliga för allmänheten skulle också Socialstyrelsens arbete med att svara på frågor om innehållet i registret bli mindre omfattande och billigare. Mot detta ska ställas vikten av att skyddet för den personliga integriteten upprätthålls.

Utredningen har i uppdrag att analysera de rättsliga förutsättningarna för att tillgängliggöra vissa uppgifter i HOSP-registret för allmänheten, t.ex. via internet, och bedöma vilka uppgifter som är relevanta att göra tillgängliga på det sättet. Utredningen kan inte se att ett tillgängliggörande för allmänheten i dag kan göras bättre än öppet på internet och berör därför bara detta alternativ.

I detta kapitel redovisas först behovet för allmänheten av att enkelt kunna kontrollera om en person har en viss legitimation och vissa andra positiva effekter av att detta görs möjligt. Därefter redovisas integritetsrisker med att göra så och de integritetsstärkande åtgärder som bör vidtas, varpå en samlad integritetsanalys med en avvägning mellan fördelar och integritetsrisker redovisas. Sedan redogör utredningen för sina överväganden och förslag när det gäller att på internet tillgängliggöra vissa uppgifter i HOSP-registret för allmänheten. Det redovisas särskilt vilka sökbegrepp som bör vara tillåtna och vilka uppgifter i HOSP-registret som bör visas i sök-

resultatet. Avslutningsvis berörs nödvändiga följdändringar i form av ett nytt ändamål för behandlingen av personuppgifterna i registret och en föreskrift om undantag från s.k. folkbokföringssekretess.

7.2 Allmänhetens behov av att kunna söka uppgifterna på internet

Utredningens bedömning: Det finns ett befogat behov av att allmänheten på internet kan kontrollera om en person har en viss legitimation.

Mot bakgrund av syftet med legitimering av hälso- och sjukvårdspersonal framstår det som motiverat att göra information om de registrerades behörighet mer tillgänglig än vad som är fallet i dag. Det bidrar till en förbättrad patientsäkerhet. Därtill kan det ses som en nödvändig anpassning till dagens internationalisering och mer globala arbetsmarknad, framför allt i förhållande till våra grannländer.

Det finns också ett behov av att effektivisera Socialstyrelsens hantering av förfrågningar om uppgifter i HOSP-registret. En mer automatiserad hantering skulle underlätta för Socialstyrelsen, minska kostnaderna och bidra till en ökad patientsäkerhet.

7.2.1 Inledning

Redan de huvudsakliga ändamålen för legitimationssystemet – att bara vissa individer ska få utföra vissa arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården – och HOSP-registret – att ha en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal – gör att snart sagt vem som helst kan komma att behöva kontrollera uppgifter i HOSP-registret för att förvissa sig om att den som ska göra något inom hälso- och sjukvården får göra det. Att det finns ett legitimt och berättigat behov för allmänheten, var och en, att få veta om någon har en viss legitimation står därmed klart för utredningen. I det följande beskrivs behoven för olika kategorier av intressenter närmare.

7.2.2 Svenska användares behov

Enligt uppgift från Socialstyrelsen har andelen förfrågningar om uppgifter ur HOSP-registret ökat de senaste åren. I de flesta fall handlar det om att ta reda på om en viss person är legitimerad eller vilken specialitet yrkesutövaren har. Utan större utredningsinsatser är det svårt att ange hur stor andel av förfrågningarna från enskilda som kommer från fysiska personer respektive juridiska personer.

Även svenska myndigheter kan ha behov av att kontrollera om någon har en viss legitimation utan att de har behov av direktåtkomst till uppgifterna i HOSP-registret. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) är ett uppenbart exempel, men nästan varje svensk myndighet kan åtminstone ibland behöva kontrollera t.ex. vilken behörighet den som skrivit ett intyg har. I dag har endast offentliga vårdgivare, Inspektionen för vård och omsorg och Transportstyrelsen möjlighet till direktåtkomst till uppgifterna i HOSP-registret. I kapitel 8 berör utredningen möjligheterna för andra aktörer att få tillgång till uppgifterna genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande.

För de yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården där det krävs legitimation innebär arbetet ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet. Den legitimerade har godkänts för yrkesverksamhet inom det område som legitimationen avser och står under samhällets tillsyn. Legitimationen kan därmed ses som en garanti för att en person har en viss kunskapsnivå och sådana personliga egenskaper att denne är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende när det gäller yrkesutövningen. Mot denna bakgrund framstår det som motiverat att göra information om de som är registrerade lättare tillgänglig än vad som är fallet i dag. Den som vill anställa eller annars anlita någon som har en viss behörighet behöver kunna kontrollera om personen har en viss legitimation. Det gäller i synnerhet privata vårdgivare och bemanningsföretag som tillhandahåller hälso- och sjukvårdspersonal, men även andra. Enligt Socialstyrelsen kommer en betydande andel av förfrågningarna om uppgifter i registret från just bemanningsföretag.

Också den som har en legitimation kan vilja kontrollera att den är korrekt registrerad.

7.2.3 Utländska användares behov

Utredningen redovisar i avsnitt 5.2.5 kortfattat motsvarande uppgifters tillgänglighet i framför allt Sveriges grannländer. Det kan här uppmärksammas att det svenska systemet vid en jämförelse framstår som restriktivt i förhållande till dessa länders system.

Sverige, Norge, Danmark, Finland och Island har träffat en överenskommelse¹ om en gemensam arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal för de nordiska länderna. Huvudregeln i den nordiska överenskommelsen innebär att den som har legitimation eller auktorisation att utöva ett reglerat yrke i ett nordiskt land ska ha rätt att få behörighet även i annat nordiskt land. Detta medför ett ständigt behov inom hela Norden av att lätt kunna kontrollera svenska legitimationer för hälso- och sjukvårdspersonal.

Den fria rörligheten för arbetstagare är sedan år 1957 en av hörnstenarna i Europeiska unionen (EU). Den innebär en rätt att söka arbete, arbeta och bosätta sig i en medlemsstat på samma villkor som medlemsstatens egna medborgare. Inom EES-området råder dessutom fri rörlighet för hälso- och sjukvårdspersonal. Detta möjliggörs genom det ömsesidiga erkännandet av yrkeskvalifikationer för reglerade yrken i medlemsstaterna, yrkeskvalifikationsdirektivet². Yrkeskvalifikationsdirektivet innebär dock inte att t.ex. en svensk läkare får arbeta som det i en annan medlemsstat endast med stöd av sin svenska legitimation. Det krävs som huvudregel en legitimation som utfärdas av mottagande medlemsstats myndigheter. Varje medlemsstat måste ge en läkare med godkänt utbildnings- eller kompetensbevis från en annan medlemsstat tillstånd att utöva yrket (legitimation), när det begärs och tillräcklig dokumentation lämnats. Behöriga myndigheter för de reglerade yrken som har konsekvenser för patientsäkerhet ska informera motsvarande myndigheter i andra länder om yrkesutövare som begränsats eller förbjudits utöva yrket. Men behovet av att på ett enkelt sätt kunna kontrollera en yrkesutövers svenska behörighet finns hos såväl enskilda fysiska personer som juridiska personer och myndigheter inom hela EES.

¹ Det finns sedan år 1982 en nordisk överenskommelse om gemensam arbetsmarknad, överenskommelsen har reviderats genom SÖ 1994:2 *Överenskommelse om nordisk arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal och veterinärer (Arjeplogavtalet)*, ändrad genom SÖ 2001:5 och senast år 2018 med ändringar som trädde ikraft den 1 februari 2020.

² Med yrkeskvalifikationsdirektivet avses Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer, som ändrats genom Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/55/EU.

Ett annat exempel är det EU-samarbete om förskrivning av läkemedel och expediering av e-recept som innebär att utlänningar kan behöva kontrollera att en svensk förskrivare är behörig att förskriva läkemedel.³ Även vid remittering av patienter till utlandet kan det finnas behov för utlänningar att kontrollera remittentens legitimation. Motsvarande behov kan finnas vid internationellt biståndsarbete, internationella forskningssamarbeten och internationell läkemedelsprövning.

Att det för aktörer utanför Sveriges gränser behöver bli lättare än i dag att kontrollera behörigheten för personer som uppger sig ha svensk legitimation fördes fram redan i remissvaren på det tidigare förslaget om ett publikt HOSP-register (SOU 2012:42).⁴

7.2.4 Patienters behov

Det har blivit vanligare att patienten vill vara delaktig i sin vård, vilket kan vara en anledning till det ökade intresset för uppgifterna i HOSP-registret från fysiska personer. En annan bidragande orsak skulle kunna vara den strukturella förändring som skett inom hälso- och sjukvården där andelen privata vårdgivare ökat, liksom användandet av bemanningsföretag. Bakom den fysiska personen som gör förfrågan kan dölja sig ett företag som behöver uppgifterna.

Som redovisas i kapitel 5 föreslog *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* i sitt delbetänkande SOU 2012:42 att vissa uppgifter i HOSP-registret skulle göras tillgängliga för allmänheten genom direktåtkomst. En majoritet av remissinstanserna såg också ett behov av ett publikt register. Förslaget ledde dock inte till någon sådan förändring. De remissinstanser som inte var för förslaget pekade främst på risken att den som inte finns sökbar i det publika registret riskerar att bli felaktigt misstänkliggjord. Det hängde samman med frågan om den hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar under provotid eller har behörighetsbegränsningar skulle finnas med i det publika registret eller inte. I dessa fall handlade farhågorna alltså i första hand om vilka uppgifter som skulle vara tillgängliga. Den frågan återkommer utredningen till nedan. Det fanns emellertid också synpunkter på huruvida registret skulle göras tillgängligt på

³ Jfr dir. 2020:80 *Vissa frågor om förskrivning och expediering av elektroniska recept inom EES*.

⁴ Se t.ex. Kommerskollegiums remissvar på SOU 2012:42.

internet samt att allmänheten inte skulle vara särskilt hjälpt av sökresultaten. Flera remissinstanser förde dock fram att det vore en fördel med ett svenskt system mer likt övriga nordiska länders och att patienter i Sverige borde ha samma möjligheter att själva ta del av uppgifter om yrkesutövares behörighet inom hälso- och sjukvården.⁵

Som ovan angetts kan legitimationen ses som en garanti för att en person har en viss kunskapsnivå och sådana personliga egenskaper att denne är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende när det gäller yrkesutövningen. Enligt utredningens bedömning är det visserligen rimligt att en aktiv och delaktig patient har möjlighet att snabbt och enkelt själv förvissa sig om att han eller hon kommer att vårdas av en person med rätt legitimation. Det skulle kunna motivera att göra information om de som är registrerade lättare tillgänglig även för patienter. Utöver det kan det finnas ett befogat intresse hos närstående till en patient, särskilt den som har svårt att reda sig själv, av att kontrollera att de som vårdar den anhörige är behöriga.

Med detta sagt ska det dock understrykas att ansvaret för att vårdpersonal har rätt behörighet vilar på vårdgivaren.

Som framgår i avsnitt 7.7 finns det tungt vägande skäl för att bara tillåta person- och samordningsnummer som sökbegrepp, vilket gör att sökfunktionen i praktiken får mindre betydelse för patienter som bara undantagsvis kan antas känna till numret.

7.2.5 Allmänhetens tillgång på internet till uppgifter i andra svenska yrkesregister

Som utredningen redogör för i kapitel 5 är det inte främmande att register med personuppgifter för personer med vissa behörigheter eller yrken görs tillgängliga för allmänheten på internet. I de givna exemplen, som rör fastighetsmäklare och revisorer, handlar det om att vissa av dessa registers uppgifter finns tillgängliga genom en sökfunktion, vilket motsvarar en s.k. fråga-svarfunktion. Genom sökfunktionen kan allmänhetens behov av att kontrollera att någon är behörig som regel tillgodoses. Kontrollen sker enkelt och svaret ges i princip omedelbart.

⁵ Se t.ex. Sveriges Kommuner och Landstings (numera Sveriges Kommuner och Regioner) och Region Skånes remissvar på SOU 2012:42.

Det ska här noteras att uppgifterna i fastighetmäklarregistret och revisorsregistret inte omfattas av folkbokföringssekretess vilket uppgifterna i HOSP-registret gör enligt 6 § offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641). Det ska också sägas att HOSP-registret med sina 480 000 registrerade personer är betydligt större än både fastighetmäklarregistret och revisorsregistret, men typen av personuppgifter i registren är likartad. Det finns dock fler uppgifter i fastighetmäklarregistret och revisorsregistret som möjliggör en säkrare identifiering av den registrerade utan att person- eller samordningsnummer används som sökbegrepp.

7.3 Andra positiva effekter av att uppgifterna kan sökas på internet

Utredningens bedömning: Om det är möjligt att på internet kontrollera om en person har en viss legitimation, minskar troligen behovet av direktåtkomst till HOSP-registret. Det skulle också bli svårare att oriktigt hävda att man har en legitimation.

Utöver detta skulle Socialstyrelsens hantering av förfrågningar om uppgifter i HOSP-registret bli enklare, snabbare och mer kostnadseffektiv. Hanteringen skulle därtill bli säkrare såväl ur ett patientperspektiv som ett integritetsperspektiv.

7.3.1 Inledning

Att flera av de behov som redovisas i avsnitt 7.2 kan tillgodoses är givetvis en positiv effekt av att allmänheten på egen hand enkelt på internet kan kontrollera om någon har en viss legitimation. I detta avsnitt redovisas andra positiva effekter av detta.

7.3.2 Behovet av direktåtkomst minskar förmodligen

Om de mest efterfrågade uppgifterna i HOSP-registret – uppgifter om någon har en viss legitimation – görs allmänt tillgängliga på internet, kommer behovet av direktåtkomst till uppgifterna i registret förmodligen minska. Direktåtkomst innebär att mottagaren har

möjlighet att själv få fram alla berörda uppgifter i registret, t.ex. en lista med alla personer som har en viss legitimation. Mottagaren behöver dock sällan den möjligheten, utan bara möjligheten att själv kunna ta reda på om en viss person har en viss legitimation. Direktåtkomst anses mer integritetskänsligt än andra former av elektroniskt utlämnande (se närmare bl.a. avsnitt 12.3 i delbetänkandet). Genom att ge allmänheten tillgång till utvalda uppgifter på internet kan alltså en mer integritetskänslig åtkomst i många fall undvikas.

Också förfrågningar om många personer på en gång eller upprepade förfrågningar skulle kunna hanteras genom allmänhetens tillgång på internet om den avsåg även tillgång via ett öppet applikationsprogrammeringsgränssnitt, ett s.k. API⁶. Se mer om API i avsnitt 7.6.

7.3.3 Det blir svårare att luras

I och med möjligheten att enkelt och snabbt på internet kunna kontrollera en uppgift om att någon har en legitimation blir det svårare att oriktigt hävda att man har den behörighet som följer med en legitimation. Detta kan i sin tur avskräcka personer från att luras om sin behörighet. Även på så sätt kan patientsäkerheten och tilltron till legitimationssystemet stärkas.

7.3.4 Socialstyrelsens arbete blir bättre, enklare och billigare

Av utredningens redovisning i kapitel 5 framgår att det är stora mängder förfrågningar om uppgifter från HOSP-registret som varje år kommer till Socialstyrelsen. Det framgår också att antalet förfrågningar tycks öka något för varje år. De flesta förfrågningar kommer via mejl. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen anger sökanden som huvudregel ett (eller flera) personnummer eller samordningsnummer i sin förfrågan. I vissa fall anges i stället födelsedatum i kombination med namnuppgifter eller endast namnuppgifter, men med ett sådant förfarande kan myndigheten inte garantera att det är rätt person som svaret avser. Varje sökning sker manuellt genom att en anställd på Socialstyrelsen matar in sökbegrepp, får svar och sedan skickar mejl tillbaka med svaret till sökanden. För förfrågningar via

⁶ Application Programming Interface.

telefonsamtal är proceduren likartad. I varje enskilt fall görs också en sekretessprövning innan uppgifterna lämnas ut.

Utöver förfrågningar om enstaka uppgifter får Socialstyrelsen också beställningar som avser ett större antal sökningar på en gång. Därtill hanterar Socialstyrelsen varje vardag en fil (lista) med bl.a. person- eller samordningsnummer för anställda inom vård och omsorg från Inera AB⁷ som är personuppgiftsbiträde åt bl.a. regionerna och kommunerna. Socialstyrelsen hämtar filen från en server och skickar den för matchning mot HOSP-registret vilket tar ungefär 15–20 minuter. Efter matchningen skapar Socialstyrelsen en ny fil där varje person- eller samordningsnummer har kompletterats med relevant information i HOSP-registret. Den matchade filen överförs sedan tillbaka till servern för hämtning av Inera AB.

De ovan redovisade exemplen visar tydligt att den manuella hanteringen inte är anpassad för att effektivt hantera mängden förfrågningar. Systemets ineffektivitet riskerar bl.a. att fördröja rekryteringsprocesser. Om allmänheten själv får tillgång till de viktigaste uppgifterna på internet, kan många manuella förfrågningar till Socialstyrelsen med stor sannolikhet undvikas. Genom egen enkel tillgång till uppgifterna finns det inget incitament att göra manuella förfrågningar. Allmänheten får vidare svar betydligt fortare än vid en manuell förfrågan.

Den manuella hanteringen, där personnummer i t.ex. ett mejl manuellt förs över till en sökruta och svaret manuellt kopieras, innebär risker för handhavandefel som kan undvikas genom att processen automatiseras. Automatiseringen innebär visserligen andra risker för t.ex. systematiska fel i programmeringen, men dessa bör enklare kunna hanteras med noggrann testning och löpande uppföljning samt en struktur som förhindrar oavsiktlig spridning av uppgifter.

Att utarbeta och underhålla ett webbgränssnitt och ett API samt att sedan följa upp att gränssnitten fungerar som avsett kostar förstås, särskilt i det inledande skedet. Det är dock utredningens bedömning att det särskilt på sikt blir avsevärt billigare med en automatisering än med den manuella hanteringen som kostar mer och mer allteftersom antalet förfrågningar ökar. Redan Socialstyrelsens egna framställningar om att få övergå till automatisering talar tydligt för

⁷ Inera AB ägs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), via bolaget SKR Företag AB, samt alla regioner och nästan samtliga kommuner.

det. En övergång till en ökad digitalisering är också i linje med Sveriges digitaliseringsstrategi.⁸

7.4 Integritetsrisker och integritetsstärkande åtgärder

Utredningens bedömning: Att göra vissa uppgifter i HOSP-registret öppet tillgängliga på internet innebär en ökad spridning av personuppgifter och därmed risk för ett ökat integritetsintrång. Integritetsriskerna motverkas genom en integritetsstärkande utformning av regleringen, där såväl sökbegrepp som antalet personuppgifter i sökresultatet begränsas. Risken är acceptabel med hänsyn till hur viktigt det är med en säker identifiering av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Om vissa uppgifter i HOSP-registret är öppet tillgängliga på internet, blir det en ökad spridning av personuppgifter och därmed risk för ett ökat integritetsintrång. Allmänhetens behov och intresse av att behandla personuppgifter för att kunna kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals behörighet behöver därför vägas mot de integritetsrisker som är förknippade med behandlingen. I huvudsak gäller att ju större informationsmängder som finns samlade så att personuppgifter kan sökas och sammanställas på ett enkelt sätt, desto större risk för kontroll över och kartläggning av individer. För varje användare som har tillgång till uppgifter om en viss person, ökar allmänt sett risken för integritetsintrång, obehörigt röjande och andra former av missbruk av personuppgifterna.

Spridningen av personuppgifter kan begränsas genom att bara en funktion för att *söka* efter om någon, en viss individ, har en legitimation är tillgänglig på internet. Därmed blir enbart uppgifter om den som faktiskt eftersöks tillgängliga. Man undviker därigenom också att lägga ut listor med personer öppet på internet som kan fångas upp av sökmotorer och därefter visas i deras sökresultat. Inte heller blir det i praktiken möjligt att på internet få kompletta uppgifter om vilka som har en viss legitimation. Utredningen föreslår

⁸ Se t.ex. Regeringens digitaliseringsstrategi, *För ett hållbart digitaliserat Sverige – en digitaliseringsstrategi*, dnr: N2017/03643/D. Där anges bl.a. att det övergripande målet är att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter.

därför som en integritetsstärkande åtgärd att en sökfunktion bara avseende individer ska göras tillgänglig på internet.

Risken för att någon efter sökning felaktigt tror att den eftersökta personen har eller inte har en legitimation kan motverkas, till och med nästan helt elimineras, genom att bara entydigt identifierande uppgifter får användas som sökbegrepp. Därmed minskas risken för personförväxling betydligt. Likaså minimeras eller elimineras risken för att den som söker får del av s.k. överskottsinformation (i detta fall uppgifter om andra individer än den sökningen avser). Utredningen föreslår som en integritetsstärkande åtgärd att bara person- och samordningsnummer, dvs. entydigt identifierande uppgifter, får användas som sökbegrepp. En risk med det förslaget är att allmänhetens intresse för att ta reda på hälso- och sjukvårdspersonalens person- och samordningsnummer skulle kunna öka, dvs. att det leder till en ökad användning i samhället av sådana nummer. Den eventuellt ökade användningen är emellertid enligt utredningens bedömning klart motiverad med hänsyn till hur viktigt det är med en säker identifiering av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (jämför 3 kap. 10 § dataskyddslagen).

Enligt utredningens bedömning är en uppgift om att någon med ett visst person- eller samordningsnummer har en gällande legitimation inom hälso- och sjukvård inte i sig särskilt integritetskänslig. Utredningen gör samma bedömning avseende uppgifterna i HOSP-registret om när legitimationen utfärdades, vad den omfattar när det är fråga om bara ett s.k. partiellt tillträde, yrke, och specialitet. Utredningen föreslår som en integritetsstärkande åtgärd i enlighet med principen om uppgiftsminimering att inga andra personuppgifter från registret får visas i sökresultatet. Därmed undviks att integritetskänsligare uppgifter i registret, som uppgifter om folkbokföringsort, återkallad legitimation eller tidsbegränsning av legitimation, begränsningar av förskrivningsrätt och förskrivarkod, blir tillgängliga på internet.

7.5 Avvägning mellan behov och integritetsrisker

Utredningens bedömning: Behoven av och fördelarna med en möjlighet att på internet kunna kontrollera om en person har en viss legitimation överväger integritetsriskerna. Detta förutsätter dock att regleringen om detta får en integritetsstärkande utformning.

För att det ska vara motiverat att göra personuppgifter i HOSP-registret öppet tillgängliga på internet måste behovet av och fördelarna med detta väga tyngre än integritetsriskerna och de registrerades intresse av skydd för den personliga integriteten. Rätten till skydd för den personliga integriteten är inte någon absolut rättighet, utan den måste ses i sitt sammanhang och vägas mot andra grundläggande rättigheter utifrån en proportionalitetsbedömning (skäl 4 till dataskyddsförordningen).

Syftet med att göra personuppgifterna enkelt tillgängliga på internet för kontroll av om någon har en viss legitimation är ytterst att förbättra patientsäkerheten, vilket är ett tungt vägande och allmänt intresse. Utredningen anser att det finns ett klart behov av och klara fördelar med att på internet kunna kontrollera om någon har en viss legitimation (se avsnitt 7.2 och 7.3).

Redan i dag är samtliga uppgifter i HOSP-registret i praktiken tillgängliga för nästan var och en, eftersom en sekretessprövning i regel medför att uppgifterna kan lämnas ut. Att var och en enkelt kan kontrollera att någon har en viss legitimation är väl förenligt med det primära ändamålet för registret, att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. De registrerade har ansökt om legitimation och bör, genom HOSP-förordningen, vara medvetna om att deras legitimation registreras så att den ska kunna kontrolleras. Den som inte längre vill ha en legitimation kan på egen begäran få den återkallad.

Enligt utredningens bedömning är integritetsriskerna med att var och en på internet kan kontrollera om någon har en viss legitimation måttliga eller till och med små. De integritetsrisker som finns kan enligt utredningens mening på ett acceptabelt sätt motverkas, eller elimineras, genom integritetsstärkande utformning av regleringen (se avsnitt 7.4). Utredningen föreslår en sådan utformning. För att på internet få tillgång till uppgifter om en person ska således krävas att mottagaren redan känner till personens person- eller samord-

ningsnummer. De personuppgifter som efter en sökning på ett person- eller samordningsnummer blir tillgängliga på internet ska begränsas till sådana som inte kan anses särskilt integritetskänsliga och som är nödvändiga för att kontrollera om personen har en gällande legitimation och för en säker identifiering.

Det är utredningens sammanfattande slutsats att behoven av och fördelarna med att var och en på internet kan kontrollera om någon har en viss legitimation överväger integritetsriskerna om regleringen får den integritetsstärkande utformning som föreslås.

7.6 En sökfunktion på internet för att kontrollera legitimationer

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ska göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en persons behörighet.

Utredningens bedömning: Socialstyrelsen bör tillhandahålla både en vanlig webbsida med en sökruta och ett öppet applikationsprogrammeringsgränssnitt, ett s.k. API, som gör det möjligt att automatiserat ställa frågor och få svar.

Som beskrivs i kapitel 5 är uppgifterna i HOSP-registret i princip tillgängliga för var och en i dag, men varje förfrågan om uppgifter måste hanteras manuellt av Socialstyrelsen. Med hänsyn till den stora och ökande mängden förfrågningar ter sig den manuella hanteringen ineffektiv och kostsam. I slutändan kan svårigheterna med och tidsåtgången för att kontrollera om någon har en viss legitimation leda till att patientsäkerheten försämras i och med att risken för obehöriga inom hälso- och sjukvården ökar eller att risken ökar för att nödvändig vård eller medicinering försenas. I takt med samhällets digitalisering ökar efterfrågan på snabb tillgång till information. I dag är internet och olika webbsidor den mest naturliga platsen att söka information. Utredningen ser inte att det i dag finns något egentligt alternativ till att tillgängliggörandet görs öppet på internet.

Enligt utredningen bör det vara enkelt för t.ex. en arbetsgivare eller ett bemanningsföretag att kontrollera att den som man över-

väger att anlita har rätt legitimation. En sökning behöver därför så enkelt som möjligt kunna ge svar på om en viss person har legitimation.

Enligt nuvarande reglering måste den som vill kontrollera behörigheten hos hälso- och sjukvårdspersonal kontakta Socialstyrelsen för att få uppgifterna manuellt utlämnade. Som framgår av redogörelsen i avsnitt 5.2.2 har myndigheten som mål att svara inom 72 timmar, men med ökade volymer av förfrågningar kan detta mål enligt uppgift från myndigheten inte alltid uppnås. Det är otillfredsställande att svarstiden är så pass lång som den är. Redan en väntan i 72 timmar, vilket motsvarar tre dygn, ter sig i dagens informationssamhälle som en lång väntan på en viktig uppgift. Att väntan dessutom kan bli betydligt längre än så gör hanteringen oförutsägbar.

Flera av de behov som redovisas i avsnitt 7.2 kan tillgodoses genom en enkel möjlighet att på internet kontrollera om någon har en viss behörighet. Dessa behov är enligt utredningens mening de i dagsläget mest angelägna att tillgodose. Det kan därutöver finnas behov av att på ett enkelt och snabbt sätt få tillgång till listor med uppgifter om personer som har en viss legitimation, dvs. att söka uppgifter om vilka individer som har en viss registrerad egenskap i stället för att kontrollera en viss individs legitimation. Det kan exempelvis handla om företag och myndigheter som vill ha listor med personer som man kan kontakta för att kunna anställa eller annars anlita. Att införa en möjlighet att på internet få tillgång till sådana listor skulle emellertid öka risken för integritetsintrång, t.ex. genom att personerna blir kontaktade på ett oönskat vis, utan att det har motsvarande nytta för patientsäkerheten. Därför bör tillgängligheten, som en integritetsstärkande åtgärd, begränsas till det mest angelägna behovet, att genom sökning efter en viss person kunna kontrollera om denne har en viss gällande legitimation.

För att bl.a. förenkla hanteringen av förfrågningar från allmänheten föreslog *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* i delbetänkandet *Bättre behörighetskontroll – Ändringar i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal* (SOU 2012:42) bl.a. att allmänheten skulle få del av uppgifter ur HOSP-registret genom *direktåtkomst*. Ett av de främsta skälen ansågs vara att det vid direktåtkomst är möjligt för mottagaren att ta del av uppgifterna utan att den utlämnande aktören, i detta fall Socialstyrelsen, behöver vidta någon manuell åtgärd. Direktåtkomst skulle därmed (till skillnad från annat elektroniskt utlämnande) ge förutsättningar för att

arrangera utlämnanden enkelt, snabbt och utan kontinuerlig manuell administration.⁹ Den digitala utvecklingen går dock snabbt framåt och i dag bör utlämnande av uppgifter som utgångspunkt inte ske genom direktåtkomst. Av *Informationshanteringsutredningens* slutbetänkande *Myndighetsdatalag*¹⁰ framgår bl.a. att det är ett starkt rätts-säkerhetskrav att gränserna mellan myndigheterna i rättslig mening kan upprätthållas. Vid direktåtkomst tas gränsen mellan de uppgifts-utbytande myndigheterna delvis bort. När myndigheter ska införa tjänster för att lämna ut uppgifter automatiserat bör nya e-tjänster enligt *Samverkansprogrammet för digital utveckling, eSam*¹¹, inte utformas för direktåtkomst.¹²

Behovet av att på internet kunna kontrollera om någon har en viss legitimation kan tillgodoses genom det som kallas *annat elektroniskt utlämnande* (än direktåtkomst). Det räcker med en s.k. fråga-svar-funktion. En sådan funktion innebär att Socialstyrelsen automatiskt reagerar på en begäran om att få ut uppgifter genom att automatiserat kontrollera vilka uppgifter som begärs ut och i varje enskilt fall automatiserat pröva om begäran är förenlig med de rättsregler som gäller för att få uppgifterna utlämnade. En sådan prövning sker genom tekniska kontroller av att alla i funktionen inbyggda regler är uppfyllda i det enskilda fallet och att som svar bara lämnas de uppgifter som efterfrågats och som enligt fastställda regler får lämnas ut på det sättet. Socialstyrelsen som utlämnande myndighet måste således på förhand ha identifierat och avgränsat de uppgifter som kan komma i fråga att lämnas ut via internet. Myndigheten utför sedan en automatiserad granskning av varje inkommen sökfråga (begäran om utlämnande av vissa uppgifter), kontrollerar i varje enskilt fall om de begärda uppgifterna får lämnas ut och expedierar begärda uppgifter bara i den utsträckning som de får lämnas ut på det sättet. Avgörandet av om uppgifterna ska lämnas ut ligger alltså hos den utlämnande myndigheten, Socialstyrelsen, eftersom det är den som förfogar över det automatiserade system som prövar om begärt utlämnande ska ske.

Utredningen föreslår alltså att Socialstyrelsen ska göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en

⁹ Se kort resonemang i SOU 2012:42, s. 52.

¹⁰ SOU 2015:39, s. 150.

¹¹ eSamverkansprogrammet, eSam, är offentlig samverkan för ökad digitalisering och ett medlemsdrivet program för samverkan mellan 29 myndigheter och Sveriges Kommuner och Regioner.

¹² Se eSam, *Juridisk vägledning för verksamhetsutveckling inom e-förvaltning 3.0*, s 20.

viss persons behörighet.¹³ Förslaget innebär att uppgifterna i HOSP-registret blir tillgängliga på liknande sätt som i de övriga nordiska länderna. Avsikten är att Socialstyrelsen ska utveckla och tillhandahålla *både* ett webbgränssnitt (en webbplats, bestående av html-kod, med en sökruta och utrymme för sökresultatet) och ett API, (t.ex. ett s.k. REST¹⁴ API, med tillhörande förklaringar) öppet på internet. API:et gör det möjligt att automatiserat mer eller mindre samtidigt ställa flera sökfrågor. API:et bör ge användare såsom myndigheter och företag möjlighet att integrera en funktion i sina it-system för att kunna kontrollera om en person har en viss behörighet. Eftersom de uppgifter som enligt utredningens förslag ska vara tillgängliga genom API:et inte kommer att vara mer omfattande än de uppgifter som föreslås vara tillgängliga genom den öppna sökfunktionen på internet, bör utgångspunkten vara att även API:et ska vara öppet tillgängligt för alla. Ibland kan det finnas anledning att i syfte att öka säkerheten först kräva en ansökan om anslutning till API:er som den som tillhandahåller API:et kan godkänna. Vid ett godkännande upprättas en överenskommelse med användaren som kan reglera t.ex. kommunikationssätt och hur länge överenskommelsen är giltig. Därefter tilldelas användaren olika s.k. API-nycklar. För den sökfunktion som utredningen föreslår bedömer utredningen alltså att det inte finns anledning till ett sådant ansökningsförfarande. Det slutliga avgörandet av om ett för alla öppet ansökningsförfarande ska tillämpas ligger dock hos Socialstyrelsen.

De uppgifter som lämnas som sökresultat ska härröra från HOSP-registret, men de behöver inte hämtas direkt från det registret, vilket kan vara olämpligt från säkerhetssynpunkt, utan kan hämtas från t.ex. en speglad kopia av registret. Det får förutsättas att Socialstyrelsen på internet informerar om när uppgifterna senast uppdaterades, om de inte återspeglar det aktuella innehållet i HOSP-registret. Det bör betonas att uppgifter inte får vara tillgängliga på internet annat än via sökfunktionen, dvs. uppgifter får inte i avvaktan på sökfrågor lagras på en plats som är öppet tillgänglig på internet.

Skyldigheten att tillhandahålla sökfunktionen hindrar inte att Socialstyrelsen av säkerhetsskäl eller tekniska skäl inför begränsningar. Det kan exempelvis handla om att begränsa antalet sökfrågor

¹³ Det ska dock noteras att det är legitimation och speciallistbehörighet som kommer att kunna kontrolleras genom sökfunktionen och inte eventuell förskrivningsbehörighet.

¹⁴ Representational State Transfer.

inom ett visst tidsintervall, att spärra en ip-adress som använt sökfunktionen på ett inte avsett sätt eller andra åtgärder som Socialstyrelsen av säkerhetsskäl eller tekniska skäl ser behov av.

7.7 Bara personnummer och samordningsnummer får användas som sökbegrepp

Utredningens förslag: Som sökbegrepp får bara personnummer och samordningsnummer användas.

Utredningens bedömning: Bara sökbegrepp som gör att sökresultatet otvetydigt ger svar på om någon har en legitimation eller inte bör tillåtas. Annars är riskerna för försämrad patientsäkerhet och förtroendeskador för stora och allvarliga.

Syftet med att införa en sökfunktion är att var och en enkelt ska kunna kontrollera på internet om någon har en viss behörighet. På så vis förbättras patientsäkerheten bl.a. genom att risken för obehöriga inom hälso- och sjukvården minskar. Ett grundläggande krav på en sådan sökfunktion är att den ger ett otvetydigt svar på om den eftersökta personen har en legitimation eller inte. En sökfunktion som innebär en risk för att den som söker drar en felaktig slutsats av svaret är inte ändamålsenlig. En sådan sökfunktion kan tvärtom leda till en försämrad patientsäkerhet (vid s.k. falskt positiva svar, dvs. att den som söker felaktigt tror att personen har en legitimation) eller andra negativa konsekvenser som till varje pris bör undvikas (vid s.k. falskt negativa svar), såsom obefogad misstro mot legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller minskat förtroende för Socialstyrelsen som tillhandahåller sökfunktionen.

Det enda sättet att i praktiken undvika tvetydiga svar är att begränsa vad man kan söka efter, dvs. reglera vilka sökbegrepp som är tillåtna. Är sökbegreppet otvetydigt, kommer också sökresultatet att vara det. Eftersom det handlar om att söka uppgifter om en viss individ för att kontrollera dennes behörighet, bör de tillåtna sökbegreppen begränsas till uppgifter som entydigt identifierar individen. I Sverige i dag är det, förutom biometriska uppgifter som ännu inte

finns i HOSP-registret, bara person- och samordningsnummer¹⁵ som uppfyller den funktionen, dvs. entydigt identifierar en individ. Man kan säga att även s.k. HOSP-id och förskrivarkod är unika identitetsuppgifter som finns i HOSP-registret. HOSP-id är en administrativ beteckning som tilldelas när en person registreras första gången i HOSP-registret. HOSP-id består av ett löpnummer om sex siffror. Det är dock inte en kod som är känd för allmänheten och den lämpar sig därför inte som sökbegrepp i detta fall. Förskrivarkoden är också en personlig kod som den som ska skriva ett recept på vissa läkemedel behöver. Av skäl som redovisas i avsnitt 7.8.4 nedan följer att denna kod inte heller är lämplig som sökbegrepp.

Att tillåta sökning på efternamn och bara visa ett fullständigt sökresultat med personuppgifter om det endast finns en individ med det efternamnet registrerad i HOSP-registret ger inte ett otvetydigt svar. Det kan finnas flera andra i Sverige som har samma efternamn (och som inte har legitimation). Att låta Socialstyrelsen automatiskt kontrollera mot folkbokföringen om ett namn är unikt i Sverige förefaller inte vara en lämplig väg att gå. För det första leder det till en behandling av personuppgifter som Socialstyrelsen egentligen inte behöver utföra för att fullgöra sina arbetsuppgifter. För det andra kan den som söker i det fallet själv kontrollera med folkbokföringen och på så sätt få fram ett unikt person- eller samordningsnummer som kan användas som sökbegrepp.

Att tillåta sökning på andra uppgifter i HOSP-registret än person- och samordningsnummer leder, förutom till svar som inte är otvetydiga, till risk för att den som söker får del av s.k. över-skottsinformation, i detta fall uppgifter om andra individer än den sökningen avser. Tillåts sökning på t.ex. efternamn och typ av legitimation, skulle det bli möjligt att få fram listor med uppgifter om flera personer, t.ex. alla med efternamnet Andersson och läkarlegitimation, utan att den som söker kan dra en otvetydig slutsats om den Andersson som sökningen avser har en läkarlegitimation eller inte. Även om en sökning på namn och flera andra uppgifter i HOSP-registret skulle leda fram till en enda individ, är svaret som nämnts inte otvetydigt eftersom det kan finnas andra med samma namn som inte har legitimation. Utredningen föreslår därför att bara person-

¹⁵ Med samordningsnummer avses en unik identitetsbeteckning på en person som inte är eller har varit folkbokförd i Sverige. En sådan person får efter begäran från en myndighet eller ett annat organ som regeringen bestämmer tilldelas ett samordningsnummer (18 a § folkbokföringslagen [1991:481]).

och samordningsnummer får användas som sökbegrepp. Det är vikten av en säker identifiering som gör det klart motiverat att behandla personuppgifterna person- och samordningsnummer (jämför 3 kap. 10 § dataskyddslagen).

Utredningen är medveten om att detta förslag, som också utgör en integritetsstärkande åtgärd, innebär att sökfunktionen blir mindre nyttig för den breda allmänheten. Det gäller särskilt som det i den personaladministrativa verksamheten inom den offentliga hälso- och sjukvården normalt råder sekretess för uppgifter om personnummer och födelsedatum (39 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen [2009:400], OSL, och 10 § offentlighets- och sekretessförordningen). Riskerna för försämrad patientsäkerhet och förtroendeskador är emellertid enligt utredningens bedömning så stora och allvarliga att en sökfunktion för var och en på internet som inte ger otvetydiga svar inte kan accepteras.

En person i registret som inte har något person- eller samordningsnummer blir med förslaget inte sökbar. Socialstyrelsen kan dock alltid i samband med registreringen i HOSP-registret begära ett samordningsnummer hos Skatteverket för den som inte redan har det eller ett personnummer. Socialstyrelsen bör enligt utredningens mening lämpligen göra det för att säkerställa en säker och entydig identifiering av alla som har en legitimation.

Att sökfunktionen genom förslaget blir mindre nyttig för den breda allmänheten innebär emellertid inte att den blir onyttig. Tvärtom gör den allmänt tillgängliga sökfunktionen på internet att en mer integritetskänslig direktåtkomst kan undvikas (se avsnitt 7.3.2). Bland annat privata arbetsgivare, lärosäten, utländska användare och andra som regelmässigt kan få tillgång till nödvändiga person- och samordningsnummer kommer också att ha nytta av sökfunktionen. Det är fråga om ofta återkommande användare hos Socialstyrelsen. Belastningen på Socialstyrelsen förväntas bli betydligt mindre om dessa användare på egen hand kan kontrollera om personer har legitimation.

7.8 Vilka uppgifter bör visas i sökresultatet?

Utredningens förslag: Som resultat av sökningen får bara visas det angivna person- eller samordningsnumret och anknytande uppgifter i HOSP-registret om namn, typ av legitimation och när den utfärdades samt omfattningen av legitimationen vid partiellt tillträde, yrke och specialitet. Sökresultatet får inte innehålla personuppgifter om annan än den som har en gällande legitimation.

Utredningens bedömning: Uppgifter om bl.a. folkbokföringsort, förskrivarkod, löpande provotid eller begränsningar av förskrivningsrätt bör inte vara tillgängliga för allmänheten på internet. Inte heller uppgifter om återkallade legitimationer bör vara tillgängliga på det sättet. Socialstyrelsen bör tydligt upplysa om att sådana uppgifter inte visas i sökresultatet.

7.8.1 Inledning

Utredningen redovisar utförligt i avsnitt 5.2.3 vilka uppgifter som får finnas i HOSP-registret. I huvudsak rör det sig om uppgifter som namn, personnummer eller andra liknande identitetsbeteckningar, folkbokföringsort, yrke, läroanstalt, utbildningsland och datum för utfärdande av examen, specialitet, datum för utfärdande av legitimation respektive bevis om specialistkompetens, behörighet och behörighetsinskränkningar, beslut om provotid och återkallelse av legitimation samt förskrivarkod och omfattning av förskrivningsrätt.

Allmänheten behöver inte alla de registrerade uppgifterna för att kunna kontrollera om en person har en viss legitimation. Av integritetsskyddsskäl bör allmänhetens tillgång på internet därför begränsas till de uppgifter i registret som behövs för att kunna kontrollera om en person har en legitimation eller en viss specialistkompetens.

Detta avsnitt berör vad som får visas som sökresultat efter att ett person- eller samordningsnummer angetts som sökbegrepp. Om det inte finns någon notering i registret om att det angivna numret är förknippat med en gällande legitimation, bör den som söker givetvis upplysas om detta utan att några andra personuppgifter än det angivna numret visas i sökresultatet. I det följande berörs vilka personuppgifter

som bör visas i sökresultatet om det angivna person- eller samordningsnumret är förknippat med en gällande legitimation. I övrigt får förstås upplysningar som inte är personuppgifter visas med anledning av sökning, t.ex. om hur man kan få tag i mera information och när uppgifterna senast uppdaterades.

7.8.2 Identifieringsuppgifter

HOSP-registret får innehålla flera uppgifter som syftar till att identifiera den som har behörighet. Förutom namnet på den registrerade finns uppgifter om personnummer, samordningsnummer eller annan liknande identitetsbeteckning¹⁶ och kön. I praktiken används inte några andra identitetsbeteckningar än personnummer och samordningsnummer.

Eftersom sökningen skett med ett person- eller samordningsnummer, bör det numret få visas för att otvetydigt slå fast identiteten på den som övriga uppgifter avser. Det är klart motiverat med hänsyn till vikten av en säker identifiering av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (jämför 3 kap. 10 § dataskyddslagen). Dessutom bör namnet få visas i sökresultatet för att undvika förväxling av personer. En persons namn är inte en uppgift som på något sätt är känslig.

För att kunna kontrollera om en person har en viss legitimation behövs inte uppgift om personens kön. Den uppgiften bör därför inte visas i sökresultatet. En annan sak är att det redan av person- eller samordningsnumret indirekt framgår personens kön.

När det gäller personer i HOSP-registret som av något skäl har skyddade personuppgifter finns det anledning att överväga om en särskild ordning behövs. Med skyddade personuppgifter avses här fingerade personuppgifter, skyddad folkbokföring och sekretessmarkering. Utredningen kan inte se några beaktansvärda risker med att låta de uppgifter om personens legitimation som är aktuella här vara tillgängliga för var och en.

¹⁶ Med detta avses möjligheten att t.ex. föra in passuppgifter (passnummer, födelsedatum och giltighetstid för pass) för den som ska registreras utan person- eller samordningsnummer. Utredningen har förstått att denna möjlighet är problematisk och därför inte används i någon större utsträckning. Utredningen vill här lyfta fram att Socialstyrelsens har möjlighet att begära samordningsnummer för en person utan personnummer som registreras i HOSP-registret.

7.8.3 Folkbokföringsort

Uppgift om folkbokföringsort kan ge viss information om vilket landområde en person arbetar och bor inom. Folkbokföringsorten får ses som en uppgift av mer privat karaktär. Dessutom är folkbokföringsorten en av få uppgifter i registret som skulle kunna omfattas av sekretess i ett enskilt fall, t.ex. om en registrerad är förföljd eller utsatt för hot. Det har inte heller framkommit att uppgift om folkbokföringsort är en uppgift som särskilt efterfrågas av enskilda. För att kunna kontrollera om en person med ett visst personnummer eller samordningsnummer har en viss legitimation behövs inte uppgift om dennes folkbokföringsort. Den uppgiften bör därför inte visas i sökresultatet. *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* kom till samma slutsats.¹⁷

7.8.4 Yrke, specialitet och behörighetsuppgifter

Den registrerades *yrke* är en grundläggande uppgift som får anses nödvändig för att kunna kontrollera om en person har en legitimation. Detsamma gäller för uppgift om *specialitet*. Uppgifter om yrke och specialitet bör därför få visas i sökresultatet. *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* kom till samma slutsats.¹⁸

Typen av legitimation, inklusive uppgift om specialistkompetens, måste naturligtvis få visas i sökresultatet. Det är dock bara uppgifter om gällande legitimationer som får visas i sökresultatet, t.ex. i det fallet att personen har en gällande och en återkallad legitimation.

HOSP-registret innehåller flera olika uppgifter om hur, var och när den registrerade har fått sin legitimation och vad den gäller. Uppgifter om *grundyrke*, *läroanstalt*, *utbildningsland* och *datum för utfärdande av examen* behövs inte för att kunna kontrollera om en person har en viss legitimation. De uppgifterna bör därför inte visas i sökresultatet.

Uppgift om *datum för utfärdande av legitimation respektive bevis om specialistkompetens* behövs visserligen inte för att kunna kontrollera om en person vid söktillfället har en viss legitimation. Däremot är uppgiften nödvändig för att t.ex. kunna kontrollera att intygsgivare hade behörighet när intyget skrevs. Dessa datumuppgifter kan

¹⁷ SOU 2012:42, s. 57 och 59.

¹⁸ SOU 2012:42, s. 59.

inte anses vara av särskilt känslig karaktär. Enligt utredningens mening talar därför övervägande skäl för att datumuppgifterna ska få visas i sökresultatet. *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* kom till samma slutsats.¹⁹

Uppgift om *datum när ett tidsbegränsat behörighetsbevis upphör att gälla* behövs inte för att kunna kontrollera om en person vid söktillfället har en viss legitimation. Det är bara den som fått sina yrkeskvalifikationer utomlands, dvs. oftast utlänningar, som kan få ett tidsbegränsat behörighetsbevis. Datumuppgiften avslöjar alltså att personen inte har fått sina yrkeskvalifikationer i Sverige och kan därför i viss mån anses vara av känslig karaktär. Även om datumuppgiften i vissa fall kan vara av intresse anser utredningen att den uppgiften inte bör få visas i sökresultatet. Socialstyrelsen bör lämpligen upplysa om att ett behörighetsbevis kan vara tidsbegränsat och att detta inte framgår av sökresultatet.

Uppgift om *beslut om partiellt tillträde*, dvs. att personen får utöva bara en del av de arbetsuppgifter som ett legitimationsyrke omfattar, behövs för att kunna kontrollera om en person har en viss behörighet. Även om uppgiften avslöjar att personen har fått sina yrkeskvalifikationer utomlands, anser utredningen därför att uppgiften, dvs. omfattningen av legitimationen, bör få visas i sökresultatet.

Uppgift om *beslut om återkallelse av legitimation* behövs inte för att kunna kontrollera om en person vid söktillfället har en legitimation. Även om en återkallelse kan ske på egen begäran, får en sådan uppgift anses integritetskänslig. Uppgiften bör därför, trots att den kan vara av intresse för att kunna konstatera att det fanns behörighet för en redan vidtagen åtgärd, inte under några förhållanden få visas i sökresultatet. För den som haft två legitimationer och fått den ena återkallad får alltså endast uppgifter om den gällande legitimationen visas i sökresultatet. Socialstyrelsen bör lämpligen ha en generell upplysning i anslutning till sökresultatet om att uppgifter om eventuella återkallade legitimationer inte visas.

Uppgift om *omfattning av förskrivningsrätt* får anses vara av särskilt känslig karaktär, eftersom den kan avslöja om personen har missbrukat sin förskrivningsrätt.

Utredningen om rätt information i vård och omsorg föreslog att yrkesutövare med begränsningar i förskrivningsrätten eller prövotid

¹⁹ SOU 2012:42, s. 59.

inte skulle finnas med i det publika registret.²⁰ Några remissinstanser ifrågasatte om inte även uppgifter om begränsningar i förskrivningsrätten borde göras tillgängliga för allmänheten.²¹ Ett argument var att det ansågs kunna skapa förvirring om inte all behörig personal var sökbar, även om de hade prövotid eller begränsad förskrivningsrätt. Statskontoret ansåg att patientsäkerhetsskäl borde väga tyngre än yrkesutövarens personliga integritet. Socialstyrelsen ansåg att om dessa uppgifter inte skulle finnas med borde det ändå framgå att personen finns i registret, men att Socialstyrelsen ska kontaktas för mer information. Datainspektionen var i sitt remissvar positiv till att de uppgifter allmänheten skulle kunna ta del av i det publika registret endast omfattade de yrkesutövare som har en giltig legitimation, ingen begränsad förskrivningsrätt eller prövotid.

Utredningens utgångspunkt är att alla som har en giltig legitimation bör kunna visas i sökresultatet. Uppgiften om omfattning av förskrivningsrätt behövs visserligen för att kunna kontrollera om en person har en viss förskrivningsrätt, men utredningen anser att den uppgiften är av så känslig karaktär att den likväl inte bör få visas i sökresultatet. Sökfunktionen kommer således inte att kunna användas för att kontrollera förskrivningsrätten. Det är dock främst de som expedierar läkemedel som har behov av att kontrollera förskrivningsrätten och de får redan uppgifterna via E-hälsomyndigheten. Socialstyrelsen bör lämpligen upplysa om att uppgifter om förskrivningsrätt inte visas i sökresultatet.

Utredningen gör motsvarande bedömning avseende *uppgift om förskrivarkod*, dvs. den personliga kod som den som ska skriva ett recept på vissa läkemedel behöver. Uppgiften får anses vara av särskilt känslig karaktär, eftersom den som har ett yrke som normalt är förknippat med förskrivningsrätt men saknar förskrivarkod normalt har fått förskrivningsrätten indragen, vilket kan ske vid missbruk av förskrivningsrätten. Härtill kommer att förskrivarkoden, tillsammans med den behöriges personnummer, skulle kunna missbrukas i försök att få läkemedel expedierade. Det är främst de som expedierar läkemedel som behöver uppgiften om förskrivarkod. De får i dag uppgifterna via E-hälsomyndigheten. Utredningen anser sammanfattningsvis

²⁰ SOU 2012:42, s. 57 f.

²¹ Se t.ex. remissvar från Sveriges Kommuner och Landsting (numera SKR), Statskontoret, Region Halland, Region Gotland, Östergötlands läns landsting och Praktikertjänst AB.

att uppgift om förskrivarkod inte bör få visas i sökresultatet. *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* kom till samma slutsats.²²

7.8.5 Prövotid

Bestämmelser om prövotid finns i 8 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). En prövotid på tre år ska beslutas för den som har legitimation att utöva yrke inom hälso- och sjukvården, om den legitimerade har varit oskicklig vid utövningen av sitt yrke och oskickligheten kan befaras få betydelse för patientsäkerheten. Prövotid ska också beslutas om den legitimerade i eller i samband med yrkesutövningen har gjort sig skyldig till brott som är ägnat att påverka förtroendet för honom eller henne, uppsåtligen eller av oaktsamhet har brutit mot någon föreskrift som är av väsentlig betydelse för patientsäkerheten, eller på grund av andra omständigheter kan befaras vara olämplig att utöva yrket. Prövotid ska även beslutas om det kan befaras att en legitimerad yrkesutövare på grund av sjukdom eller någon liknande omständighet inte kommer att kunna utöva sitt yrke tillfredsställande (8 kap. 1 §). Tanken är att den legitimerade ska använda prövotiden till att förbättra sina förutsättningar att arbeta på ett säkert sätt. En uppgift om beslut om prövotid är således av särskilt känslig karaktär.

Ett beslut om prövotid innebär emellertid ingen inskränkning av behörigheten att utföra de arbetsuppgifter som omfattas av legitimationen. Uppgift om beslut om prövotid behövs följaktligen inte för att kunna kontrollera om en person har en viss legitimation och därmed behörighet. Utredningen anser därför att det inte kan komma i fråga att låta ens beslut om löpande prövotid visas i sökresultatet. Socialstyrelsen bör lämpligen upplysa om att eventuella beslut om prövotid inte visas i sökresultatet. Den som har en gällande legitimation kommer alltså att visas i sökresultatet, utan någon uppgift om huruvida en prövotid löper. Den som behöver uppgifter om beslut om prövotid får i stället kontakta Socialstyrelsen på annat sätt.

²² SOU 2012:42, s. 57.

7.9 Ett nytt ändamål för HOSP-registret

Utredningens förslag: Personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas för att ge allmänheten upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet.

Utredningens bedömning: För att Socialstyrelsen ska kunna göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en persons legitimation behöver ett nytt ändamål införas för registret.

De ändamål för vilka personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas anges uttömmande i 4 och 5 §§ HOSP-förordningen. Utredningen redogör i avsnitt 5.2.3 utförligt för de ändamål för vilka uppgifterna får behandlas. Något ändamål som innebär att personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas för att allmänheten ska kunna kontrollera persons legitimation finns inte.

För att Socialstyrelsen i enlighet med utredningens förslag ska kunna göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en viss persons legitimation behöver följaktligen ett nytt ändamål införas för registret. Det bör därför uttryckligen anges att personuppgifterna i HOSP-registret också får behandlas för att ge allmänheten upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet.

7.10 Förhållandet till dataskyddslagstiftningen

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ska lämna den som är registrerad information om vad som gäller även i fråga om annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

Utredningens bedömning: Det är förenligt med dataskyddsförordningen att införa bestämmelser i svensk rätt om behandling av personuppgifter i enlighet med utredningens förslag om HOSP-registret på internet.

7.10.1 Den rättsliga grunden

Dataskyddsregleringen utgår från att varje behandling av personuppgifter måste vila på minst en rättslig grund. I artikel 6.1 i dataskyddsförordningen finns en uttömmande uppräkningslista av dessa rättsliga grunder. Behandlingen är rättsligt grundad om den t.ex. är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige eller för att utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 c och e i dataskyddsförordningen). Av skäl 45 till dataskyddsförordningen framgår att hälso- och sjukvårdsändamål, såsom folkhälsa och socialt skydd och förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster inbegrips i allmänintresset. I delbetänkandet, avsnitt 4.6, redogör utredningen mer utförligt för vad som kan utgöra rättslig grund enligt dataskyddsförordningen.

Socialstyrelsen är enligt HOSP-förordningen skyldig att föra ett register över hälso- och sjukvårdspersonal (1 §). Enligt utredningens förslag ska en ny bestämmelse om att Socialstyrelsen är skyldig att göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en viss persons legitimation införas i HOSP-förordningen. Behandlingen av personuppgifterna i HOSP-registret, inklusive utlämnandet av uppgifter via internet, blir därmed nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar Socialstyrelsen, som är personuppgiftsansvarig (3 a §). Den rättsliga förpliktelsen är enligt förslaget fastslagen i HOSP-förordningen. Syftet med tillhandahållandet av uppgifter på internet – att allmänheten ska kunna kontrollera en viss persons legitimation – kommer framgå uttryckligen av HOSP-förordningen (jämför artikel 6.3 i dataskyddsförordningen). De begränsningar i möjligheten att tillhandahålla personuppgifter på internet som föreslås är sådana specifika krav som avses i artikel 6.2 i dataskyddsförordningen.

I avsnitt 7.10.2 görs bedömningen att behandling av de redan införda personuppgifterna i HOSP-registret för att ge allmänheten upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet är förenlig med de ändamål för vilka personuppgifterna ursprungligen samlades in. Enligt skäl 50 till dataskyddsförordningen behövs då inte någon ny rättslig grund för den tillkommande behandlingen.

Såväl tillhandahållandet av uppgifter på internet som de begränsningar i fråga om detta som föreslås är enligt utredningens mening förenliga med artikel 6 i dataskyddsförordningen.

7.10.2 Ett nytt ändamål

Enligt artikel 5 i dataskyddsförordningen får personuppgifter bara behandlas utifrån vissa grundläggande principer. Dessa principer gäller som ett ramverk vid all behandling av personuppgifter. En närmare redogörelse för dem finns i avsnitt 4.5 i delbetänkandet.

Enligt principen om *ändamålsbegränsning (finalitetsprincipen)* i artikel 5.1 b i dataskyddsförordningen ska personuppgifter samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och de får inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål. Ändamålsbegränsningen innebär alltså att den personuppgiftsansvarige måste hålla sig till insamlingsändamålen och ändamål som inte är oförenliga med dessa. I artikel 6.4 i dataskyddsförordningen finns riktlinjer att beakta vid bedömningen av om återanvändning av personuppgifter för ett nytt ändamål är förenlig med insamlingsändamålen.

Utredningen föreslår att det i HOSP-förordningen anges att uppgifterna i HOSP-registret får behandlas även för att ge allmänheten upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet (avsnitt 7.9). Det gäller även de personuppgifter som samlats in till HOSP-registret under den tid HOSP-förordningen inte angav något sådant ändamål.

Det föreslagna nya ändamålet bedöms vara förenligt med de ändamål som fanns angivna i HOSP-förordningen när respektive personuppgift samlades in till HOSP-registret. Det primära ändamålet för behandlingen av personuppgifterna i HOSP-registret har alltid varit att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (4 § HOSP-förordningen). Det finns en nära koppling mellan det ändamålet och att ge allmänheten upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet. Huvudanledningen till att en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal förs är förstas att den ska kunna ge upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet, även till var och en som efterfrågar sådana upplysningar. Detta bör de registrerade ha insett. Upp-

gifterna har alltid varit tillgängliga för allmänheten genom offentlighetsprincipen i 2 kap. tryckfrihetsförordningen. De personuppgifter som föreslås bli tillgängliga via internet är inte av särskilt integritetskänslig natur. Några nya negativa konsekvenser för de registrerade bedöms inte uppkomma genom att vissa uppgifter blir tillgängliga via internet.

Härtill kommer att det enligt artikel 23 i dataskyddsförordningen är tillåtet att under vissa förutsättningar genom nationell rätt begränsa de skyldigheter som finns enligt artikel 5. Utredningen föreslår som nämnts att det nya ändamålet och skyldigheten att göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en viss persons legitimation ska framgå av HOSP-förordningen. Det är utredningens bedömning att förslagen är förenliga med artiklarna 5 och 23 i dataskyddsförordningen.

Innan redan insamlade personuppgifter ytterligare behandlas för ett annat syfte än det för vilket de samlades in, måste de registrerade enligt artikel 14.4 i dataskyddsförordningen informeras om bl.a. detta andra syfte. Undantag gäller, enligt artikel 14.5 b i dataskyddsförordningen, i den mån tillhandahållandet av sådan information skulle medföra en oproportionell ansträngning. Utredningen anser att det nämnda undantaget är tillämpligt i fråga om det föreslagna nya ändamålet för HOSP-registret som innehåller uppgifter om hundratusentals personer. Härtill kommer att det enligt artikel 23 i dataskyddsförordningen är tillåtet att under vissa förutsättningar genom nationell rätt begränsa de skyldigheter som finns enligt artikel 14 i dataskyddsförordningen.

7.10.3 Information till de registrerade

I dataskyddsförordningen finns det bestämmelser om information till den registrerade i samband med att personuppgifter samlas in. Artikel 13 i dataskyddsförordningen gäller information när personuppgifter samlas in från den registrerade, medan artikel 14 gäller information när personuppgifterna som samlats in inte har erhållits från den registrerade.

Personuppgifterna i HOSP-registret har inte erhållits från de registrerade. Då gäller, enligt artikel 14.5 c i dataskyddsförordningen, ett undantag från informationsskyldigheten när utlämnande

av uppgifter uttryckligen föreskrivs genom nationell rätt som fastställer lämpliga åtgärder för att skydda den registrerades berättigade intressen. Utlämnandet av personuppgifterna via internet är enligt förslaget uttryckligt föreskrivet i HOSP-förordningen, som för detta fall också fastställer lämpliga åtgärder för att skydda den registrerades berättigade intressen (se avsnitt 7.7 och 7.8). Någon information till de registrerade om att personuppgifterna kan lämnas ut till allmänheten via internet skulle således inte behövas enligt dataskyddsförordningen.

Den som är registrerad i HOSP-registret har emellertid enligt nuvarande reglering, utöver vad som framgår av artiklarna 13 och 14 i dataskyddsförordningen, rätt att av Socialstyrelsen, som är personuppgiftsansvarig, få information om bl.a. vad som gäller i fråga om sökbegrepp, direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling (se 8 § HOSP-förordningen). Det förefaller därför lämpligt att den registrerade även får information om vad som gäller i fråga om *annat elektroniskt utlämnande* än direktåtkomst. Den informationen kan t.ex. lämnas genom upplysning på Socialstyrelsens webbplats. Eftersom utredningen föreslår att den registrerade ska få information om vad som gäller i fråga om alla former av elektroniskt utlämnande, behöver inte längre utlämnande på medium för automatiserad behandling nämnas särskilt i bestämmelsen.

7.11 Ändringar i sekretesslagstiftningen

Utredningens förslag: Genom ändring i offentlighets- och sekretessförordningen gäller inte den s.k. folkbokföringssekretessen enligt 22 kap. 1 § första stycket 1 offentlighets- och sekretesslagen när Socialstyrelsen möjliggör för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en viss persons legitimation.

Utredningens bedömning: Förslaget om en sökfunktion på internet innebär en uppgiftsskyldighet för Socialstyrelsen som bryter eventuell sekretess vid utlämnanden av uppgifter till myndigheter. Eftersom uppgiftsskyldigheten inte bryter eventuell sekretess vid utlämnanden av uppgifter till enskilda, bör dock ett uttryckligt undantag från folkbokföringssekretessen föreskrivas.

Som redogörs för i avsnitt 5.3 omfattas uppgifter i HOSP-registret, genom föreskrifter i 6 § offentlighets- och sekretessförordningen, av s.k. folkbokföringssekretess enligt 22 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen. Även om sekretesskyddet är svagt och det finns en presumtion för att uppgifterna är offentliga, innebär den föreslagna sökfunktionen på internet ett utlämnande av uppgifter som i och för sig omfattas av sekretess. Folkbokföringssekretessen hindrar dock bara ett utlämnande om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs.

Vissa uppgifter kan i all myndighetsverksamhet omfattas av sekretess enligt 21 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen. Enligt den bestämmelsen kan sekretess gälla för uppgift om en enskilds bostadsadress eller annan jämförbar uppgift som kan lämna upplysning om var den enskilde bor stadigvarande eller tillfälligt, den enskildes telefonnummer, e-postadress eller annan jämförbar uppgift som kan användas för att komma i kontakt med denne samt för motsvarande uppgifter om den enskildes anhöriga. Utredningen gör emellertid bedömningen att de uppgifter i HOSP-registret som utredningen i avsnitt 7.8 föreslår ska lämnas ut till allmänheten genom en sökfunktion på internet, inte omfattas av sekretessen i 21 kap 3 § offentlighets- och sekretesslagen. Enligt utredningens bedömning hindrar denna bestämmelse därmed inte det föreslagna tillgängliggörandet via internet.

Utredningen gör också bedömningen att det föreslagna utlämnandet via internet inte kan antas medföra att uppgifterna efter utlämnandet behandlas i strid med dataskyddsförordningen eller dataskyddslagen. Enligt utredningens bedömning hindrar bestämmelsen om s.k. dataskyddsssekretess i 21 kap. 7 § offentlighets- och sekretesslagen alltså inte det föreslagna tillgängliggörandet via internet. Utredningen gör bedömningen att de uppgifter i HOSP-registret som föreslås lämnas ut via internet inte omfattas av några andra bestämmelser om sekretess.

Utredningens förslag om en sökfunktion på internet innebär en uppgiftsskyldighet för Socialstyrelsen. En sådan uppgiftsskyldighet innebär att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan myndighet (10 kap. 28 § OSL). En uppgift som omfattas av sekretess får lämnas till en utländsk myndighet eller mellanfolklig organisation om uppgiften i motsvarande fall skulle få lämnas ut till en svensk myndighet och det enligt den utlämnande myndighetens prövning står klart att det är förenligt med svenska intressen att

uppgiften lämnas till den utländska myndigheten eller den mellanfolkliga organisationen (8 kap. 3 § 2 OSL). Någon ytterligare reglering för att bryta folkbokföringssekretessen krävs enligt utredningens bedömning inte när uppgifter lämnas ut via internet till svenska eller utländska myndigheter.

Några befintliga sekretessbrytande bestämmelser som i praktiken kan användas gäller emellertid inte när uppgifter lämnas ut via internet till enskilda.

De uppgifter i HOSP-registret som enligt utredningens förslag ska få visas i sökresultatet – dvs. lämnas ut till allmänheten genom en sökfunktion på internet - är namn, typ av legitimation och när den utfärdades samt omfattningen av legitimationen vid partiellt tillträde, yrke och specialitet. Dessa uppgifter kan enligt utredningens mening inte anses särskilt känsliga. I fråga om de uppgifter som föreslås kunna utlämnas via internet gör utredningen bedömningen att det i praktiken inte kan uppkomma någon situation där det av särskild anledning kan antas att den enskilde, eller någon närstående till denne, lider men om uppgiften röjs genom att göras öppet tillgängliga via internet. Därför bör det föreskrivas i offentlighets- och sekretessförordningen att folkbokföringssekretessen inte gäller i fråga om utlämnande enligt de föreslagna bestämmelserna om en sökfunktion på internet. Av praktiska skäl bör den föreskriften gälla allt sådant utlämnande, dvs. utlämnande till både myndigheter och enskilda.

8 Annan elektronisk tillgång till HOSP-registret

8.1 Inledning

För att säkerställa och upprätthålla en god patientsäkerhet ska Socialstyrelsen föra ett register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, HOSP-registret. Flera aktörer har behov av att mer eller mindre regelbundet kontrollera behörigheten hos sådan personal. Det är önskvärt att det kan göras på ett enklare sätt än i dag.

I kapitel 7 framgår utredningens förslag som innebär en möjlighet att på internet kontrollera vilken legitimation en viss person har, dock ska det inte gå att kontrollera personens eventuella förskrivningsrätt. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en persons legitimation. Socialstyrelsen bör tillhandahålla både en webbplats med en sökfunktion för enstaka frågor och ett öppet applikationsprogrammeringsgränssnitt, ett s.k. API, som gör det möjligt att automatiserat ställa flera eller upprepade frågor och få svar. Förslaget innebär att behovet av direktåtkomst och annat elektronisk utlämnande som till exempel skraddarsydda fråga-svarfunktioner bör minska avsevärt. Förslaget innebär också att man inte behöver ändra ändamålen för HOSP-registret om tillgång via internet är tillräcklig för ett visst nytt ändamål.

I detta kapitel redogör utredningen för sina överväganden och förslag när det gäller att öka de vilka för ändamål uppgifter i HOSP-registret får behandlas och vilka fler aktörer som bör ha direktåtkomst till registret. Avslutningsvis redogörs för frågan om möjligheten att använda registret för planering av hälso- och sjukvårdspersonal vid höjd beredskap.

8.2 Direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande

Utredningens bedömning: Utlämnande av uppgifter från HOSP-registret bör i första hand ske genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

8.2.1 Utredningens uppdrag

Utredningen ska analysera och bedöma de rättsliga förutsättningarna för att utöka den elektroniska tillgängligheten till HOSP-registret genom att ge ytterligare aktörer direktåtkomst. Utredningen ska även bedöma om det finns alternativ till automatiserat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst till HOSP-registret och i så fall även bedöma för- och nackdelarna med ett sådant alternativ.

Inledningsvis konstaterar utredningen att det finns övervägande fördelar med att ge möjlighet till tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande i de fall det finns ett tydligt behov av informationsöverföring. Direktåtkomst, eller annat elektroniskt utlämnande i form av en elektronisk fråga-svar-funktion, ger möjlighet för den som behöver en uppgift att snabbt få tillgång till denna. Det innebär även fördelar från informations säkerhetssynpunkt, eftersom utlämnande på annat sätt, t.ex. via okrypterad mejl, utöver att det ofta inte uppfyller dataskyddskraven när det gäller säkerhet, allmänt sett innebär en mindre säker överföring av uppgifter då obehöriga lättare kan få tillgång till dem. Uppgifter som lämnas ut via exempelvis mejl riskerar också att bli inaktuella, eftersom de inte uppdateras automatiskt. Direktåtkomst, eller en elektronisk fråga-svar-funktion, har också fördelen att det minskar risken för förvanskning av den information som överförs och för att man missar att överföra relevant information.

8.2.2 Direktåtkomst innebär särskilda integritetsrisker

Direktåtkomst är en specialform av elektroniskt uppgiftsutlämnande till mottagare utanför en myndighet eller annan verksamhet (se vidare i avsnitt 3.2). Mottagaren kan exempelvis vara en annan

myndighet, ett privat företag eller en privatperson. Som kort beskrivs i avsnitt 3.3 är direktåtkomst förknippad med särskilda integritetsrisker. Vid direktåtkomst anses de uppgifter som omfattas av åtkomsten och finns potentiellt tillgängliga för andra, vara utlämnande i tryckfrihetsförordningens mening redan genom att sådan åtkomst medges. Det innebär att en allmän handling hos en myndighet utgör också en allmän handling hos den myndighet som har tillgång till handlingen genom ett system med direktåtkomst. En begäran om utlämnande av uppgifter i HOSP-registret kan därför göras hos alla de myndigheter som har tillgång till uppgifterna genom direktåtkomst. Ju fler myndigheter som har direktåtkomst till uppgifter i HOSP-registret, desto större blir alltså, typiskt sett, allmänhetens möjlighet att få tillgång till dessa uppgifter. Om en myndighet har elektronisk tillgång genom direktåtkomst till uppgifter i en annan myndighets upptagning för automatiserad behandling och dessa uppgifter omfattas av sekretess hos den utlämnande myndigheten, överförs sekretessen till den mottagande myndigheten (11 kap. 4 § OSL). Detta gäller dock inte om det hos den mottagande myndigheten finns ett uttryckligt undantag från sekretess för uppgifter av det slag som överförs elektroniskt (se 11 kap. 8 § OSL och avsnitt 5.3.3). Allmänhetens möjlighet att få ut uppgifter från de anslutna myndigheterna är därför i realiteten i de flesta fall inte större endast på grund av begäran kan ställas till fler myndigheter.

Däremot kan omständigheten att en upptagning utgör en allmän handling hos samtliga myndigheter som förvarar den på det sätt som avses i 2 kap. 6 § första stycket tryckfrihetsförordningen innebära att den myndighet som får en framställan om utlämnande av en sådan upptagning, måste ta del av handlingen enbart för att kunna göra en sekretessprövning. Uppgifterna i upptagningen kan på så sätt komma att spridas till den eller de personer hos de mottagande myndigheterna som har att göra en sekretessprövning. Förhållandet kan därför innebära en oförutsebar spridning av personuppgifterna utanför Socialstyrelsen. Det strider också mot principen om uppgiftsminimering i dataskyddsförordningen som anger att uppgifter ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (artikel 5.1 c). Uppgifterna kommer även att behöva behandlas för ytterligare ett ändamål hos myndigheten än det i HOSP-förordningen angivna, dvs. att besvara förfrågningar utlämnande av allmän handling hos myndigheten. Ju fler myndigheter som

får tillgång till uppgifterna i HOSP-registret, desto fler personer kommer dessutom att behöva tillämpa de sekretessbestämmelser som skyddar uppgifterna i HOSP-registret, vilket i sig utgör en risk att sekretessbestämmelserna tillämpas fel.

Vid direktåtkomst har mottagaren möjlighet att själv ta del av alla uppgifter som åtkomsten omfattar. Även om mottagaren bara behöver få uppgifter om en individs egenskaper, kan mottagaren därför göra t.ex. listor över individer med någon viss egenskap, dvs. söka på viss egenskap och inte på själva individen.

8.2.3 Alternativ till direktåtkomst

Mot bakgrund av det ovan anförda finns det anledning att vara restriktiv med att ge tillgång genom direktåtkomst till personuppgifter. Sådan tillgång bör därför endast vara tillåten om det finns starka skäl och saknas alternativ. Alternativet utlämnande på medium för automatiserad behandling, även kallat *annat elektroniskt utlämnande*, anses vara mindre integritetskänsligt än utlämnande genom direktåtkomst. Det finns exempel på verksamheter som använder sig av elektroniskt utlämnande som är snarlikt direktåtkomst men är uppbyggt så att det sker en automatiserad prövning i varje enskilt fall innan uppgifterna lämnas ut, en s.k. fråga-svar-funktion, se redogörelse av Högsta förvaltningsdomstolens prövning i den s.k. LEFI Online-domen i avsnitt 3.2. Högsta förvaltningsdomstolens tolkning av begreppet direktåtkomst i domen innebär, enligt utredningens mening, att det ur integritetsskyddssynpunkt inte finns någon egentlig praktisk skillnad mellan direktåtkomst och elektroniskt utlämnande via en fråga-svar-funktion. I båda fallen kan den utomstående användaren snabbt (”direkt”) och på distans bereda sig tillgång till önskad information om en viss individ. Däremot kan mottagaren med en fråga-svar-funktion inte söka på annat än tillåtna frågekategorier, t.ex. bara söka efter en individ och inte efter egenskaper.

Samverkansprogrammet för digital utveckling, eSam, rekommenderar i sin vägledning för utlämnande i elektronisk form att, när myndigheter ska införa tjänster för att lämna ut uppgifter automatiserat, bör nya tjänster inte utformas för direktåtkomst utan för utlämnande på medium för automatiserad behandling. Som skäl till detta anges att vid direktåtkomst tas gränsen mellan de uppgifts-

utbytande myndigheterna delvis bort och det uppstår överskottsinformation, vilket ökar risken för integritetsintrång och annan spridning av känsliga uppgifter. Man hänvisar även till att det av ingresspunkt 31 i dataskyddsförordningen framgår att varje begäran från en myndighet ska vara skriftlig, motiverad, läggas fram i det enskilda fallet och inte gälla ett helt register eller leda till att register kopplas samman.¹

Digitaliseringsrättsutredningen har i sitt betänkande *Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering* (SOU 2018:25) efter en kartläggning konstaterat att när myndigheterna utvecklar system för informationsöverföring synes målsättningen i regel vara att systemen ska spegla den tekniska lösningen i socialförsäkringsdatabasen LEFI Online så att det inte blir fråga om direktåtkomst för den mottagande myndigheten. Uppgifterna anses i stället utlämnade på medium för automatiserad behandling och myndigheterna slipper den särskilda problematik med överskottsinformation som blir en effekt av direktåtkomst.²

I delbetänkandet *Bättre behörighetskontroll – Ändringar i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal* (SOU 2012:42) föreslog *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* att vissa aktörer skulle få direktåtkomst till HOSP-registret. Utredningen anförde som skäl för detta att det vid direktåtkomst är möjligt för mottagaren att ta del av uppgifterna utan att den utlämnande aktören, i detta fall Socialstyrelsen, behöver vidta någon manuell åtgärd. Direktåtkomst skulle därmed ge förutsättningar för att arrangera utlämnanden som sker enkelt, snabbt och utan kontinuerlig manuell administration, vilket utlämnande på medium för automatiserad behandling inte skulle göra.³ Därefter medgavs vissa myndigheter, nämligen Inspektionen för vård och omsorg, Transportstyrelsen och offentliga vårdgivare möjlighet till direktåtkomst till HOSP-registret.

Sedan det delbetänkandet skrevs har emellertid LEFI Online- domen inneburit ett visst klagande beträffande gränsdragningen mellan de olika utlämnandeformerna direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling. Det står efter domen klart att det är möjligt att genom elektroniskt utlämnande som är snarlikt

¹ *Elektroniskt informationsutbyte – en vägledning för utlämnande i elektronisk form*, eSam, maj 2016, s. 3, och *Rättsliga förutsättningar för digitalt i första hand*, eSam, mars 2018, s. 38.

² SOU 2018:25 s. 84.

³ SOU 2012:42 s 52.

direktåtkomst, men uppbyggt så att det sker en automatiserad prövning i varje enskilt fall innan uppgifterna lämnas ut, en fråga-svar-funktion, lämna ut uppgifter utan att det är att anse som direktåtkomst. Mot bakgrund av detta anser utredningen att det, trots att uppgifterna i HOSP-registret omfattas av relativt svag sekretess och därmed inte är av den känsligaste arten, finns skäl att överväga om inte tillgång till uppgifter i HOSP-registret i första hand ska ske genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Utredningen har dessutom i uppdrag att analysera och bedöma om Socialstyrelsen kan ges möjlighet att medge direktåtkomst till andra myndigheter som har behov av uppgifter för ändamål i enlighet med HOSP-förordningen, vilket utredningen gör i avsnitt 8.3. En ordning som tillåter medgivande till såväl direktåtkomst som annat elektroniskt utlämnande skulle i sådant fall ge möjlighet för Socialstyrelsen att anpassa tillgången till uppgifterna i registret utifrån mottagarnas behov.

Utredningen anser därför att det finns anledning att noggrant analysera om samtliga de aktörer som omfattas av utredningsdirektiven verkligen har behov av direktåtkomst till HOSP-registret eller om det är tillräckligt att tillgången till uppgifterna sker genom något annat elektroniskt utlämnande, t.ex. via en fråga-svar-funktion. Det måste vidare analyseras om den tillgång via internet som föreslås i kapitel 7 är tillräcklig för någon eller några av aktörerna. I de fall då endast direktåtkomst bedöms kunna tillgodose de behov en aktör har behöver en avvägning göras mellan aktörens behov av direktåtkomst och de integritetsrisker som finns med att införa direktåtkomst. Även vid tillgång genom annat elektroniskt utlämnande ska givetvis en motsvarande avvägning göras.

8.2.4 Olika ändamål kan kräva olika sorters tillgång

Myndigheter har behov av att använda uppgifterna i HOSP-registret för olika ändamål beroende på vilket uppdrag myndigheten har. En myndighet som har till uppdrag att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal kan ha ett behov av att söka bland samtliga registrerade personer i registret och då kunna se samtliga registrerade uppgifter om varje person. En sådan myndighet, exempelvis Inspektionen för vård och omsorg (IVO), behöver kunna söka på både allehanda egenskaper, t.ex. för att välja ut individer för

tillsyn, och på en individ exempelvis om ett tillsynsärende gäller denne. Det kan inte uteslutas att det finns andra ändamål än tillsynsverksamhet som kan ha behov av att fritt söka bland uppgifterna i HOSP-registret.

Å andra sidan finns det andra myndigheter eller privata aktörer som endast har behov av tillgång till uppgifterna i HOSP-registret för att av någon anledning kontrollera behörigheten hos individer. Detta gäller exempelvis vårdgivares behov av att kunna kontrollera identitet och behörighet hos hälso- och sjukvårdspersonal i samband med tjänstetillsättning och under anställning eller uppdrag. För den som överväger att anställa en person finns endast behov av att kontrollera identitet och behörighet hos denna person och inte av att kunna se uppgifter om all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Behovet av information gäller då endast de personer som är aktuella för anställning eller redan är anställda eller anlitade. Detsamma kan även sägas gälla myndighet som har behov av tillgång till uppgifterna i HOSP-registret för att försäkra sig om att intyg, exempelvis synintyg, är utfärdade av behörig yrkesutövare.

Sammanfattningsvis anser utredningen att det är ändamålet för vilket mottagaren behöver använda uppgifterna som är det avgörande för vilken typ av tillgång som behövs, och att det egentligen är väldigt få mottagare som har behov av att fritt söka i HOSP-registret genom direktåtkomst.

8.3 Socialstyrelsens möjligheter att medge elektronisk tillgång

8.3.1 Inledning

Utredningen har i uppdrag att analysera och bedöma om Socialstyrelsen kan ges möjlighet att medge direktåtkomst till andra myndigheter som har behov av uppgifter för ändamål i enlighet med HOSP-förordningen. Utredningen anser att motsvarande analys och bedömning bör göras i fråga om privata vårdgivares elektroniska tillgång till uppgifter i HOSP-registret.

8.3.2 Socialstyrelsen får medge myndigheter och vårdgivare elektronisk tillgång

Utredningens förslag: Socialstyrelsen får besluta att medge en myndighet eller offentlig vårdgivare tillgång till uppgifter i HOSP-registret genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Socialstyrelsen får också besluta att medge en privat vårdgivare tillgång till uppgifter i registret genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

Om Socialstyrelsen fattat ett beslut om att ge elektronisk tillgång, är Socialstyrelsen skyldig att ge den tillgång som beslutats.

Avvägning mellan behov och integritetsrisker

Socialstyrelsen föreslog i remissyttrandet över delbetänkandet *Bättre behörighetskontroll – Ändringar i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal* (SOU 2012:42) att det i HOSP-förordningen skulle anges att Socialstyrelsen får medge direktåtkomst för myndigheter som har ett behov av uppgifter i sin verksamhet och vars syfte med användningen av uppgifterna överensstämmer med ändamålen som anges i 4 och 5 §§ i förordningen. Skälet till detta uppgav Socialstyrelsen vara att man identifierat att fler myndigheter än de i betänkandet föreslagna kan behöva direktåtkomst till HOSP-registret.

Det kan enligt utredningens mening finnas flera fördelar med en sådan ordning. Myndighetsbeslut kan ändras enklare och smidigare än föreskrifter i förordning eller lag. En övergång till en ökad digitalisering är också i linje med Sveriges digitaliseringsstrategi.⁴ Regeringen har som övergripande mål att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter vilket kan antas leda till en ökad digitalisering av statsförvaltningen. Det kan därför förväntas att allteftersom statsförvaltningen digitaliseras kommer fler myndigheter att behöva smidig elektronisk tillgång till uppgifterna i HOSP-förordningen. Beslut om elektronisk tillgång för myndigheter till HOSP-registret kan därför komma att behöva fattas relativt ofta. Utredningen

⁴ Se t.ex. regeringens digitaliseringsstrategi, *För ett hållbart digitaliserat Sverige – en digitaliseringsstrategi*, diarienummer: N2017/03643/D.

anser därför att en reglering genom myndighetsbeslut är att föredra framför den nuvarande ordningen med reglering i förordning.

Eftersom olika myndigheter har behov av elektronisk tillgång till olika uppgifter för olika ändamål, är det en fördel för integritetsskyddet om besluten kan vara detaljerade. Detaljerade beslut ger då möjlighet att se till att ingen myndighet får elektronisk tillgång till större mängd uppgifter än vad myndigheten har behov av. Detta är i linje med principen om uppgiftsminimering i dataskyddsförordningen som anger att uppgifter ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (artikel 5.1 c). Ju fler detaljer som behöver fastslås, desto mer lämpligt är det med myndighetsbeslut i stället för en förordning. Utredningen anser även av denna anledning att myndighetsbeslut är att föredra framför den nuvarande ordningen med reglering i förordning.

Utredningen gör dessutom i avsnitt 8.2 bedömningen att utlämnande av uppgifter från HOSP-registret i första hand bör ske genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Om en möjlighet för Socialstyrelsen att besluta om direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande införs, skulle detta ge möjlighet för Socialstyrelsen att anpassa den elektroniska tillgången till uppgifterna i registret utifrån respektive mottagares behov även i detta avseende. Det blir då enklare att se till att en myndighet, även beträffande formen för tillgången, inte får mer omfattande tillgång än vad som är nödvändigt.

Som utredningen redogör för i avsnitt 8.2.2 bör direktåtkomst bara tillåtas om behovet av just direktåtkomst överväger de särskilda integritetsrisker i förhållande till annan elektronisk tillgång som direktåtkomst innebär. Även tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst, som även den ger sammanställningsmöjligheter och möjligheter till enkel spridning av uppgifter, är förknippad med vissa integritetsrisker.

Enligt utredningens bedömning är de flesta uppgifterna i HOSP-registret inte särskilt integritetskänsliga. Det är som utredningen ser det egentligen bara uppgifterna i registret om återkallelse av legitimation, provotid och begränsning av forskrivningsrätt som kan betecknas som integritetskänsliga eftersom de kan indikera att en person misskött sig eller åtminstone inte fullt ut har klarat sitt yrkesansvar. Även uppgiften om folkbokföringsort i vissa fall kan vara

integritetskänslig. Det får därför förutsättas att behovet av elektronisk tillgång till dessa uppgifter granskas särskilt noga.

Socialstyrelsens möjligheter att besluta om elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret skulle begränsas av de uttömmande ändamål för behandlingen som slås fast i HOSP-förordningen. Elektronisk tillgång för andra ändamål än de uttryckligen angivna skulle således inte vara tillåten. Därigenom har regeringen lagt fast en tydlig ram inom vilken Socialstyrelsen får besluta.

Att en myndighet beslutar om att medge andra myndigheter tillgång genom direktåtkomst eller annat elektronisk utlämnande till uppgifter i ett register som omfattas av sekretess i stället för att regeringen reglerar detta i en förordning kan innebära en risk för att integritetsaspekterna inte blir tillräckligt belysta. Enligt 7 kap. 2 § regeringsformen ska vid beredningen av regeringsärenden nämligen behövliga upplysningar och yttranden inhämtas från berörda myndigheter. Detta innebär att vid beredningen i Regeringskansliet av ett ärende om en bestämmelse som tillåter viss direktåtkomst, vilket en reglering genom förordning innebär, ska yttrande från Integritetsskyddsmyndigheten hämtas in. Skyldigheten för regeringen att samråda med Integritetsskyddsmyndigheten följer för övrigt också av artikel 36.4 i dataskyddsförordningen. Denna risk går emellertid att motverka genom att i HOSP-förordningen föreskriva att Socialstyrelsen ska samråda med Integritetsskyddsmyndigheten innan Socialstyrelsen fattar beslut. Utredningen förslår därför i avsnitt 8.3.3 att Socialstyrelsen ska samråda med Integritetsskyddsmyndigheten innan Socialstyrelsen beslutar att medge en annan myndighet tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till uppgifter i HOSP-registret.

En annan nackdel med att låta en myndighet besluta om andra myndigheters tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till myndighetens egna uppgifter är att regeringen inte har inflytande över utformningen och detaljeringsgraden av besluten. Det blir då svårt för regeringen att säkerställa att regleringen blir tydlig och ändamålsenlig. Regeringen får också svårare att ställa krav på mottagarmyndigheternas behörighetsstyrning och åtkomstkontroll. Dessa problem kan lösas genom att i HOSP-förordningen uppställa krav på att direktåtkomst endast får medges om inte annat elektroniskt utlämnande är tillräckligt och på att tillgången inte får vara mer omfattande än vad den mottagande myndigheten behöver för att

utföra sina arbetsuppgifter. Det bör också i HOSP-förordningen tydligt framgå vad Socialstyrelsens beslut ska innehålla och ange för vilka ändamål som uppgifterna i registret får behandlas (lämnas ut) samt vilket ansvar som mottagarna har för behörighetsstyrning och åtkomstkontroll avseende uppgifterna. Utredningen föreslår därför i avsnitt 8.3.4, 8.3.5 och 8.3.7 sådana bestämmelser.

Med offentlig vårdgivare avses enligt patientdatalagen statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för. I en region eller kommun finns det flera myndigheter (nämnder). Socialstyrelsen bör av praktiska skäl kunna besluta att medge själva regionen eller kommunen, dvs. kommunala vårdgivare, elektronisk tillgång, så att det inte krävs ett beslut för varje hälso- och sjukvårdsmyndighet inom regionen eller kommunen. I avsnitt 8.3.7 föreslås att Socialstyrelsen inte ska få medge elektronisk tillgång innan Socialstyrelsen har försäkrat sig om att frågorna om behörighet, åtkomstkontroll och säkerhet är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt. I det ligger att Socialstyrelsen ska försäkra sig om att kommunala myndigheter som inte har ansvar för hälso- och sjukvård inte kan bereda sig elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret.

I fråga om behov av elektronisk tillgång till uppgifterna i HOSP-registret för andra än myndigheter och offentliga vårdgivare, som inte kan tillgodoses genom den tillgång via internet som föreslås i kapitel 7, gör utredningen bedömningen att endast privata vårdgivare har ett sådant beaktansvärt behov. Med privat vårdgivare avses enligt patientdatalagen annan juridisk person än statlig myndighet, region eller kommun eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård. De privata vårdgivarna behöver, liksom de offentliga vårdgivarna, löpande tillgång till uppgifter för att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i samband med tjänstetillsättning och under anställning eller uppdrag. De behöver också, i likhet med offentliga vårdgivare, tillgång till uppgifter om provotid, förskrivarkod och omfattning av förskrivningsrätt, som inte kommer att vara tillgängliga via internet. Att ge offentliga vårdgivare elektronisk tillgång till dessa uppgifter har ansetts falla inom ändamålen för HOSP-registret, och utredningen gör motsvarande bedömning i fråga om de privata vårdgivarnas elektroniska tillgång till sådana uppgifter för att kontrollera behörighet.

De privata vårdgivarna har enligt utredningens bedömning dock inte ett beaktansvärt behov av direktåtkomst. Deras behov kan tillgodoses genom att de får elektronisk tillgång till uppgifterna genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst, så att de på ett automatiserat sätt kan kontrollera identiteten och behörigheten för en viss individ.

I övrigt gör utredningen, i fråga om de privata vårdgivarnas elektroniska tillgång, motsvarande bedömningar som redovisas beträffande myndigheters och offentliga vårdgivares elektroniska tillgång.

Sammantagen avvägning

Utredningen anser att det finns klara behov av och fördelar med att låta Socialstyrelsen medge andra myndigheter och vårdgivare elektronisk tillgång till personuppgifter i HOSP-registret. Den elektroniska tillgången för privata vårdgivare bör dock vara begränsad till annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Utredningen har också kommit fram att de nackdelar och risker som finns förknippade med detta går att motverka. Utredningen anser därför att Socialstyrelsen själv, efter samråd med Integritetsskyddsmyndigheten, bör få besluta om vilka myndigheter och vårdgivare som ska medges elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Detta gäller under förutsättning att den övriga reglering som utredningen föreslår i form av bestämmelser om integritetsstärkande åtgärder genomförs i HOSP-förordningen.

8.3.3 Beslutet ska fattas efter samråd med Integritetsskyddsmyndigheten

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ska samråda med Integritetsskyddsmyndigheten innan Socialstyrelsen beslutar att medge en myndighet eller vårdgivare elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret.

Eftersom direktåtkomst kan innebära integritetsrisker, är det viktigt att integritetsaspekterna noga belyses innan Socialstyrelsen beslutar att medge en myndighet tillgång genom direktåtkomst till uppgifter

i HOSP-registret. Också när det gäller elektronisk tillgång till uppgifterna i registret om återkallelse av legitimation, provotid och begränsning av förskrivningsrätt är det särskilt viktigt att integritetsaspekterna lyfts fram och noga vägs mot behoven. Enligt artikel 57.1 c i dataskyddsförordningen ska tillsynsmyndigheten (i Sverige Integritetsskyddsmyndigheten), i enlighet med nationell rätt, ge rådgivning åt det nationella parlamentet (i Sverige riksdagen), regeringen och andra institutioner och organ om lagstiftningsåtgärder och administrativa åtgärder rörande skyddet av fysiska personers rättigheter och friheter när det gäller behandling av personuppgifter. I Sverige sker samrådet genom remissförfarande och genom att Integritetsskyddsmyndigheten ofta medverkar i offentliga utredningar. I registerförfattningar som ger en myndighet befogenhet att utfärda föreskrifter om behandling av personuppgifter brukar det föreskrivas att myndigheten ska samråda med Integritetsskyddsmyndigheten innan sådana föreskrifter utfärdas.⁵

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska samråda med Integritetsskyddsmyndigheten innan Socialstyrelsen beslutar att medge en myndighet eller vårdgivare elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret. På så sätt kommer Socialstyrelsen att äga själva beslutet om under vilka förutsättningar tillgång genom direktåtkomst eller annat elektronisk utlämnande ska medges samtidigt som Integritetsskyddsmyndigheten får tillräcklig insyn i intresseavvägningen mellan behov och integritetsrisker och möjlighet att påverka. Om Integritetsskyddsmyndigheten inte anser att tillräcklig hänsyn tas till integritetsskyddet i ett specifikt fall, kan myndigheten uppmärksamma regeringen på detta. Om regeringen delar Integritetsskyddsmyndighetens uppfattning, kan regeringen ingripa, t.ex. genom att i HOSP-förordningen reglera om eller hur den aktuella myndigheten eller vårdgivaren ska ha elektronisk tillgång.

⁵ Sören Öman, *Dataskyddsförordningen (GDPR) m.m. – En kommentar*, kommentaren till artikel 36, JUNO version:1A.

8.3.4 Omfattningen av den elektroniska tillgången

Utredningens förslag: Direktåtkomst får medges myndigheter och offentliga vårdgivare endast om inte annat elektroniskt utlämnande är tillräckligt. Privata vårdgivare får bara medges tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

Den elektroniska tillgången får inte vara mer omfattande än vad myndigheten eller vårdgivaren behöver för att utföra sina arbetsuppgifter.

Som utredningen konstaterar i avsnitt 8.2.4 är det ändamålet för vilket mottagaren behöver använda uppgifterna som är det avgörande för vilken typ av elektronisk tillgång som mottagaren behöver. Det är väldigt få myndigheter och offentliga vårdgivare som behöver kunna söka fritt i HOSP-registret genom direktåtkomst. För flertalet myndigheter och offentliga vårdgivare borde därför tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst vara tillräcklig. Utredningen gör vidare i avsnitt 8.2 bedömningen att utlämnande av uppgifter från HOSP-registret i första hand bör ske genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Det bör därför anges i HOSP-förordningen att direktåtkomst endast får medges om inte annat elektroniskt utlämnande är tillräckligt.

Som redan nämnts kan de privata vårdgivarnas behov av uppgifter tillgodoses genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst, genom att de på ett automatiserat sätt kan kontrollera identiteten och behörigheten hos en viss individ. Privata vårdgivare bör därför inte få medges direktåtkomst utan få tillgång genom annat elektroniskt utlämnande.

Enligt artikel 5.1 c i dataskyddsförordningen ska personuppgifter som samlas in vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (principen om uppgiftsminimering). Det bör därför anges i HOSP-förordningen att tillgången inte får vara mer omfattande än vad myndigheten eller vårdgivaren behöver för att utföra sina arbetsuppgifter.

8.3.5 Vad beslutet ska innehålla

Utredningens förslag: Av beslutet om elektronisk tillgång ska framgå för vilka ändamål som tillgången får användas, vilka uppgifter som tillgången får gälla och vilka legitimerade yrken som tillgången får gälla.

Vilken form av elektronisk tillgång som avses

Socialstyrelsens beslut måste givetvis ange vilken form av elektronisk tillgång som respektive myndighet och offentlig vårdgivare får ha till uppgifter i HOSP-registret, dvs. tillgång genom direktåtkomst eller genom annat elektroniskt utlämnande. Är det fråga om tillgång genom annat elektroniskt utlämnande, t.ex. en elektronisk fråga-svar-funktion, måste Socialstyrelsen givetvis, i beslutet eller på annat sätt, också ge den mottagande myndigheten eller offentliga vårdgivaren sådana anvisningar att funktionen kan användas. Mot svarande gäller i fråga om privata vårdgivare, som bara får medges elektronisk tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

Tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst kan utgöras av en elektronisk fråga-svar-funktion som för användaren framstår som identisk med, eller snarlik, direktåtkomst. Men funktionen får inte ge något svar (lämna ut personuppgifter) utan att det föregås av en fråga från mottagaren. Det är mottagaren som har medgetts elektronisk tillgång, inte Socialstyrelsen som i detta sammanhang fått tillåtelse att på eget initiativ sprida (lämna ut) uppgifter. Det är därmed inte tillåtet för Socialstyrelsen att underrätta mottagaren om att det tillkommit eller ändrats uppgifter om en person i registret som denne tidigare har frågat om. Socialstyrelsen får alltså inte skicka en s.k. push-notis endast innehållande informationen att det tillkommit eller ändrats uppgifter om en person (även om push-notisen inte innehåller information om vad som tillkommit eller ändrats). Vill mottagaren undersöka om det finns nya uppgifter, får denne skicka Socialstyrelsen en ny fråga eller själv använda sin direktåtkomst.

För vilka ändamål den elektroniska tillgången får användas

I 4 § HOSP-förordningen framgår att personuppgifterna i registret får behandlas för att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Utöver detta får uppgifterna enligt 5 § samma förordning endast behandlas för ett antal däri uppräknade ändamål. Vidare behandling av personuppgifterna får inte ske ens för ändamål som är förenliga med de angivna.

Myndigheter behöver använda uppgifter i HOSP-registret för olika ändamål beroende på vilket uppdrag myndigheten har. Få myndigheter behöver använda uppgifter för samtliga de ändamål som uppgifterna får behandlas för enligt 4 och 5 §§ HOSP-förordningen. För att regleringen ska vara förenlig med principen om uppgiftsminimering i dataskyddsförordningen som säger att uppgifter ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (artikel 5.1 c), behöver Socialstyrelsen därför genom sitt beslut för respektive myndighet ange för vilka ändamål som den elektroniska tillgången får användas.

Vårdgivares behov av tillgång till uppgifter i HOSP-registret lär vara begränsat till att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i samband med tjänstetillsättning och under anställning eller uppdrag.

Enligt artikel 5.1 b i dataskyddsförordningen ska personuppgifter samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål. Den mottagande myndigheten eller vårdgivaren har alltså att för sin egen behandling av personuppgifter ange ett särskilt ändamål för behandlingen av de personuppgifter som samlas in genom den elektroniska tillgången och sedan hålla sig till detta ändamål. Det får förutsättas att den mottagande myndigheten eller vårdgivaren för sin insamling av personuppgifter anger samma ändamål som Socialstyrelsen angett i beslutet om den elektroniska tillgången.

Vilka uppgifter som den elektroniska tillgången får gälla

HOSP-registret får endast innehålla vissa uppgifter om de registrerade (6 § HOSP-förordningen). Myndigheter har behov av att använda olika uppgifter i HOSP-registret beroende på vilket uppdrag myndigheten har. För att regleringen ska vara förenlig med

principen om uppgiftsminimering i dataskyddsförordningen är det nödvändigt att se till att myndigheter eller vårdgivaren inte får elektronisk tillgång till uppgifter som myndigheten eller vårdgivaren inte behöver. Socialstyrelsen ska därför i beslutet om att medge elektronisk tillgång ange vilka uppgifter om de registrerade som tillgången får gälla, genom hänvisning till aktuella punkter i 6 § HOSP-förordningen eller på annat lämpligt sätt.

Vilka legitimerade yrken som den elektroniska tillgången får gälla

I 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) anges vilka legitimerade yrken och yrkestitlar som finns inom hälso- och sjukvården. Eftersom HOSP-registrets primära ändamål är att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (4 § HOSP-förordningen), är det uppgifter om personer som har de legitimerade yrken och yrkestitlar som anges i 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen som förekommer i registret. Myndigheter och vårdgivare har behov av att använda uppgifter i HOSP-registret om olika yrken och yrkestitlar beroende på vilket uppdrag myndigheten eller vårdgivaren har. För att regleringen ska vara förenlig med principen om uppgiftsminimering i dataskyddsförordningen är det nödvändigt att se till att myndigheter och vårdgivare bara får tillgång till uppgifter som de behöver. Socialstyrelsen ska därför i beslutet om att medge tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande ange vilka legitimerade yrken som tillgången får gälla. Det är förstas tillåtet att ange alla legitimerade yrken, när det är nödvändigt.

8.3.6 Beslutet får inte överklagas

Utredningens förslag: Socialstyrelsens beslut att medge elektronisk tillgång, eller att avslå en begäran om det, får inte överklagas.

Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig för HOSP-registret (3 § HOSP-förordningen). Socialstyrelsen har därmed ansvaret för att behandlingen av personuppgifter är förenlig med dataskydds- och sekretesslagstiftningen. Det finns enligt utredningens mening därför

inte skäl att tillåta att Socialstyrelsens beslut i fråga om elektronisk tillgång ska kunna överklagas. Bestämmelser om att beslut inte får överklagas (överklagandeförbud) kan tas in i förordning. Överklagandeförbud får dock inte införas när det gäller beslut som innefattar en prövning av någon enskilds civila rättigheter eller skyldigheter i den mening som avses i artikel 6.1 i den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen). I sådana fall finns enligt konventionen en rätt till domstolsprövning. Socialstyrelsens beslut att medge en myndighet sådan tillgång som det här är fråga om innefattar inte någon sådan prövning av någon enskilds civila rättigheter eller skyldigheter. Det bör därför införas ett överklagandeförbud i HOSP-förordningen.

8.3.7 Krav på behörighetsstyrning, loggning, åtkomstkontroll och ändamålsbegränsning

Utredningens förslag: Den som har medgetts elektronisk tillgång ska se till att tillgången till personuppgifterna begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter, att tillgång till personuppgifterna dokumenteras och kan kontrolleras och att det görs systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter.

Elektronisk tillgång får inte medges innan Socialstyrelsen har försäkrat sig om att frågorna om behörighet, åtkomstkontroll och säkerhet är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritets-synpunkt.

Den som har medgetts sådan tillgång får inte behandla personuppgifterna för något annat ändamål än det för vilket de lämnats ut. E-hälsomyndigheten får dock behandla uppgifterna i den nationella läkemedelslistan i enlighet med ändamålen i 3 kap. 2–5 §§ lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista.

Av HOSP-förordningen framgår att en myndighet som har medgetts direktåtkomst ansvarar för att tillgången till personuppgifter begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra sina

arbetsuppgifter (7 b § första stycket). Det får ses som en påminnelse om vad som följer av dataskyddsförordningen.

Utredningen föreslår i avsnitt 8.3.2 att en myndighet eller vårdgivare ska få medges elektronisk tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst till uppgifter i HOSP-registret. Bestämmelsen om behörighetsstyrning bör därför kompletteras så att den även gäller myndigheter och vårdgivare som medgetts tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

Ansvaret för behörighetsstyrning är enligt dataskyddsförordningen förknippat med ansvar för att se till att elektronisk åtkomst till personuppgifter dokumenteras (s.k. logglistor) och kan kontrolleras samt att det görs systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter. Även detta ansvar bör det påminnas om genom uttryckliga bestämmelser i HOSP-förordningen. Att detta ansvar sköts innebär att dataintrång med större säkerhet kan konstateras och beivras och det har också en avhållande verkan på personal som, om risken för upptäckt är liten, kan frestas att olovligen ta del av uppgifter.

Det framgår vidare av HOSP-förordningen att direktåtkomst inte får medges innan Socialstyrelsen har försäkrat sig om att behörighets- och säkerhetsfrågorna är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt (7 b § andra stycket). Den bestämmelsen bör förtydligas så att Socialstyrelsen före beslutet om elektronisk tillgång ska ha försäkrat sig om att frågorna om behörighet, åtkomstkontroll och säkerhet är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt.

Som nämnts får det förutsättas att den mottagande myndigheten eller vårdgivaren anger samma ändamål enligt 5 § HOSP-förordningen för sin insamling av personuppgifter som Socialstyrelsen angett i beslutet om elektronisk tillgång. Uppgifterna i HOSP-registret får bara behandlas för de ändamål som anges i 4 och 5 §§ HOSP-förordningen. För att detta inte ska kunna kringgåas bör det uttryckligen föreskrivas att den som har medgetts elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret inte får behandla personuppgifterna för något annat ändamål än det för vilket de lämnats ut. En sådan bestämmelse i förordning inskränker inte mottagande myndigheters och offentliga vårdgivares skyldigheter att lämna ut personuppgifter enligt offentlighetsprincipen i 2 kap. tryckfrihetsförordningen och innebär inte att myndigheten eller den offentliga vårdgivaren

saknar befogenhet att göra en sammanställning av personuppgifter tillgänglig i den mening som avses i 2 kap. 7 § tryckfrihetsförordningen. Inte heller innebär bestämmelsen någon inskränkning av enskildas möjligheter att använda personuppgifterna i enlighet med övriga bestämmelser i tryckfrihetsförordningen eller bestämmelserna i yttrandefrihetsgrundlagen.

Uppgifter från HOSP-registret tillförs i dag den nationella läkemedelslistan som E-hälsomyndigheten för och i 3 kap. 2–5 §§ lagen om nationell läkemedelslista finns en reglering av för vilka ändamål som uppgifterna i listan får behandlas. För att det inte ska bli någon normkonflikt bör det därför uttryckligen föreskrivas att E-hälsomyndigheten får behandla uppgifterna i den nationella läkemedelslistan i enlighet med ändamålen i lagen om nationell läkemedelslista.

I regeringsformen finns det en särskild bestämmelse om att föreskrifter ska meddelas av riksdagen genom lag om de avser grunderna för kommunernas organisation och verksamhetsformer och för den kommunala beskattningen samt kommunernas befogenheter i övrigt och deras åligganden (8 kap. 2 § 3). Regeringen får inte heller meddela föreskrifter som avser den kommunala beskattningen (8 kap. 7 § andra stycket regeringsformen). I förarbetena uttalas att dessa två bestämmelser tillsammans innebär att regeringen med stöd direkt i regeringsformen är behörig att meddela mera detaljbetonade föreskrifter som gäller kommunernas organisation och verksamhetsformer. Som exempel på detta ges att regeringen som villkor för åtnjutande av statsbidrag kan föreskriva att verksamhet som kommun bedriver med stöd av statsbidraget ska administreras på visst sätt.⁶ Också föreskrifter om förhållandet mellan enskilda och det allmänna som gäller skyldigheter för enskilda eller i övrigt avser ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden ska meddelas av riksdagen genom lag (8 kap. 2 § 2 regeringsformen). Av förarbetena till bestämmelsen framgår att hit räknas endast sådana föreskrifter om förhållandet mellan enskilda och det allmänna som gäller åligganden för enskild eller i övrigt avser ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden. Med ingrepp bör förstås sådana åtgärder från normgivarens sida som allmänt anses innebära

⁶ Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m. m., prop. 1973:90 s. 306.

inskränkningar i enskildas dittillsvarande handlingsfrihet, möjligheter att förfoga över egendom etc.⁷

Det finns ingen allmän rättighet för offentliga och privata vårdgivare eller kommunala myndigheter att ha elektronisk tillgång till uppgifter hos Socialstyrelsen. Det blir emellertid enligt de föreslagna bestämmelserna frivilligt för dessa aktörer att begära elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Enligt utredningens förslag måste dock den offentliga eller privata vårdgivare eller kommunala myndighet som frivilligt använder den möjligheten, och av Socialstyrelsen medges sådan tillgång, följa de föreskrifter som meddelats av regeringen som villkor för denna tillgång och som gäller bara de uppgifter tillgången avser. Att uppställa sådana villkor för offentliga vårdgivares och kommunala myndigheters elektroniska tillgång till de aktuella uppgifterna kan enligt utredningens mening jämföras med det i förarbetena angivna exemplet att uppställa villkor för hur en förmån som statsbidrag ska administreras. Att uppställa sådana villkor för privata vårdgivare kan inte heller anses vara en inskränkning i privata vårdgivares hittillsvarande handlingsfrihet. Föreskrifterna kan på grund av frivilligheten därför inte sägas avse några åligganden för kommuner eller några skyldigheter för enskilda. Utredningen gör därför bedömningen att det inte krävs reglering i lag utan att reglering i förordning är tillräcklig.

8.3.8 Ändringar i sekretesslagstiftningen

Utredningens förslag: Genom ändring i offentlighets- och sekretessförordningen gäller inte den s.k. folkbokföringssekretessen enligt 22 kap. 1 § första stycket 1 offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) när Socialstyrelsen lämnar ut uppgifter enligt ett beslut om elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret.

⁷ Prop. 1973:90 s. 210.

Sekretessbrytande reglering behövs för folkbokföringssekretessen

Som framgår i avsnitt 5.3 omfattas uppgifter i HOSP-registret, genom föreskrifter i 6 § offentlighets- och sekretessförordningen, av s.k. folkbokföringssekretess enligt 22 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen. Även om sekretesskyddet är svagt och det finns en presumtion för att uppgifterna är offentliga, innebär elektronisk tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, ett utlämnande av uppgifter som i och för sig omfattas av sekretess. Folkbokföringssekretessen hindrar dock ett utlämnande bara om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs.

Utredningen gör i avsnitt 7.11 bedömningen att en sökfunktion på internet innebär en uppgiftsskyldighet för Socialstyrelsen som bryter eventuell sekretess vid utlämnanden av uppgifter till myndigheter. Utredningen föreslår i samma avsnitt att det även ska föreskrivas i offentlighets- och sekretessförordningen att folkbokföringssekretessen inte ska gälla i fråga om utlämnande enligt de föreslagna bestämmelserna om en sökfunktion på internet. Denna föreskrift föreslås gälla allt sådant utlämnande, till både myndigheter och enskilda. Detta innebär att de uppgifter om namn, typ av legitimation och när den utfärdades samt omfattningen av legitimationen vid partiellt tillträde, yrke samt specialitet utan hinder av sekretess kan lämnas till myndigheter och enskilda. Myndigheter och offentliga vårdgivare som ska kunna medges tillgång till uppgifter i HOSP-registret genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande kan enligt utredningens mening dock behöva ha tillgång till andra uppgifter än de som enligt utredningens förslag ska vara tillgängliga genom en sökfunktion på internet. Detsamma gäller för privata vårdgivares tillgång till uppgifter i HOSP-registret genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst (se avsnitt 8.3.2). Även om utredningens förslag om sekretessbrytande bestämmelse i avsnitt 7.11 genomförs gäller folkbokföringssekretess alltjämt för övriga uppgifter i HOSP-registret och vid andra former av utlämnanden än via sökfunktionen på internet. Några befintliga sekretessbrytande bestämmelser som i praktiken kan användas gäller inte för sådant uppgiftsutlämnande. Det behöver därför införas ytterligare sekretessbrytande reglering som bryter folkbokföringssekretessen vid beslutad elektronisk tillgång.

Sekretessbrytande reglering behövs inte för annan sekretess

Vissa uppgifter kan i all myndighetsverksamhet omfattas av sekretess enligt 21 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen. Enligt den bestämmelsen kan sekretess gälla för uppgift om en enskilds bostadsadress eller annan jämförbar uppgift som kan lämna upplysning om var den enskilde bor stadigvarande eller tillfälligt, den enskildes telefonnummer, e-postadress eller annan jämförbar uppgift som kan användas för att komma i kontakt med denne samt för motsvarande uppgifter om den enskildes anhöriga. Detta gäller om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne kan komma att utsättas för hot eller våld eller lida annat allvarligt men om uppgiften röjs. Även del av en adressuppgift som kan användas för att ta reda på var den enskilde bor omfattas av bestämmelsen.⁸⁸ I HOSP-registret finns i förekommande fall uppgift om den registrerades folkbokföringsort.

Eftersom sekretess enligt 21 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen gäller i all myndighetsverksamhet hindrar inte denna sekretess den föreslagna möjligheten för Socialstyrelsen att besluta om tillgång för andra myndigheter och offentliga vårdgivare till uppgifter i HOSP-registret genom direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande. Privata vårdgivare är däremot inte myndigheter och därför omfattas inte uppgifter hos dessa av sekretess enligt den bestämmelsen. De saknar emellertid enligt utredningens bedömning behov av elektronisk tillgång till uppgift om folkbokföringsort och Socialstyrelsen bör därför inte heller medge dem sådan tillgång till denna uppgift. Övriga uppgifter i HOSP-registret omfattas inte av 21 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen. Någon bestämmelse som bryter sekretessen enligt 21 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen behövs därför inte.

I Socialstyrelsens personaladministrativa verksamhet råder normalt sekretess för uppgifter om personnummer och födelsedatum (39 kap. 3 § OSL och 10 § offentlighets- och sekretessförordningen). Uppgifterna om namn och personnummer i HOSP-registret behandlas dock inte i personaladministrativ verksamhet hos Socialstyrelsen och omfattas därför inte av denna sekretess. Någon bestämmelse som bryter denna sekretess behövs därför inte.

⁸⁸ Prop. 2005/06:161, *Sekretessfrågor – Skyddade adresser*, s. 98.

Utredningen gör bedömningen att den föreslagna möjligheten för myndigheter eller offentliga vårdgivare till elektronisk tillgång genom direktåtkomst eller annan elektroniskt utlämnande inte kan antas medföra att personuppgifterna efter utlämnandet behandlas i strid med dataskyddsförordningen eller dataskyddslagen. Detsamma gäller den föreslagna möjligheten för privata vårdgivare till elektronisk tillgång genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Någon bestämmelse som bryter sekretessen enligt 21 kap. 7 § offentlighets- och sekretesslagen behövs därför inte.

Utredningen gör också bedömningen att de uppgifter i HOSP-registret som föreslås kunna lämnas ut elektroniskt till myndigheter och vårdgivare inte omfattas av några andra bestämmelser om sekretess. Ett sekretessgenombrott behöver alltså bara gälla folkbokföringssekretess.

Sekretessbrytande reglering införs för folkbokföringssekretessen

Utredningen gör i avsnitt 7.11 bedömningen att de uppgifter i HOSP-registret som enligt utredningens förslag ska lämnas ut till allmänheten genom en sökfunktion på internet inte kan anses särskilt känsliga och att det därför i praktiken inte kan uppkomma någon situation där det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om dessa uppgifter röjs på detta sätt. När det gäller övriga uppgifter i HOSP-registret gör utredningen en annan bedömning. I avsnitt 8.3.2 framgår att utredningen anser att uppgifterna i registret om återkallelse av legitimation, provotid och begränsning av förskrivningsrätt samt uppgift om folkbokföringsort kan betecknas som integritetskänsliga.

Att uppgifterna används för det ändamål enligt 5 § HOSP-förordningen för vilket de lämnas ut kan, enligt utredningens bedömning, inte ge särskild anledning att anta att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs.

Om en myndighet har direktåtkomst till uppgifter hos en annan myndighet och dessa uppgifter omfattas av sekretess hos den utlämnande myndigheten, överförs sekretessen till den mottagande myndigheten (11 kap. 4 § OSL). Därför får de uppgifter som utlämnas genom direktåtkomst samma sekretesskydd hos den mottagande myndigheten eller offentliga vårdgivaren som hos Social-

styrelsen. Detta gäller dock inte om en sekretessbestämmelse till skydd för samma intresse redan är tillämplig på uppgifterna hos den mottagande myndigheten (11 kap. 8 § OSL). Även uttryckliga undantag i offentlighets- och sekretesslagen från den sekretessbestämmelse som gäller hos den mottagande myndigheten har företräde framför den överförda sekretessen. Detta innebär att det kan vara så att en uppgift som omfattas av sekretess hos Socialstyrelsen inte gör det hos en myndighet eller offentlig vårdgivare som har direktåtkomst till uppgiften hos Socialstyrelsen. När det gäller elektronisk tillgång till uppgifter genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst finns det inte någon generell regel om överföring av sekretess mellan myndigheter (se avsnitt 5.3.3).

När en uppgift som omfattas av sekretess lämnas till en privat vårdgivare överförs ingen sekretess till den privata vårdgivaren. Vissa uppgifter kan dock vara skyddade av tystnadsplikt hos den privata vårdgivaren. Den bestämmelse om tystnadsplikt som finns i 6 kap. 12–14 §§ patientsäkerhetslagen gäller dock endast personer som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen hos den privata vårdgivaren. Med hälso- och sjukvårdspersonal avses i patientsäkerhetslagen den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården, personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter, den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare samt viss apotekspersonal, personal vid Giftinformationscentralen och personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning (1 kap. 4 §). Enligt utredningens bedömning är inte den personal som i samband med tjänstestillsättning och under anställning eller uppdrag kommer att få del av uppgifter från HOSP-registret att anse som hälso- och sjukvårdspersonal i patientsäkerhetslagens mening. Uppgifterna omfattas därför inte av tystnadsplikt hos den privata vårdgivaren.

Mot bakgrund av det ovan anförda kan man inte utgå från att de utlämnade uppgifterna har samma sekretesskydd hos den mottagande myndigheten eller offentliga vårdgivaren som hos Socialstyrelsen. Inte heller omfattas de utlämnade uppgifterna av tystnadsplikt, eller sekretess, hos en privat vårdgivare. Socialstyrelsen måste dock enligt utredningens mening inför varje beslut om elektronisk tillgång göra en intresseavvägning mellan behov och integritetsrisker och dessutom samråda med Integritetsskyddsmyndigheten (se avsnitt 8.3.3). I denna

intresseavvägning ska givetvis frågan om hur känsliga uppgifter den elektroniska tillgången ska avse och vilket skydd uppgifterna kommer att få hos mottagaren väga tungt. Utredningen föreslår dessutom i avsnitt 8.3.5 och 8.3.7 att uttryckliga krav ska uppställas på att den elektroniska tillgången inte får vara mer omfattande än vad mottagaren behöver för att utföra sina arbetsuppgifter och att mottagaren inte får behandla (inklusive lämna ut) personuppgifterna för något annat ändamål än det för vilket de lämnats ut. Utredningen gör därför bedömningen att det finns tillräckliga garantier för att det i praktiken inte kommer att uppkomma någon situation där det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs genom den föreslagna möjligheten till elektronisk tillgång.

Utredningen anser sammanfattningsvis att det bör föreskrivas i offentlighets- och sekretessförordningen att folkbokföringssekretessen inte gäller när Socialstyrelsen lämnar ut uppgifter enligt ett beslut om elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret.

8.3.9 Information till de registrerade

I dataskyddsförordningen finns det bestämmelser om information till den registrerade i samband med att personuppgifter samlas in. Artikel 13 i dataskyddsförordningen gäller information som ska lämnas när personuppgifter samlas in från den registrerade, medan artikel 14 i dataskyddsförordningen gäller information som ska lämnas när personuppgifterna som samlats in inte har erhållits från den registrerade.

Personuppgifterna i HOSP-registret har inte erhållits från den registrerade. I sådant fall gäller, enligt artikel 14.5 c i dataskyddsförordningen, ett undantag från informationsskyldigheten när utlämnande av uppgifter uttryckligen föreskrivs genom nationell rätt som fastställer lämpliga åtgärder för att skydda den registrerades berättigade intressen. Utlämnandet av personuppgifterna är enligt utredningens förslag uttryckligen föreskrivet i HOSP-förordningen, som för detta fall också fastställer lämpliga åtgärder för att skydda den registrerades berättigade intressen (se avsnitt 8.3.3, 8.3.4, 8.3.5 och 8.3.7). Någon information till de registrerade om att personuppgifterna kan komma att lämnas ut till myndigheter och

vårdgivare enligt Socialstyrelsens beslut skulle således inte behövas enligt dataskyddsförordningen.

Den som är registrerad i HOSP-registret har emellertid i dag, utöver vad som framgår av artikel 13 och 14 i dataskyddsförordningen, rätt att av Socialstyrelsen, som är personuppgiftsansvarig, få information om bl.a. vad som gäller i fråga om sökbegrepp, direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling. Utredningen föreslår i avsnitt 7.10 att Socialstyrelsen ska lämna den som är registrerad information om vad som gäller även i fråga om annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Den informationen kan t.ex. lämnas genom upplysningar på Socialstyrelsens webbplats.

8.4 Utlämnanden i enstaka fall genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst

Utredningens förslag: Socialstyrelsen får i enstaka fall lämna ut uppgifter i HOSP-registret genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst utan förhandssamråd med Integritetsskyddsmyndigheten. Möjligheten till regelmässigt utlämnande på medium för automatiserad behandling tas därför bort i HOSP-förordningen.

Det är enligt utredningens mening inte rimligt att varje elektroniskt utlämnande av uppgifter ur HOSP-registret ska kräva ett förhandssamråd med Integritetsskyddsmyndigheten, ett uttryckligt beslut med ett omfattande innehåll och en försäkran om att frågorna om behörighet, åtkomstkontroll och säkerhet är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt. Dessa integritetsstärkande krav bör reserveras för de fall där en automatiserad elektronisk tillgång medges. Liksom i dag bör Socialstyrelsen t.ex. kunna besvara manuellt gjorda förfrågningar om innehållet i registret genom mejl. Däremot bör kraven gälla vid alla medgivanden av direktåtkomst, som alltid är förknippad med automation.

Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen i enstaka fall ska få lämna ut uppgifter i registret, för sådana ändamål som anges i 4 och 5 §§ HOSP-förordningen, genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst utan förhandssamråd med Integritetsskyddsmyndigheten m.m. Exempel på sådana enstaka fall kan vara

när företag som tillhandahåller e-receptlösningar kontrollerar förskrivarkod och behörighet för en förskrivare när förskrivaren ansluter sig till en sådan e-receptlösning samt när bemanningsföretag gör motsvarande kontroll när företaget avser att anlita en person. Sådana fall får anses vara enstaka fall trots att många personer kan tänkas ansluta sig eller anlitas. Elektroniska utlämnanden i andra fall än enstaka fall, dvs. regelbundna eller frekvent förekommande elektroniska utlämnanden, kommer därmed inte att vara tillåtna för Socialstyrelsen annat än om styrelsen iakttar de integritetsstärkande kraven. Bestämmelsen i 7 § HOSP-förordningen om att personuppgifterna i registret får lämnas ut på medium för automatiserad behandling om uppgifterna ska behandlas för de i förordningen tillåtna ändamålen tas därför bort enligt utredningens förslag.

8.5 Utökad elektronisk tillgång för vissa aktörer

8.5.1 Inledning

I detta avsnitt berörs de skrivelser om önskemål om förändringar i HOSP-förordningen gällande tillgång till uppgifter i HOSP-registret som regeringen mottagit och som överlämnats till utredningen. Beträffande respektive önskemål om sådan tillgång gör utredningen en bedömning av om önskemålet bör tillgodoses och, om så är fallet, om det kan tillgodoses genom den öppna tillgång till vissa uppgifter i HOSP-registret som föreslås i kapitel 7 eller det utlämnande i enstaka fall genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst som föreslås i avsnitt 8.4. Är det inte tillräckligt med tillgång via internet, gör utredningen också en bedömning av om önskemålet kan tillgodoses inom ramen för de befintliga ändamålen för HOSP-registret eller om ett nytt ändamål bör införas.

Enligt utredningens förslag ska Socialstyrelsen få möjlighet att medge elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret (avsnitt 8.3). Gör utredningen bedömningen att önskemålet bör tillgodoses, på annat sätt än genom tillgång via internet eller elektroniskt utlämnande i enstaka fall, bör alltså Socialstyrelsen, eventuellt efter att ett nytt ändamål införs, använda den föreslagna möjligheten och medge elektronisk tillgång.

Avslutningsvis berörs behoven av elektronisk tillgång till uppgifterna i HOSP-registret för andra myndigheter än som berörs

tidigare i avsnittet, eller som i dag får ha direktåtkomst. De myndigheter som i dag får ha direktåtkomst berörs i avsnitt 8.6.

8.5.2 Försäkringskassan

Utredningens bedömning: Försäkringskassans behov av tillgång till uppgifter i HOSP-registret kan tillgodoses genom den öppna tillgång på internet som föreslås i kapitel 7.

Försäkringskassan administrerar det statliga tandvårdsstödet och betalar ut ersättning till vårdgivare enligt bestämmelserna i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd (STL) och förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd (STF). För att en vårdgivare ska kunna få ersättning ska vårdgivaren vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd (3 kap. 1 § STL). Ansökan om anslutning till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd ska göras av vårdgivaren. För att bli ansluten till det elektroniska systemet ska vårdgivaren vara legitimerad tandläkare eller tandhygienist eller, genom anställning eller på annat sätt, anlita sådan personal, se 18 § förordningen om statligt tandvårdsstöd. I tidigare lagstiftning om statligt tandvårdsstöd, lagen (1962:381) om allmän försäkring, angavs i 2 kap. 3 § tredje stycket att ersättning endast lämnas om tandvården utförts av en legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist. Det finns inte i lagen eller förordningen om statligt tandvårdsstöd något uttryckligt krav på att tandvården ska ha utförts av en legitimerad tandläkare eller tandhygienist för rätt till ersättning. I förarbetena till de nuvarande bestämmelserna anges dock att det inte finns någon anledning att i det nya tandvårdsstödet gå ifrån kravet på legitimation, även om det redan av lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (nuvarande patientsäkerhetslagen) framgår att endast den som har legitimation för yrket eller särskilt förordnats att utöva det är behörig att utöva yrke som tandläkare eller tandhygienist.⁹ När en vårdgivare rapporterar uppgifter om utförd tandvård till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd ska vårdgivaren lämna ett antal uppgifter, bl.a. uppgifter om

⁹ Se prop. 2007/08:49 *Statligt tandvårdsstöd*, s. 94 f.

den behandlande tandläkarens eller tandhygienistens namn och personnummer (3 kap. 3 § STL och 15 § STF). Försäkringskassan har även möjlighet att avansluta en vårdgivare från det statliga tandvårdssystemet om denne inte uppfyller de krav som ställs gällande kraven på legitimerad personal (19 § 3 STF). Försäkringskassan har i uppdrag att säkerställa att felaktiga utbetalningar inte görs och att motverka bidragsbrott (2 § 3 förordningen [2009:1174] med instruktion för Försäkringskassan). Även i förarbetena till det statliga tandvårdsstödet anfördes att det grundläggande är att säkerställa att risken för felaktigt utnyttjande minimeras och att de uppgifter som ligger till grund för utbetalningarna kan kontrolleras.¹⁰

Försäkringskassan har i en skrivelse till regeringen begärt att myndigheten ska medges direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret.¹¹ Försäkringskassan har i skrivelsen och vid kontakter med utredningen beskrivit myndighetens behov av elektronisk tillgång till uppgifterna i HOSP-registret på följande sätt. Försäkringskassan behöver kontrollera att en vårdgivare har legitimerad personal, dels vid anslutning av en vårdgivare till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd, dels vid uppföljning av om kravet på legitimerad personal är uppfyllt hos en redan ansluten vårdgivare. Försäkringskassan behöver även vid varje utbetalning kontrollera att den person som uppges som behandlare av en utförd tandvårdsåtgärd är legitimerad tandläkare eller tandhygienist. Uppgifterna från HOSP-registret är därför viktiga för att säkerställa att felaktiga utbetalningar inte görs och motverka bidragsbrott. I dag kan förfrågningar till Socialstyrelsen endast göras manuellt via telefon eller mejl genom att Försäkringskassan frågar om en person med visst personnummer har legitimation som tandläkare eller tandhygienist. Det skulle vara alltför administrativt betungande för Försäkringskassan att skicka förfrågningar avseende varje ansökan om utbetalning av tandvårdsstöd, då det rör sig om cirka 10 miljoner ansökningar per år. Förfrågan skickas därför endast vid anslutning av en vårdgivare till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd. Om Försäkringskassans elektroniska system på ett automatiserat sätt i HOSP-registret skulle kunna kontrollera om en viss behandlare har rätt legitimation, skulle det möjliggöra kontroller i samtliga

¹⁰ Se prop. 2007/08:49 s. 90 och prop. 2016/17:153 *Det statliga tandvårdsstödet förbättrad information, kontroll och uppföljning*, s 23 f.

¹¹ Försäkringskassan, dnr 014351–2018, den 19 november 2019 och komplettering, den 26 juni 2020.

fall. Detta skulle kunna ske genom att Socialstyrelsen tillhandahåller ett öppet API, som gör det möjligt att automatiserat ställa frågor och få svar från HOSP-registret eller genom annat elektroniskt utlämnande, t.ex. genom en skräddarsydd fråga-svar-lösning. Försäkringskassan har egentligen inte behov av just direktåtkomst till uppgifterna i HOSP-registret. Endast en sökmöjlighet på vanlig webbsida med en sökruta skulle emellertid inte vara tillräckligt för att möta behoven, eftersom även det skulle innebära att manuell hantering krävs i varje fall. Försäkringskassan har ett stort behov av att kunna utföra dessa kontroller för att motverka felaktiga utbetalningar. Det finns indikationer på att det kan vara så många som 2 000 av de cirka 14 000 registrerade i det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd som inte har legitimation.

Utredningens bedömning

Försäkringskassan har behov av att kontrollera om en vårdgivare som begär att få anslutas till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd är legitimerad tandläkare eller tandhygienist eller, genom anställning eller på annat sätt, anlitar sådan personal. När det gäller utbetalning av tandvårdsstöd finns det visserligen inte i lagen eller förordningen om statligt tandvårdsstöd något uttryckligt krav på att tandvården ska ha utförts av en legitimerad tandläkare eller tandhygienist för rätt till ersättning. Mot bakgrund av vad som framgår i förarbetena till lagen om tandvårdsstöd anser dock utredningen att Försäkringskassan får anses ha ett berättigat behov av att kontrollera även i fall utförande tandläkare respektive tandhygienist är legitimerad. Försäkringskassan har därför behov av tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Försäkringskassan har emellertid endast behov av att veta om en person med ett visst person- eller samordningsnummer har legitimation som tandläkare eller tandhygienist. Detta är en sådan uppgift som utredningen i avsnitt 7.6 och 7.8 föreslår att Socialstyrelsen ska tillhandahålla genom ett öppet API, som gör det möjligt att automatiserat ställa flera eller upprepade frågor och få svar. Försäkringskassan har förklarat att en sådan lösning skulle motsvara myndighetens behov. Utredningen gör därför bedömningen att Försäkringskassans behov kan tillgodoses genom den öppna tillgång till vissa uppgifter i HOSP-registret som föreslås i kapitel 7.

8.5.3 Läkemedelsverket

Utredningens bedömning: Socialstyrelsen bör använda den i avsnitt 8.3 föreslagna möjligheten för att medge Läkemedelsverket elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret.

I Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel finns krav på specialistbehörighet hos förskrivaren vid förordnande av vissa godkända läkemedel för att apotek ska få lämna ut läkemedlet. Förskrivare som saknar aktuell behörighet att förordna (dvs. förskriva) dessa läkemedel kan enligt föreskrifterna ansöka om dispens hos Läkemedelsverket (6 §). En dispens är ett tillstånd knutet till en viss förskrivare och en arbetsplatskod. Om det finns särskilda skäl, kan Läkemedelsverket på ansökan av läkaren och efter prövning i det enskilda fallet medge dispens. I regel beviljas dispens för ett år i taget.¹² Vid utlämnande av läkemedlet ska apoteket kontrollera att förskrivaren var behörig att förordna läkemedlet; giltig dispens ska finnas vid tidpunkten då recept utfärdas. Läkemedelsverket skickar information om beviljade dispenser elektroniskt till E-hälsomyndigheten. Apoteken kan hos E-hälsomyndigheten ta del av informationen via Registret för individuella förskrivarebehörigheter (RIF). Apotek har i och med detta möjlighet att kontrollera dispenser direkt i sina it-stöd.

Läkemedelsverket har i en skrivelse till regeringen begärt att myndigheten ska medges direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret.¹³ Läkemedelsverket har i skrivelsen och vid kontakter med utredningen beskrivit myndighetens behov av elektronisk tillgång till uppgifterna i HOSP-registret på följande sätt. Läkemedelsverket behöver i ärenden om dispens kontrollera en sökande läkares yrke, specialitet, datum för utfärdande av legitimation respektive bevis om specialistkompetens, datum när ett tidsbegränsat behörighetsbevis upphör att gälla, beslut om provotid och datum för återkallelse av legitimation samt förskrivarkod och omfattning av förskrivningsrätt. För att få dessa uppgifter skickar Läkemedelsverket mejl till Socialstyrelsen. Detta innebär mycket manuellt arbete och fördröjer

¹² Vägledning till Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel, version 2, augusti 2020, s. 4, dnr: 3.2.1-2020-053656.

¹³ Läkemedelsverket, dnr: 3.1-2017-037465, den 12 maj 2017.

handläggningen av dispensärendet, ibland med flera veckor. Läke-medelsverket gör 400–500 förfrågningar per år. Detta antal kan dock komma att öka, eftersom fler begränsningar förväntas tillkomma i föreskriften HSLF-FS 2017:74. Det finns dock egentligen inte behov av just direktåtkomst till uppgifterna i HOSP-registret. Det vore tillräckligt om Socialstyrelsen tillhandahöll ett öppet API, eller genom annat elektroniskt utlämnande, tex genom en skräddarsydd fråga-svar-lösning, gjorde det möjligt för Läke-medelsverket att automatiserat ställa frågor till, och få svar från, HOSP-registret. En sökmöjlighet på en vanlig webbsida med en sökruta skulle innebära en viss förbättring av situationen, men eftersom en sådan lösning ändå skulle innebära ett behov av manuell hantering hos Läke-medelsverket skulle detta inte helt möta myndighetens behov. Läke-medelsverket har tidigare haft i regeringsuppdrag att analysera och lämna förslag till hur uppgifter om dispenser att förskriva läkemedel som meddelats av Läke-medelsverket och vissa delegeringar kan automatiseras och digitaliseras så att ansökningsförfarandet och informationsöverförandet från Läke-medelsverket till E-hälsomyndigheten kan integreras i en lösning framtagen för att presentera aktuell informationen för apoteken.¹⁴ Läke-medelsverket förväntar sig att få en fortsättning på detta uppdrag, dvs. att även analysera och lämna förslag på hur Läke-medelsverket ska kunna automatisera och digitalisera resten av dispensprocessen hos Läke-medelsverket. Elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret är en förutsättning för att en sådan digitalisering ska vara möjlig. Det skulle även underlätta myndighetens fortsatta digitaliseringsarbete i stort. Läke-medelsverket har även varit involverat i det uppdrag som E-hälsomyndigheten har att automatisera och digitalisera kontrollen av individuella förskrivningsbehörigheter.¹⁵

Utredningens bedömning

Läke-medelsverket har behov av att i ärenden om dispens kontrollera en sökandes läkares yrke, specialitet, datum för utfärdande av legitimation respektive bevis om specialistkompetens, datum när ett tidsbegränsat behörighetsbevis upphör att gälla, beslut om provotid och

¹⁴ S2017/01865/FS.

¹⁵ Se Socialdepartementet, dnr S2016/03790/FS.

datum för återkallelse av legitimation samt förskrivarkod och omfattning av förskrivningsrätt. Läkemedelsverket har därför behov av tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Vissa av dessa uppgifter är sådana uppgifter som enligt utredningens förslag i avsnitt 7.6 och 7.8 inte ska tillhandahållas av Socialstyrelsen genom det öppna API som föreslås. Dessa uppgifter kan, som utredningen gör gällande i avsnitt 7.8.4 och 7.8.5, ses som uppgifter av mer privat natur och därmed i viss mån av känslig karaktär. Utredningen gör dock bedömningen att dessa uppgifter i regel inte kan anses vara av särskilt känslig art och att ett utlämnande till Läkemedelsverket för ett visst begränsat ändamål är motiverat. Enligt utredningens bedömning har Läkemedelsverket ett befogat behov av att medges tillgång till uppgifter i HOSP-registret genom i vart fall annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. I enlighet med utredningens förslag i avsnitt 8.3.2, får Socialstyrelsen medge en myndighet elektronisk tillgång till uppgifter i registret utefter den sökandes behov. Frågan om den elektroniska tillgången bör ges genom direktåtkomst eller annat elektronisk utlämnande lämnar utredningen till Socialstyrelsen att bedöma, också det i enlighet med utredningens förslag i avsnitt 8.3.2. Det finns inte något ändamål i HOSP-förordningen som innebär att personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas för att Läkemedelsverket i dispensärenden ska kunna kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet. Utredningen gör därför bedömningen att önskemålet inte kan tillgodoses inom ramen för de befintliga ändamålen för HOSP-registret utan att ett nytt ändamål bör införas, se vidare om detta i avsnitt 8.7.4.

8.5.4 Universitets- och högskolerådet

Utredningens bedömning: Universitets- och högskolerådets behov av tillgång till uppgifter i HOSP-registret kan tillgodoses genom den öppna tillgång på internet som föreslås i kapitel 7.

För att en person ska få antas till ett utbildningsprogram som leder till barnmorskeexamen eller specialistsjuksköterskeexamen krävs att personen har legitimation som sjuksköterska som utfärdats av Socialstyrelsen (se 7 kap. 29 § och bilaga 2 till högskoleförordningen [1993:1009]). I 7 kap. 2 § högskoleförordningen anges att för att en

sökande ska bli antagen krävs det att sökanden har grundläggande behörighet och dessutom den särskilda behörighet som kan vara föreskriven. Ett lärosäte får som sådan särskild behörighet för tillträde till en viss utbildning, meddela föreskrifter om krav på andra villkor än kunskaper från en eller flera kurser i gymnasieskolan eller motsvarande kunskaper om de betingas av utbildningen eller är av betydelse för det yrkesområde som utbildningen förbereder för (7 kap. 8 och 11 §§ högskoleförordningen). Vissa lärosäten har därför som krav för särskild behörighet för att en person ska få antas till psykoterapeututbildning att personen har legitimation som psykolog.

Frågor om antagning till utbildning vid ett lärosäte avgörs av lärosätet (7 kap. 4 § högskoleförordningen). Universitets- och högskolerådet har dock till uppgift att på uppdrag av statliga universitet och högskolor eller av enskilda utbildningsanordnare som har tillstånd att utfärda examina, biträda vid antagning av studenter och ansvara för ett samordnat antagningsförfarande (2 § förordningen [2012:811] med instruktion för Universitets- och högskolerådet). Universitets- och högskolerådet får också föra ett antagningsregister och där ange uppgifterna individuellt för varje student (4 kap. 1 § förordningen [1993:1153] om redovisning av studier m.m. vid universitet och högskolor). Registret får föras med hjälp av automatiserad behandling. Ändamålet med registret är att vara till hjälp för högskolor vid antagning av studenter, men uppgifterna i registret får också användas för de andra ändamål som särskilt angivits i förordningen.

Universitets- och högskolerådet har genom en hemställan till regeringen begärt att myndigheten ska ges direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret för ändamålet kontroll av sökande till vidareutbildningar där legitimation ingår som ett krav för behörighet.¹⁶ Utredningen har genom senare kontakter med Universitets- och högskolerådet fått behovet av elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret beskrivet på följande sätt. Universitets- och högskolerådet tar emot ansökningar till psykoterapeut-, barnmorske- och specialistsjuksköterskeutbildningar vid högskolor och universitet. Myndigheten behöver då stämma av mot uppgifterna i HOSP-registret att en sökande med visst personnummer har legitimation som sjuksköterska eller psykolog. Universitets- och högskolerådet ställer därför en fråga till Socialstyrelsen som behöver svar på med ja eller nej. Universitets- och högskolerådet har alltså behov av att få

¹⁶ Universitets och högskolerådet, dnr 1.1.1-01636-2019, den 24 oktober 2019.

elektronisk tillgång till uppgifterna om en sökande med visst person- eller samordningsnummer har legitimation eller inte och vilken legitimation den sökande har. Inhämtningen av dessa uppgifter sker för närvarande genom att en förfrågan via mejl skickas till Socialstyrelsen, vilket är resurskrävande och medför längre handläggningstider. Universitets- och högskolerådet gjorde inför höstterminen 2020 och vårterminen 2021 förfrågningar beträffande totalt cirka 16 600 sökanden. Universitets- och högskolerådet har dock egentligen inte behov av just direktåtkomst till uppgifterna i HOSP-registret. Det vore tillräckligt att Socialstyrelsen tillhandahåller ett öppet API, eller genom annat elektroniskt utlämnande, t.ex. genom en fråga-svar-lösning, gör det möjligt att automatiserat ställa frågor till, och få svar från, HOSP-registret. En sökmöjlighet på en webbplats med en sök-ruta skulle innebära en marginell förbättring av situationen, men eftersom en sådan lösning innebär ett behov av manuell hantering hos Universitets- och högskolerådet, skulle detta inte möta myndighetens behov.

Utredningens bedömning

Universitets- och högskolerådet har ett berättigat behov av att kontrollera om att en sökande med visst person- eller samordningsnummer har legitimation som sjuksköterska eller psykolog. Myndigheten behöver av den anledningen tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Universitets- och högskolerådet har emellertid endast behov av sådana uppgifter som utredningen i avsnitt 7.6 och 7.8 föreslår att Socialstyrelsen ska tillhandahålla genom ett öppet API. Universitets- och högskolerådet har förklarat att en sådan lösning, som gör det möjligt att automatiserat ställa flera eller upprepade frågor och få svar skulle tillgodose myndighetens behov. Utredningen gör därför bedömningen att Universitets- och högskolerådets behov kan tillgodoses genom den öppna tillgång till vissa uppgifter i HOSP-registret som föreslås i kapitel 7.

8.5.5 Universitet och högskolor

Utredningens bedömning: Universitets och högskolors behov av tillgång till uppgifter i HOSP-registret kan tillgodoses genom den öppna tillgång på internet som föreslås i kapitel 7.

För att en student ska få en barnmorske- eller specialistsjuksköterskeexamen ställs krav på att studenten har fullgjort kursfordringar om visst antal högskolepoäng samt att studenten har legitimation som sjuksköterska (se 6 kap. 4 och 5 §§ samt bilaga 2 till högskoleförordningen [1993:1009]). Examen utfärdas av den statliga högskola eller universitet eller den enskilda utbildningsanordnare som fått tillstånd till detta i enlighet med högskolelagen, högskoleförordningen och lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina. Som nämnts i avsnitt 8.5.4 avgör lärosätet även frågor om antagning till utbildning vid lärosätet.

Enligt förordningen (1993:1153) om redovisning av studier m.m. vid universitet och högskolor ska varje högskola och universitet dokumentera uppgifter om studenter och föra ett studieregister. Uppgifter som ska dokumenteras om varje student är t.ex. uppgifter om behörighet, urvalsgrund, antagning, studieresultat, betyg och examen. För att dokumentera dessa uppgifter använder sig lärosätena av ett gemensamt system, Ladok.

Sveriges universitets- och högskoleförbund (SUHF) har i en skrivelse¹⁷ till regeringen begärt att de universitet eller högskolor som behöver uppgifter om yrkeslegitimation från HOSP-registret för att bedöma behörighet vid viss antagning och för att utfärda viss examen¹⁸ ska få direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret. SUHF har genom skrivelsen och kontakter med utredningen beskrivit lärosätenas behov av elektronisk tillgång till uppgifterna i HOSP-registret på följande sätt. För att ett lärosäte ska kunna fatta beslut om antagning till barnmorske- eller specialistsjuksköterskeutbildning och

¹⁷ Sveriges universitets- och högskoleförbund, dnr 0036–19, den 24 oktober 2019.

¹⁸ Blekinge tekniska högskola, Ersta Sköndal, Bräcke högskola, Göteborgs universitet, Högskolan Dalarna, Högskolan i Borås, Högskolan i Gävle, Högskolan i Halmstad, Högskolan i Skövde, Högskolan Kristianstad, Högskolan Väst, Karlstads universitet, Karolinska institutet, Linköpings universitet, Linnéuniversitetet, Luleå tekniska universitet, Lunds universitet, Malmö universitet, Mittuniversitetet, Mälardalens högskola, Röda Korsets Högskola, Sophiahemmet Högskola, Stiftelsen Högskolan i Jönköping, Umeå universitet, Uppsala universitet och Örebro universitet. Med reservation för att uppgifterna om berörda lärosäten kan ändras beroende på lokala beslut om utbildningsutbudet.

utfärda barnmorske- eller specialistsjuksköterskeexamen beträffande en person behöver lärosätet ställa en fråga till Socialstyrelsen om den aktuella personen har legitimation som sjuksköterska. Detta sker genom att lärosätet skickar mejl till Socialstyrelsen med frågan om en viss person har efterfrågad legitimation. Socialstyrelsen besvarar sedan frågan via mejl med ja eller nej. Socialstyrelsen har tidvis haft lång handläggningstid för att besvara frågor, i vissa fall har det tagit upp till två månader att få svar. Eftersom beslut om antagning eller utfärdande av examen inte kan ske innan svar kommit från Socialstyrelsen, har detta i flera fall försenat handläggningen. Den försenade handläggningen har inneburit att färdigutbildad vårdpersonal inte kunnat komma ut i arbete hos vårdgivarna som barnmorska eller specialistsjuksköterska i väntan på beslut. Det är därför viktigt att Socialstyrelsen kan svara skyndsamt på lärosätenas frågor om de uppgifter om yrkeslegitimationer som finns i HOSP-registret. Lärosätena skickar förfrågningar beträffande cirka 2 700 studenter per år.¹⁹ Lärosätena har dock inte behov av just direktåtkomst till uppgifterna i HOSP-registret. Det vore tillräckligt att Socialstyrelsen genom ett öppet API, eller genom annat elektroniskt utlämnande, t.ex. genom en skräddarsydd fråga-svar-lösning, gör det möjligt för lärosätena att genom Ladok-systemet automatiserat ställa frågor till, och få svar från, HOSP-registret. En sökmöjlighet på en vanlig webbplats med en sökruta skulle innebära en viss förbättring av situationen, men eftersom en sådan ändå skulle innebära ett behov av manuell hantering hos lärosätena, skulle detta inte helt möta lärosätenas behov.

Utredningens bedömning

Vissa universitet och högskolor har behov av att kontrollera om sökanden och studenter har legitimation som sjuksköterska. Dessa universitet och högskolor har av den anledningen behov av tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Behovet gäller dock endast frågan om en person med ett visst person- eller samordningsnummer har legitimation som sjuksköterska. Detta är en sådan uppgift som utredningen i avsnitt 7.6 och 7.8 föreslår att Socialstyrelsen ska tillhandahålla genom ett öppet API. SUHF har förklarat att en sådan

¹⁹ Under åren 2017–2019 har i genomsnitt 356 barnmorskeexamina respektive 2 343 specialist-sjuksköterskeexamina utfärdats av högskolor och universitet i Sverige enligt uppgift från Universitetskanslersämbetets Statistikdatabas *Högskolan i Siffror*.

lösning, som gör det möjligt att automatiserat ställa flera eller upprepade frågor och få svar, skulle tillgodose lärosätenas behov. Utredningen gör därför bedömningen att universitetens och högskolornas behov kan tillgodoses genom den öppna tillgång till vissa uppgifter i HOSP-registret som föreslås i kapitel 7.

8.5.6 Andra myndigheter än de som i dag får ha direktåtkomst

Utredningens bedömning: Behovet av elektronisk tillgång hos övriga myndigheter kan tillförsäkras genom den föreslagna öppna tillgången via internet, den föreslagna möjligheten till utlämnanden i enstaka fall genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst eller den föreslagna möjligheten för Socialstyrelsen att medge myndigheter elektronisk tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Behovet kan tillgodoses inom ramen för befintliga och föreslagna ändamål.

Utredningen har inte gjort någon rundfrågning hos andra statliga eller kommunala myndigheter om behovet av elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Utredningen bedömer att behovet av sådan tillgång hos andra myndigheter än de som berörs i detta avsnitt eller som i dag får ha direktåtkomst (se avsnitt 8.6) kommer att kunna tillgodoses inom ramen för befintliga och föreslagna ändamål. Tillgång till uppgifterna kan försäkras genom den föreslagna öppna tillgången via internet (se kapitel 7), den föreslagna möjligheten till utlämnanden i enstaka fall genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst (avsnitt 8.4) eller den föreslagna möjligheten för Socialstyrelsen att medge myndigheter elektronisk tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande (se avsnitt 8.3).

Utöver de myndigheter som berörs specifikt ovan har också E-hälsomyndigheten fortsatt behov av tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Genom den föreslagna möjligheten för Socialstyrelsen att medge andra myndigheter tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till uppgifter i HOSP-registret kan Socialstyrelsen medge E-hälsomyndigheten den elektroniska tillgång till uppgifterna som E-hälsomyndigheten i dag har. Utredningen förutsätter att så sker.

8.6 De myndigheter som i dag får ha direktåtkomst

Utredningens förslag: Bestämmelserna som ger Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Transportstyrelsen och offentliga vårdgivare möjlighet att ha direktåtkomst till uppgifter i HOSP-registret tas bort.

Utredningens bedömning: Socialstyrelsen bör, i de fall den öppna tillgång på internet som föreslås i kapitel 7 inte är tillräcklig, besluta att medge dessa myndigheter elektronisk tillgång till uppgifter i samma utsträckning som enligt nuvarande reglering. Socialstyrelsen ska då överväga om tillgången behöver avse direktåtkomst eller om det räcker med annat elektroniskt utlämnande.

I dag får IVO, Transportstyrelsen och offentliga vårdgivare ha direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret (7 c–e §§ HOSP-förordningen). Som utredningen redogör för i avsnitt 8.3.2 finns det flera fördelar med att frågor om direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande regleras genom detaljerade myndighetsbeslut, i stället för i HOSP-förordningen. En bestämmelse i HOSP-förordningen som möjliggör för Socialstyrelsen att medge myndigheter elektronisk tillgång (se avsnitt 8.3) skapar förutsättningar för en mer enhetlig reglering i HOSP-förordningen om myndigheters elektroniska tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Det framstår som ologiskt, och onödigt tyngande, att i förordningen då behålla bestämmelser om vissa myndigheters direktåtkomst. Utredningen föreslår därför att bestämmelserna i HOSP-förordningen om dessa myndigheters direktåtkomst tas bort, liksom de uppgiftsskyldigheter som har direkt koppling till direktåtkomsten. Det får förutsättas att Socialstyrelsen, om det inte är tillräckligt med den öppna tillgång på internet som föreslås i kapitel 7, beslutar att medge myndigheterna och offentliga vårdgivare elektronisk tillgång till samma uppgifter som i dag för samma ändamål och att Integritetsskyddsmyndigheten inte har några invändningar mot det. Därvid bör i samråd med myndigheterna övervägas om den elektroniska tillgången behöver avse direktåtkomst eller om det är tillräckligt med annat elektroniskt utlämnande.

8.7 Nya ändamål för HOSP-registret

Utredningens förslag: Personuppgifter i HOSP-registret får behandlas även för att

- a) framställa statistik om hälso- och sjukvård enligt lagen (2001:99) om den officiella statistiken,
- b) lämna uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag, och
- c) kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel.

Utredningens bedömning: Det är förenligt med dataskyddsförordningen att införa bestämmelser i svensk rätt om behandling av personuppgifter i enlighet med utredningens förslag.

8.7.1 Inledning

De ändamål för vilka personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas anges i 4 och 5 §§ HOSP-förordningen. Regleringen är uttömmande. Utredningen redogör i avsnitt 5.2.3 utförligt för de ändamål för vilka uppgifterna får behandlas. I de fall det finns behov av att behandla uppgifterna i HOSP-registret för andra ändamål måste därför nya ändamål införas i förordningen.

Utredningen föreslår i avsnitt 7.9 att ett nytt ändamål ska införas i HOSP-förordningen som möjliggör att uppgifterna i HOSP-registret behandlas även för att ge allmänheten upplysning om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet. I detta avsnitt finns utredningens överväganden när det gäller övriga förslag där behov av ett nytt ändamål finns.

Enligt artikel 5.1 i dataskyddsförordningen får personuppgifter bara behandlas utifrån vissa grundläggande principer. En närmare redogörelse för dem finns i avsnitt 4.5 i delbetänkandet. Enligt principen om *ändamålsbegränsning (finalitetsprincipen)* i artikel 5.1 b i dataskyddsförordningen ska personuppgifter samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och de får inte

senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål. Ändamålsbegränsningen innebär alltså att den personuppgiftsansvarige måste hålla sig till insamlingsändamålen och ändamål som inte är oförenliga med dessa. Denna bedömning bör göras i förhållande till alla förslag om nya ändamål, även om det enligt artikel 23 i dataskyddsförordningen är tillåtet att under vissa förutsättningar genom nationell rätt begränsa det som gäller enligt artikel 5.1 i dataskyddsförordningen.

Innan redan insamlade personuppgifter ytterligare behandlas för ett annat syfte än det för vilket de insamlades, måste de registrerade enligt artikel 14.4 i dataskyddsförordningen informeras om bl.a. detta andra syfte. Undantag gäller, enligt artikel 14.5 b i dataskyddsförordningen, i den mån tillhandahållandet av sådan information skulle medföra en oproportionell ansträngning. Härtill kommer att det enligt artikel 23 i dataskyddsförordningen är tillåtet att under vissa förutsättningar genom nationell rätt begränsa de skyldigheter som finns enligt artikel 14 i dataskyddsförordningen.

8.7.2 Socialstyrelsens behandling för statistikändamål

Ett nytt ändamål

Socialstyrelsen är enligt lagen (2001:99) respektive förordningen (2001:100) om den officiella statistiken ansvarig för den officiella statistiken inom hälso- och sjukvård. Av bilagan till förordningen om den officiella statistiken framgår det att det är statistik om hälsa och sjukdomar, hälso- och sjukvård och dödsorsaker som omfattas av Socialstyrelsens uppdrag som statistikmyndighet. Detta innefattar enligt utredningen även viss statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, då det är sådan personal som utför själva hälso- och sjukvården. Genom förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen har myndigheten i uppdrag att följa, analysera och rapportera om bl.a. hälsa och hälso- och sjukvård genom statistikframställning. Socialstyrelsen ska dessutom på uppdrag av regeringen årligen ta fram underlag och redovisa bedömningar av tillgång och efterfrågan på barnmorskor, läkare och sjuksköterskor samt tandläkare och tandhygienister. Redovisningen presenteras genom rapporten Nationella planeringsstödet.²⁰ Rapporten beskriver bl.a.

²⁰ Socialstyrelsens årliga rapport om tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvården.

tillgången på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal nationellt och regionalt. Den visar också hur många som är på väg ut på arbetsmarknaden genom att redovisa antalet nya legitimationer som utfärdats.

Statistiken efterfrågas av andra statliga myndigheter, regioner, kommuner, journalister, allmänheten och intresseorganisationer men också internt av Socialstyrelsen för analys och planering. Den behövs framför allt för frågor som rör kompetensförsörjning, såsom frågeställningar kring planering av bemanning, utbildning och specialisering av hälso- och sjukvårdspersonal.

Något ändamål som innebär att personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas för att framställa statistik finns inte. För att Socialstyrelsen ska kunna fullgöra sitt uppdrag som statistikansvarig myndighet och sitt uppdrag att följa, analysera och rapportera om bl.a. hälso- och sjukvård genom statistikframställning behöver därför enligt utredningens mening ett nytt ändamål införas. Det bör uttryckligen anges att personuppgifterna i HOSP-registret också får behandlas för att framställa statistik om hälso- och sjukvård enligt lagen om den officiella statistiken.

Det huvudsakliga och ursprungliga ändamålet för behandlingen av personuppgifterna i HOSP-registret är att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (4 § HOSP-förordningen). Steget från det ändamålet till att framställa statistik om tillgången på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är inte särskilt långt, då frågor som hör samman med kompetensförsörjning får sägas ha ett nära samband med en sådan förteckning. Detta bör också de registrerade ha insett. Det ska här sägas att samlade uppgifter om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet enbart finns tillgängliga i HOSP-registret.

Enligt artikel 5.1 i dataskyddsförordningen gäller, utöver det som framgår av inledningen ovan, som huvudregel att ytterligare behandling av personuppgifter som sker för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller, som i detta fall, statistiska ändamål i enlighet med artikel 89.1 i dataskyddsförordningen, inte anses vara oförenlig med de ursprungliga ändamålen. Behandlingen måste dock omfattas av lämpliga skyddsåtgärder i enlighet med dataskyddsförordningen för den registrerades rättigheter och friheter. Det gör den enligt utredningens bedömning.

Det föreslagna nya ändamålet bedöms alltså vara förenligt med de ändamål som fanns angivna i HOSP-förordningen när respektive

personuppgift samlades in till HOSP-registret. Dessutom avser det nya ändamålet ett statistiskt ändamål som inte berörs av finalitetsprincipen.

I inledningen (avsnitt 8.7.1) redogör utredningen för vad som gäller i fråga om information till de registrerade enligt artikel 14.4. och 14.5 i dataskyddsförordningen. Utredningen gör bedömningen att det skulle medföra en oproportionell ansträngning att informera de registrerade i detta fall, då HOSP-registret innehåller uppgifter om hundratusentals personer och dessa uppgifter inte har samlats in från de registrerade.

Den rättsliga grunden

Dataskyddsregleringen utgår från att varje behandling av personuppgifter måste vila på en rättslig grund. I dataskyddsförordningen räknas dessa rättsliga grunder uttömmande upp i artikel 6.1. Behandlingen är rättsligt grundad om den t.ex. är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige eller för att utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 c och e i dataskyddsförordningen). Av skäl 45 till dataskyddsförordningen framgår att hälso- och sjukvårdsändamål, såsom folkhälsa och socialt skydd och förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster, inbegrips i allmänintresset. I delbetänkandet, avsnitt 4.6, redogör utredningen mer utförligt för vad som kan utgöra rättslig grund enligt dataskyddsförordningen.

Socialstyrelsen har genom sin instruktion, samt genom lagen och förordningen om den officiella statistiken, i uppdrag att framställa statistik om hälso- och sjukvård. Detta innefattar även viss statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och tillgången till sådan personal. Behandling av personuppgifterna i HOSP-registret för statistikframställning bedöms därmed i första hand nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar Socialstyrelsen, som också är personuppgiftsansvarig (3 a §).

Den rättsliga förpliktelsen är reglerad i lagen respektive förordningen om den officiella statistiken samt i förordningen med instruktion för Socialstyrelsen. Den föreslagna behandlingen är enligt utredningen förenlig med artikel 6 i dataskyddsförordningen.

Avvägning mellan behov och integritetsrisker

Att uppgifterna i HOSP-registret också får användas för statistikändamål innebär ett intrång i de registrerades personliga integritet eftersom det ökar tillgängligheten till uppgifterna inom Socialstyrelsen. Socialstyrelsens behov av att behandla personuppgifter för statistikändamål behöver därför vägas mot de integritetsrisker som är förknippade med behandlingen.

Enligt utredningens bedömning är integritetsriskerna med att Socialstyrelsen får behandla uppgifterna i HOSP-registret för statistikframställning relativt små. De integritetsrisker som finns kan enligt utredningen på ett godtagbart sätt motverkas, eller minskas kraftigt, genom integritetsstärkande utformning av regleringen. Utredningen föreslår en sådan utformning. För att minska risken för att ett nytt ändamål för statistik ska leda till en alltför vid möjlighet att använda uppgifterna i registret för statistikändamål föreslår utredningen, i enlighet med Socialstyrelsens framställan, en begränsning av ändamålet. Genom att begränsa ändamålet till framställande av statistik om hälso- och sjukvård enligt lagen om officiell statistik tillåts bara sådan behandling som är nödvändig för Socialstyrelsens verksamhet.

Det ska i detta sammanhang också nämnas att de hälsodata- och socialtjänstregister som förs av Socialstyrelsen omfattas av statistiksekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen, då dessa behandlas inom den särskilda statistikverksamheten vid myndigheten. Som framgår i avsnitt 5.3.1 omfattas uppgifterna i HOSP-registret inte i dag av denna sekretess utan av folkbokföringssekretessen enligt 6 § offentlighets- och sekretessförordningen. Sekretesskyddet är därmed svagt och det finns en presumtion för att uppgifterna är offentliga.

Genom utredningens förslag kommer de uppgifter från HOSP-registret som används för statistikändamål att i praktiken omfattas av statistiksekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen. Enligt den bestämmelsen, gäller sekretess i sådan särskild verksamhet hos en myndighet som avser framställning av statistik²¹ för uppgift som avser en enskilds personliga eller ekonomiska förhållanden och som kan hänföras till den enskilde. Enligt huvudregeln är sekretessen absolut, dvs. inte försedd med något skaderekvisit.

²¹ Med särskild verksamhet som avser framställning av statistik menas en allmänt utredande verksamhet, utan anknytning till särskilda ärenden, som organisatoriskt är avgränsad från annan verksamhet hos myndigheten, jfr prop. 1979/80:2 *med förslag till sekretesslag m. m.*, del A, s. 263 och prop. 2013/14:162 *Ändringar av statistiksekretessen*, s. 9.

Att sekretessen är absolut har bl.a. att göra med att integritetsintresset är påtagligt i statistikverksamhet. Det finns dock fyra undantag från huvudregeln om absolut sekretess då det i stället ska tillämpas sekretess med ett omvänt skaderekvisit. Uppgifterna kan då komma att lämnas ut i enlighet med de undantagsbestämmelser som framgår av 24 kap 8 § offentlighets- och sekretesslagen, exempelvis för forskningsändamål²². Uppgifter får i dessa fall lämnas ut om det står klart att det kan ske utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider skada eller men. Sammantaget innebär förslaget att uppgifterna vid statistikframställning kommer att omfattas av ett starkare sekretesskydd vilket stärker integritetsskyddet.

Det är utredningens sammanfattande slutsats att behoven av och fördelarna med att uppgifterna i HOSP-registret får behandlas för statistikändamål enligt lagen om den officiella statistiken överväger integritetsriskerna.

8.7.3 E-hälsomyndighetens behandling för ytterligare ändamål

Inledning

I HOSP-förordningen regleras tre särskilda ändamål som berör E-hälsomyndighetens verksamhet enligt följande

- att lämna uppgifter till den nationella läkemedelslistan enligt lagen om nationell läkemedelslista (5 § 2),
- att i samband med E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter enligt lagen om nationell läkemedelslista lämna uppgifter till den myndigheten för kontroll av identitet och behörighet i fråga om förskrivare, legitimerade sjuksköterskor utan behörighet att förskriva läkemedel, apotekare, receptarier och dietister (5 § 4), och
- att lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten för kontroll av förskrivares identitet och behörighet vid expediering på öppenvårdsapotek av läkemedel och andra varor som förskrivits (5 § 5).

²² Med forskningsändamål menas någonting annat än att uppgifterna behövs för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring, jfr RÅ 2004 ref. 9. Forskning förutsätter alltså att det finns ett vetenskapligt syfte.

E-hälsomyndigheten har i en skrivelse till regeringen begärt att dessa ändamål ska ersättas av ändamålet att *lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten för kvalitetssäkring, behörighets- och åtkomstkontroll, komplettering av uppgifter samt statistikändamål*.²³ E-hälsomyndigheten har som skäl för detta anfört att när myndigheten får nya uppdrag ökar behovet av tillgång till uppgifter i HOSP-registret för dessa ändamål. En fortsatt detaljreglering av ändamålen i HOSP-förordningen riskerar enligt E-hälsomyndigheten att medföra problem i de fall sådana behov uppstår som avser uppgifter, ändamål eller yrkeskategorier som inte räknas upp i ändamålen. Det vore enligt E-hälsomyndigheten mer ändamålsenligt med en mer flexibel lösning, som i stället avgränsas till ovan nämnda ändamål, eftersom det skulle möjliggöra utlämnande av sådana uppgifter som myndigheten har behov av, oavsett vilket register eller vilka yrkeskategorier som vid var tid är aktuella.

HOSP-förordningens ändamålsreglering behöver spegla det behov som E-hälsomyndigheten har av tillgång till uppgifter från HOSP-registret. Utredningen kommer därför i följande avsnitt att redogöra för myndighetens behov av sådana uppgifter.

E-hälsomyndighetens behov av uppgifter i HOSP-registret

E-hälsomyndighetens uppdrag framgår av förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten. E-hälsomyndigheten ska enligt instruktionen ansvara för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering. Myndigheten ska vidare samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet (1 §). Myndigheten ska även särskilt ansvara för det register som anges i lagen om nationell läkemedelslista (2 § 1) och tillhandahålla ett system för förmedling av ansökningar om tillstånd till försäljning av läkemedel enligt 4 kap. 10 § läkemedelslagen (2015:315) (2 § 12), kvalitets-säkra, förvalta, framställa och tillhandahålla nationell läkemedelsstatistik samt tillhandahålla ett system för analys av läkemedelsstatistik (2 § 5 och 6). E-hälsomyndigheten ska även utveckla och tillhandahålla digitala tjänster för att redovisa uppgifter i myndig-

²³ E-hälsomyndigheten, dnr. 2019/05878, den 9 december 2019.

hetens register i syfte att underlätta för den enskilde utifrån myndighetens verksamhetsområde (3 §).

När ett receptförskrivet läkemedel lämnas ut från ett öppenvårdsapotek till en patient är det alltid en farmaceut som ansvarar för utlämnandet av det förskrivna läkemedlet.²⁴ Ett förordnande får expedieras från öppenvårdsapotek endast om det utfärdats av en i Sverige behörig förskrivare (8 kap. 8 § Läkemedelsverkets föreskrifter [HSLF-FS 2019:32] om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit). Eftersom E-hälsomyndigheten ansvarar för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedels- hantering, behöver myndigheten ha tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Uppgifterna behövs dels för att tillhandahålla dem till expedierande personal på öppenvårdsapotek så att de kan kontrollera att förskrivaren är behörig, dels för att E-hälsomyndigheten ska kunna kontrollera att den person som ansvarar för utlämnandet är legitimerad farmaceut (dvs. apotekare eller receptarie).

Enligt 6 kap. 2 § lagen om nationell läkemedelslista ska E-hälsomyndigheten lämna ut vissa uppgifter till hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor, sjuksköterska utan sådan behörighet, till dietist och till farmaceut i hälso- och sjukvården. E-hälsomyndigheten behöver därför ha tillgång till uppgifter i HOSP-registret om förskrivares, sjuksköterskors, dietisters och farmaceuters (dvs. apotekares och receptariers) identitet och behörighet för att kunna kontrollera behörigheten innan uppgifter lämnas ut till dem.

Lagen om nationell läkemedelslista innehåller även bestämmelser om att hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att förskriva läkemedel i vissa fall ska begära hos E-hälsomyndigheten att få vissa uppgifter spärrade för direktåtkomst i den nationella läkemedelslistan och i vissa fall begära att en sådan spärr hävs (4 kap. 4 och 6 §§). Lagen innehåller även bestämmelser om direktåtkomst för hälso- och sjukvårdspersonal som har viss behörighet (5 kap. 3–5 §§). E-hälsomyndigheten behöver även på grund av dessa bestämmelser tillgång till uppgifter i HOSP-registret för att kunna kontrollera att den som begär en sådan spärr, upphävande av spärr eller direktåtkomst till uppgifter är behörig att göra detta.

²⁴ Prop. 2017/18:223 s. 28.

E-hälsomyndigheten är enligt lagen (2016:526) om behandling av personuppgifter i ärenden om licens för läkemedel personuppgiftsansvarig för myndighetens personuppgiftsbehandling i ärenden om ansökan om licens och får behandla personuppgifter enligt den lagen om det är nödvändigt för att E-hälsomyndigheten ska kunna ta emot och bevara uppgifter samt sammanföra handlingar i ärenden om ansökan om licens (7 och 8 §§). E-hälsomyndigheten ska enligt den nämnda lagen lämna ut uppgifter i ärenden om ansökan om licens till den som är behörig att förordna läkemedel och som i sin verksamhet har behov av sådana uppgifter (15 §). Det finns i lagen även särskilda bestämmelser om gallring av personuppgifter som lämnats till E-hälsomyndigheten av någon som är behörig att förordna läkemedel (19 §). E-hälsomyndigheten behöver därför ha tillgång till uppgifter i HOSP-registret för kontroll av förskrivares och farmaceuters behörighet dels vid skapande av motivering och ansökan, dels vid åtkomst till uppgifter i ärenden om licens.

E-hälsomyndigheten har vid kontakter med utredningen gett följande konkreta situationer som exempel på att myndigheten har behov av att kunna behandla uppgifterna i HOSP-registret för *kvalitetssäkring, validering och komplettering av uppgifter*. Sådant behov kan finnas för att i samband med expedition av recept komplettera systemets händelselogg med farmaceutens HOSP-id, även kallat legitimationskod,²⁵ om denna inte anges i anropet till tjänsten. Behov av kompletterande uppgifter om den person som har åtkomst finns även för att i samband med åtkomst till den nationella läkemedelslistan få nödvändiga uppgifter för att kunna genomföra en effektiv loggning och kontroll av åtkomsten. Sådant behov finns även rörande Läkemedelsverkets inrapportering av dispenser från begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel (se avsnitt 8.5.3). Läkemedelsverket rapporterar in beviljade dispenser till E-hälsomyndighetens register RIF (Register över individuella förskrivarbehörigheter) så att myndigheten kan tillgängliggöra dem för apoteken. E-hälsomyndigheten behöver då kunna kontrollera att angiven förskrivarkod finns i HOSP-registret och vilken behörighet innehavaren av förskrivarkoden har. Även i den kommande möjligheten till e-recept över landsgränser finns det behov av att få uppgifter från HOSP-registret. Vid apotekens inloggning i tjänsten via en webbapplikation anges inte farmaceutens namn utan i stället

²⁵ HOSP-id behandlas i HOSP-registret med stöd av 6 § 11 i HOSP-förordningen.

någon annan form av ID (tex. HOSP-id/legitimationskod eller personnummer). E-hälsomyndigheten behöver kunna skicka farmaceutens namn till den utländska kontaktpunkten och har därför behov av att kunna få ut uppgift om vilket namn som är knutet till en viss HOSP-id/legitimationskod.

E-hälsomyndigheten har även anfört att myndigheten har ett behov av att använda uppgifter från HOSP-registret vid behandling som inte är reglerad i författning, utan som följer av t.ex. regeringsuppdrag.²⁶ Det finns enligt myndigheten även ett behov av att behandla uppgifter i HOSP-registret för uppdrag som initialt ges till myndigheten genom regleringsbrev men som senare ska författningsregleras, som exempelvis *e-recept över landsgränser*.

E-hälsomyndigheten har utöver detta uttryckt behov av att få behandla uppgifter från HOSP-registret för statistikframställning och tillhandahållande av statistik enligt 2 § 5 och 6 förordningen med instruktion för E-hälsomyndigheten. Myndighetens behov av uppgifter från HOSP-registret för statistik berörs nedan i ett särskilt avsnitt.

Ett nytt ändamål för kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag

Utredningen anser att E-hälsomyndigheten har ett berättigat behov av elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret i samtliga de fall som beskrivs i avsnittet ovan, behovet av uppgifter för statistik berörs som nämnts i ett särskilt avsnitt. De ändamål som i dag finns i HOSP-förordningen täcker inte in dessa behov utan det finns anledning att ersätta de nuvarande ändamålen avseende E-hälsomyndigheten med ett nytt ändamål.

Det primära ändamålet med HOSP-registret är att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (se 4 §). Utredningen konstaterar att gemensamt för de fall då E-hälsomyndigheten behöver elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret är att myndigheten då har ett behov av att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet mot den aktuella förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som finns i HOSP-registret. Myndigheten behöver göra detta för att kunna utföra arbetsuppgifter till följd av åligganden för myndigheten som

²⁶ Exempelvis RIF – Uppdrag att automatisera och digitalisera kontrollen av individuella förskrivningsbehörigheter, S2016/03790/FS.

finns reglerade i författning eller genom regeringsuppdrag. Syftet med kontrollen kan i vissa fall beskrivas som ett behov av att kvalitetssäkra, validera eller komplettera uppgifter som E-hälsomyndigheten får in genom sina system, men kvalitetssäkringen, valideringen eller kompletteringen har alltid att göra med kontroll av behörighet. Kontrollen av behörigheten sker då i enlighet med författning eller regeringsuppdrag, där det på olika sätt framgår att någon i ett visst sammanhang ska ha en viss behörighet. När det gäller E-hälsomyndighetens behov av uppgifter i HOSP-registret med anledning av den kommande möjligheten till e-recept över landsgränser förutsätter utredningen att även denna behandling av personuppgifter kommer att regleras genom författning eller regeringsuppdrag.

Flera av ändamålen i HOSP-förordningen avser kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet (se 5 § 4–7 HOSP-förordningen). Det kan enligt utredningens mening ifrågasättas om ordet identitet bör finnas med i ändamålsbeskrivningarna. Med begreppet kontroll av identitet avses vanligen att kontrollera att en person har den identitet personen utger sig för att ha, dvs. att kontrollera att en person har det namn och personnummer som personen utger sig för att ha. I 6 § 1 HOSP-förordningen anges att registret får innehålla uppgift om namn, personnummer, samordningsnummer eller andra liknande identitetsbeteckningar och kön. Avsikten med innebörden av begreppet kontroll av identitet i HOSP-registret bör därför enligt utredningens mening snarare vara att kontrollera en persons identitetsbeteckning än att kontrollera personens identitet. I 6 § 10 HOSP-förordningen anges att registret får innehålla uppgift om förskrivarkod. Ett behov av att kontrollera uppgifter om hälso- och sjukvårdspersonals identitet mot uppgifter i HOSP-registret kan exempelvis finnas vid expediering av ett recept när man endast har en förskrivarkod och behöver kontrollera vilket namn och personnummer eller annan identitetsbeteckning som hör samman med denna förskrivarkod. Ett mer rättvisande sätt att beskriva ändamålen i HOSP-förordningen skulle enligt utredningens mening vara att endast ange att det är hälso- och sjukvårdspersonals behörighet som kontrolleras. Ordet identitet har emellertid angetts i förordningen sedan dess tillkomst. Kontroll av identitetsbeteckningen får även anses rymmas inom det vidare begreppet ”kontroll av behörighet”. Begreppet används dessutom i 6 § 7 HOSP-förordningen, som anger att personuppgifterna i registret får behandlas för

att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet att utfärda intyg. Detta ändamål möjliggör Socialstyrelsens behandling av uppgifter i HOSP-registret för utlämnande genom direktåtkomst till Transportstyrelsen (7 e §), vilket inte omfattas av utredningens uppdrag att se över. Vid en samlad bedömning anser utredningen att det inte finns tillräckliga skäl att föreslå en ändring som innebär att ordet identitet tas bort från ändamålsbestämmelserna i HOSP-registret.

Utredningen anser att ändamålet att *lämna uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag* täcker in samtliga de behov som E-hälsomyndigheten har. Det ändamålet bör därför ersätta de nuvarande ändamålen avseende E-hälsomyndigheten. Därmed förenklas regleringen samtidigt som den kommer att omfatta även nya behov som E-hälsomyndigheten kan få av att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet.

Det föreslagna nya ändamålet bedöms vara förenligt med de ändamål som fanns angivna i HOSP-förordningen när respektive personuppgift samlades in till HOSP-registret. Det primära ändamålet för behandlingen av personuppgifterna i HOSP-registret är sedan registrets tillkomst att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (4 § HOSP-förordningen) och ändamål avseende E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet finns i dag angivna. Det finns en nära koppling mellan dessa ändamål och att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag. Detta bör också de registrerade ha insett. Det ska här sägas att samlade uppgifter om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet enbart finns tillgängliga i HOSP-registret. Det föreslagna nya ändamålet bedöms vara förenligt med de ändamål som fanns angivna i HOSP-förordningen när respektive personuppgift samlades in till HOSP-registret.

Det är inga ytterligare kategorier av personuppgifter som föreslås bli tillgängliga för E-hälsomyndigheten. Den ytterligare behandling som föreslås tillåtas innebär att E-hälsomyndigheten, som redan i dag får uppgifter från HOSP-registret, kommer att få samma slags uppgifter för ett något vidare men ändå begränsat och mycket specifikt ändamål. Några nya negativa konsekvenser för de registrerade bedöms därför inte uppkomma med anledning av utredningens

förslag. Härtill kommer att det enligt artikel 23 i dataskyddsförordningen är tillåtet att under vissa förutsättningar genom nationell rätt begränsa de skyldigheter som finns enligt artikel 5. Det är utredningens bedömning att förslaget är förenligt med artikel 5 och 23 i dataskyddsförordningen.

I inledningen (avsnitt 8.7.1) redogör utredningen för vad som gäller i fråga om information till de registrerade enligt artikel 14.4 och 14.5 i dataskyddsförordningen. Utredningen gör bedömningen att det skulle medföra en oproportionell ansträngning att informera de registrerade i detta fall då HOSP-registret innehåller uppgifter om hundratusentals personer och dessa uppgifter inte har erhållits från de registrerade.

Den rättsliga grunden

Som redogörs för ovan, när det gäller Socialstyrelsen, utgår dataskyddsregleringen från att varje behandling av personuppgifter måste vila på en rättslig grund. I dataskyddsförordningen räknas dessa rättsliga grunder uttömmande upp i artikel 6.1. Behandlingen är rättsligt grundad om den t.ex. är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige eller för att utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 c och e i dataskyddsförordningen). Av skäl 45 till dataskyddsförordningen framgår att hälso- och sjukvårdsändamål, såsom folkhälsa och socialt skydd och förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster inbegrips i allmänintresset. I delbetänkandet, avsnitt 4.6, redogör utredningen mer utförligt för vad som kan utgöra rättslig grund enligt dataskyddsförordningen.

Ovan görs bedömningen att ytterligare behandling av de redan befintliga personuppgifterna i HOSP-registret för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag är förenlig med de ändamål för vilka personuppgifterna samlades in. Enligt skäl 50 till dataskyddsförordningen behövs då inte någon ny rättslig grund för den tillkommande behandlingen.

Enligt utredningens förslag ska en ny bestämmelse om att Socialstyrelsen får medge elektronisk tillgång till uppgifter införas i HOSP-förordningen. Som framgår i avsnitt 8.5.7 förutsätter utredningen att

Socialstyrelsen genom ett sådant beslut medger E-hälsomyndigheten den elektroniska tillgång till uppgifterna som E-hälsomyndigheten i dag har. Om beslut om sådant medgivande fattats, har Socialstyrelsen enligt utredningens förslag också en skyldighet att ge den tillgång som beslutats. Denna uppgiftsskyldighet innebär en rättslig förpliktelse. Behandlingen av personuppgifterna i HOSP-registret, inklusive utlämnandet av uppgifter som möjliggör för E-hälsomyndigheten att få de uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag, är därmed nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar Socialstyrelsen, som är personuppgiftsansvarig (3 a §). Dessa rättsliga förpliktelser är fastslagna i HOSP-förordningen. Syftet med tillhandahållandet av uppgifter – att lämna uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag – framgår enligt utredningens förslag uttryckligen av HOSP-förordningen (jämför artikel 6.3 i dataskyddsförordningen). Begränsningen till detta syfte är ett sådant specifikt krav som avses i artikel 6.2 i dataskyddsförordningen.

Ovan görs bedömningen att den ytterligare behandling av de redan befintliga personuppgifterna i HOSP-registret som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag är förenlig med de ändamål för vilka personuppgifterna samlades in. Enligt skäl 50 till dataskyddsförordningen behövs då inte någon ny rättslig grund för den tillkommande behandlingen.

Avvägning mellan behov och integritetsrisker

Att uppgifterna i HOSP-registret även får behandlas för att lämna uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag innebär ett ökat intrång i de registrerades personliga integritet, eftersom uppgifter får behandlas i nytt syfte. E-hälsomyndighetens behov av den aktuella behandlingen av personuppgifter behöver därför vägas mot de integritetsrisker som är förknippade med behandlingen.

Enligt utredningens bedömning är integritetsriskerna med att Socialstyrelsen även får behandla uppgifterna i HOSP-registret för dessa ändamål relativt små. Genom att begränsa ändamålet till utlämnande av uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag tillåts bara sådan behandling som är nödvändig för specifika arbetsuppgifter.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att behoven av och fördelarna med att uppgifterna i HOSP-registret får behandlas för utlämnande som möjliggör E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag, överväger integritetsriskerna.

Ett nytt ändamål för statistik?

Svensk läkemedelsstatistik hanteras av E-hälsomyndigheten men till viss del också av Socialstyrelsen²⁷. Som framgår ovan ska E-hälsomyndigheten enligt sin instruktion framställa och tillhandahålla nationell läkemedelsstatistik. Begreppet nationell läkemedelsstatistik är dock brett och saknar en legal definition. Den statistik som E-hälsomyndigheten framställer avser bl.a. försäljningsuppgifter för läkemedelsgrupp uppdelade per yrkesgrupp, försäljningsuppgifter för läkemedelsgrupp, exklusive det som förskrivits av veterinärer, indikatorer som beräknas utifrån antal förskrivare och läkemedelskostnader, vilket får anses utgöra nationell läkemedelsstatistik. Utöver att framställa läkemedelsstatistik ansvarar E-hälsomyndigheten bl.a. också för att samla in och tillhandahålla uppgifter om läkemedelsförsäljning från apoteksaktörer, detaljhandel och parthandel som sker på svensk marknad.

Läkemedelsstatistiken efterfrågas av aktörer som Sveriges Kommuner och Regioner, regioner, forskare, läkemedelsföretag, statistikföretag och andra (jämför dir. 2021:12). Den är av betydelse för samhället då den kan ge en ökad förståelse för exempelvis samhällets samlade läkemedelskostnader. I Sverige finansieras läkemedel som används i huvudsak med skattemedel. Dessutom är statistiken av bety-

²⁷ Socialstyrelsen publicerar rapporten *Statistik om läkemedel*, den innehåller statistik om läkemedel på recept samt vissa uppgifter om receptfria läkemedel och läkemedel till den slutna vården. Rapporten ingår i Sveriges officiella statistik och publiceras årligen i april.

delse för ett flertal processer inom läkemedelsområdet som syftar till en mer patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning.

Statistiken om läkemedel grundar sig ofta på flera källor. Uppgifter om receptförskrivna läkemedel hämtas från läkemedelsregistret²⁸, där det finns uppgifter om förskrivarens yrke, specialitet och arbetsplatskod, och uppgifter om utbildningsnivå, som kan hämtas från Statistiska centralbyrån. Uppgifter om rekvisition till öppen och sluten vård samt köp av receptfria läkemedel finns hos E-hälsomyndigheten. Den som säljer läkemedel i Sverige är skyldig att regelbundet rapportera in försäljningsuppgifter till myndigheten. Den 1 maj 2021 började lagen om nationell läkemedelslista²⁹ att gälla. I listan finns bl.a. uppgifter om förskrivarens namn, yrke, specialitet, arbetsplats, arbetsplatskod och förskrivarkod. E-hälsomyndigheten får använda uppgifterna i listan för bl.a. statistik (3 kap. 5 § lagen om nationell läkemedelslista). I avsnitt 8.3.7 föreslås att E-hälsomyndigheten ska få behandla uppgifterna i den nationella läkemedelslistan i enlighet med ändamålen i 3 kap. 2–5 §§ lagen om nationell läkemedelslista, trots den ändamålsbegränsning som annars ska gälla vid elektronisk tillgång till HOSP-registret.

Utredningens bedömning är att E-hälsomyndigheten inte behöver uppgifter från HOSP-registret för att tillhandahålla eller framställa statistik. Myndigheten har framfört att i de fall uppgifterna finns tillgängliga i andra register vid myndigheten så har uppgifterna ursprungligen hämtats från HOSP-registret varför det finns behov av att lägga till ett ändamål om statistik. Utredningen har dock inte kunnat identifiera behov av uppgifter utanför nationella läkemedelslistan, användande av dem ska enligt utredningens redovisning ovan vara möjligt utifrån förslaget i avsnitt 8.3.7. Myndigheten har vidare framfört att de uppgifter som myndigheten redan har eller inhämtar från annat håll för statistik kontrolleras mot uppgifter i HOSP-registret. I det fallet bör dock det föreslagna ändamålet om E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag kunna användas.

²⁸ Läkemedelsregistret regleras i förordningen (2005:363) om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen samt i lagen (1996:1156) om receptregister. Alla uppgifter i läkemedelsregistret kommer från E-hälsomyndigheten.

²⁹ Nationella läkemedelslistan ersatte den 1 maj 2021 receptregistret och läkemedelsförteckningen. All information från dessa två register fördes över till den nationella läkemedelslistan.

8.7.4 Läkemedelsverkets kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i dispensärenden

Ett nytt ändamål

Utredningen gör i avsnitt 8.5.3 bedömningen att det behöver införas ett nytt ändamål i HOSP-förordningen som innebär att personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas för att Läkemedelsverket ska kunna kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel. Det bör uttryckligen anges att personuppgifterna i HOSP-registret även får behandlas för att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel. Det bör gälla även de personuppgifter som redan samlats in till HOSP-registret.

Det huvudsakliga och ursprungliga ändamålet för behandlingen av personuppgifterna i HOSP-registret är att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (4 § HOSP-förordningen). Syftet med att kunna föra en sådan förteckning får anses vara att säkerställa att en god och säker vård kan tillhandahållas. Det finns en nära koppling mellan dessa ändamål och att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens där en viss behörighet hos sökanden är en förutsättning för att en dispens ska kunna utfärdas. Detta bör också de registrerade ha insett. Det ska här sägas att samlade uppgifter om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet enbart finns tillgängliga i HOSP-registret. Det föreslagna nya ändamålet bedöms vara förenligt med de ändamål som fanns angivna i HOSP-förordningen när respektive personuppgift samlades in till HOSP-registret.

Härtill kommer att det enligt artikel 23 i dataskyddsförordningen är tillåtet att under vissa förutsättningar genom nationell rätt begränsa de skyldigheter som finns enligt artikel 5. Det är utredningens bedömning att förslaget är förenligt med artikel 5 och 23 i dataskyddsförordningen.

Det ytterligare tillgängliggörandet av personuppgifter som föreslås genom det nya ändamålet innebär i praktiken att Läkemedels-

verket kan få tillgång till uppgift om läkares yrke, specialitet, datum för utfärdande av legitimation respektive bevis om specialistkompetens, datum när ett tidsbegränsat behörighetsbevis upphör att gälla, beslut om prøvotid, datum för återkallelse av legitimation, förskrivarkod och omfattning av förskrivningsrätt. Vissa av dessa uppgifter kan i viss mån anses vara av känslig natur, men inte av särskilt integritetskänslig natur (avsnitt 8.5.3). Den ytterligare behandling som föreslås tillåtas innebär att Läkemedelsverket kommer att få behandla uppgifter för ett begränsat och mycket specifikt ändamål. Några negativa konsekvenser för de registrerade bedöms därför inte uppkomma med anledning av utredningens förslag.

I inledningen (avsnitt 8.7.1) redogör utredningen för vad som gäller i fråga om information till de registrerade enligt artikel 14.4. och 14.5 i dataskyddsförordningen. Utredningen gör bedömningen att det skulle medföra en oproportionell ansträngning att informera de registrerade i detta fall då HOSP-registret innehåller uppgifter om hundratusentals personer som inte har erhållits från de registrerade.

Den rättsliga grunden

Dataskyddsregleringen utgår från att varje behandling av personuppgifter måste vila på en rättslig grund. I dataskyddsförordningen räknas dessa rättsliga grunder uttömmande upp i artikel 6.1. Behandlingen är rättsligt grundad om den t.ex. är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige eller för att utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 c och e i dataskyddsförordningen). Av skäl 45 till dataskyddsförordningen framgår att hälso- och sjukvårdsändamål, såsom folkhälsa och socialt skydd och förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster inbegrips i allmänintresset. I delbetänkandet, avsnitt 4.6, redogör utredningen mer utförligt för vad som kan utgöra rättslig grund enligt dataskyddsförordningen.

Enligt utredningens förslag ska en ny bestämmelse om att Socialstyrelsen får medge elektronisk tillgång till uppgifter införas i HOSP-förordningen. Utredningen gör i avsnitt 8.5.3 bedömningen att Socialstyrelsen bör använda den föreslagna möjligheten för att medge Läkemedelsverket elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret. När beslut om sådant medgivande fattats, har Socialstyrelsen

enligt utredningens förslag också en skyldighet att ge den tillgång som beslutats. Denna uppgiftsskyldighet innebär en rättslig förpliktelse. Behandlingen av personuppgifterna i HOSP-registret, inklusive utlämnandet av uppgifter till Läkemedelsverket för att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel, är därmed nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar Socialstyrelsen, som är personuppgiftsansvarig (3 a §). Den rättsliga förpliktelsen är fastslagen i HOSP-förordningen. Syftet med tillhandahållandet av uppgifter – att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel – framgår uttryckligen av HOSP-förordningen (jämför artikel 6.3 i dataskyddsförordningen). Begränsningen till handläggningen av dispensärenden är ett sådant specifikt krav som avses i artikel 6.2 i dataskyddsförordningen.

Ovan görs bedömningen att ytterligare behandling av de redan befintliga personuppgifterna i HOSP-registret för att Läkemedelsverket ska få tillgång till uppgifter i dispensärenden är förenlig med de ändamål för vilka personuppgifterna samlades in. Enligt skäl 50 till dataskyddsförordningen behövs då inte någon ny rättslig grund för den tillkommande behandlingen.

Avvägning mellan behov och integritetsrisker

Att uppgifterna i HOSP-registret även får användas för att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel innebär ett ökat intrång i de registrerades personliga integritet, eftersom behandling av personuppgifterna får ske i ett nytt syfte. Behovet av detta behöver därför vägas mot de integritetsrisker som är förknippade med behandlingen.

Enligt utredningens bedömning är integritetsriskerna med att uppgifterna i HOSP-registret får behandlas även för detta ändamål relativt små. Genom att begränsa ändamålet till utlämnande för att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel tillåts bara sådan behandling

som är nödvändig för en mycket specifik arbetsuppgift. Det är dessutom enbart Läkemedelsverket som handlägger ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel.

Det är utredningens sammanfattande slutsats att behoven av och fördelarna med att uppgifterna i HOSP-registret får behandlas för utlämnande för att kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet vid handläggning av ärenden om dispens från begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel överväger integritetsriskerna.

8.8 Ändamål om planering för bemanning av krigsorganisationer

8.8.1 Inledning

Regioner och kommuner har i egenskap av offentliga vårdgivare elektronisk tillgång till vissa uppgifter i HOSP-registret. Enligt 7 a § HOSP-förordningen får en offentlig vårdgivare ha direktåtkomst till uppgifter som avses i 6 § 1, 3 och 5–10 HOSP-förordningen. Uppgifterna får lämnas ut för något av de ändamål som anges i 5 § HOSP-förordningen. Utredningen föreslår i avsnitt 8.3.2 att denna möjlighet ska ersättas med en möjlighet för Socialstyrelsen att besluta att medge myndigheter och offentliga vårdgivare elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret.

Utredningen har i uppdrag att analysera de rättsliga förutsättningarna för hälso- och sjukvårdshuvudmännen, dvs. regionerna och kommunerna, att få direktåtkomst till uppgifter i registret även i syfte att skapa förutsättningar för att bemanna deras krigsorganisationer. För detta är, vid sidan av uppgifter om de registrerade som regioner och kommuner redan får ha direktåtkomst till, uppgiften om folkbokföringsort i 6 § 2 HOSP-förordningen relevant.

8.8.2 Bakgrund

Före år 1994 omfattades bl.a. hälso- och sjukvårdspersonal av den numera upphävda lagen (1981:292) om tjänsteplikt för hälso- och sjukvårdspersonal samt veterinärpersonal m.m. Lagen innebar att ett antal personalkategorier som i fred var, eller hade varit, verksamma

inom bl.a. hälso- och sjukvården hade tjänsteplikt när landet var i krig. Lagen upphävdes i samband med att den nuvarande lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt infördes. Regeringen gjorde bedömningen att de berörda personalkategorierna, i likhet med andra arbetstagare, till och med 70 års ålder skulle omfattas av totalförsvarsplikten.³⁰

Socialstyrelsen fick år 1988 i uppdrag av regeringen att inrätta ett särskilt register över hälso- och sjukvårdspersonal, INTEGER.³¹ Det var ett personalförsörjningsregister för krig och innehöll relevanta uppgifter om olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Uppdraget upphävdes genom beslut år 2009.³² Regeringen anförde dock i beslutet att det regelverk om uppgiftsskyldighet i lagen om totalförsvarsplikt som registret vilade på skulle kvarstå för en eventuell framtida återuppbyggnad.

Trots att regionerna och kommunerna har ansvar för att bedriva sjukvård och planera sin verksamhet under höjd beredskap saknar de i dag möjlighet att skapa en överblick över vilken hälso- och sjukvårdspersonal som finns i regionen eller kommunen. Den pågående *Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap* (S 2018:09) gör i sitt delbetänkande *Personalförsörjning i kris och krig* (SOU 2020:23) bedömningen att det bör övervägas om det finns behov av att återuppta arbetet med ett centralt register över hälso- och sjukvårdspersonal för personalförsörjning i krig.³³ Ett sådant register skulle enligt den utredningen syfta till att skapa förutsättningar för hälso- och sjukvårdshuvudmännen att få tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal som inte är anställd hos regionen eller kommunen. Dagens säkerhetspolitiska situation och den återupptagna planeringen av totalförsvaret innebär enligt *Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap* att det finns behov av att kunna använda tillgänglig personal på ett för samhället effektivt sätt. Det är särskilt viktigt att förberedelserna för krig medför att all hälso- och sjukvårdspersonal som finns att tillgå kan användas i händelse av krig och att utbildad hälso- och sjukvårdspersonal krigsplaceras där de gör bäst nytta i totalförsvaret.³⁴

³⁰ Prop. 1994/95:6, *Totalförsvarsplikt*.

³¹ Uppdrag åt Socialstyrelsen att genomföra ett register för hälso- och sjukvårdspersonal i krig (S 5421/87).

³² Upphävande av beslut om att föra register över hälso- och sjukvårdspersonal i krig (S 2009/4363/FS).

³³ SOU 2020:23, s. 136.

³⁴ SOU 2020:23, s. 139–141.

8.8.3 Regioners och kommuners ansvar för krigsorganisationer

Regionernas och kommunernas beredskapsförberedelser regleras i 3 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Av bestämmelsen framgår att regioner och kommuner ska vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap. Även 7 § lagen (1992:1403) om totalförsvaret och höjd beredskap är av betydelse, där framgår att regioner och kommuner vid höjd beredskap ska vidta de särskilda åtgärder i fråga om planering och inriktning av verksamheten, tjänstgöring och ledighet för personal samt användning av tillgängliga resurser som är nödvändiga för att de under de rådande förhållandena ska kunna fullgöra sina uppgifter inom totalförsvaret. Ansvaret för beredskapsförberedelser utvecklas vidare i 4 § förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Av förordningen framgår att varje region och kommun ska ha de planer som behövs för verksamheten under höjd beredskap. Planerna ska innehålla uppgifter om den verksamhet som är avsedd att bedrivas under höjd beredskap. Av planerna ska också framgå krigsorganisationen, den personal som ska tjänstgöra i denna och vad som i övrigt behövs för att regionen eller kommunen ska kunna höja sin beredskap och bedriva verksamheten under höjd beredskap. Höjd beredskap är antingen skärpt beredskap eller högsta beredskap. Är Sverige i krigsfara eller råder det sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara, får regeringen besluta om skärpt eller högsta beredskap. Vid höjd beredskap kan andra lagar användas vid sidan av dem som gäller i fredstid.

Det närmare arbetet i regionerna och kommunerna med krisberedskap och civilt försvar utgår i huvudsak från de överenskommelser som staten genom Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Sveriges Kommuner och Regioner har träffat.³⁵

³⁵ Se *Överenskommelse om landstingens (regionernas) arbete med krisberedskap och civilt försvar* (2018–2020), Dnr SKL 18/02653, MSB 2018–05682, *Överenskommelse om kommunernas arbete med civilt försvar* (2018–2020), Dnr SKL 18/01807, MSB 2018–05681 och *Överenskommelse om kommunernas krisberedskap* (2019–2022), Dnr MSB 2018–09779, SKL 18/03101. Överenskommelsen har förlängts och gäller till och med den 31 december 2021, enligt uppgift på SKR:s webbplats 2021-02-09.

8.8.4 Allmän tjänsteplikt och möjlighet till krigsplacering

Den svenska totalförsvarsplikten regleras i lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt och innebär att alla som är mellan 16 och 70 år och bor i Sverige, kan bli inkallade vid höjd beredskap för att efter förmåga hjälpa till på olika sätt. Det finns tre typer av totalförsvarsplikt; värnplikt, civilplikt och allmän tjänsteplikt. För regioners och kommuners del är det den allmänna tjänsteplikten och civilplikten som är relevanta.

Först när höjd beredskap beslutats av regeringen finns möjlighet att även besluta om *allmän tjänsteplikt*. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer (f.n. Arbetsförmedlingen) beslutar hos vilka arbetsgivare eller uppdragsgivare som allmän tjänsteplikt ska fullgöras samt vilka arbetstagare och uppdragstagare som ska omfattas av allmän tjänsteplikt. Allmän tjänsteplikt fullgörs genom att den förpliktade kvarstår i sin anställning eller fullföljer ett uppdrag, tjänstgör enligt avtal om frivillig tjänstgöring inom totalförsvaret, eller utför arbete som anvisats honom eller henne. Det kan t.ex. innebära att en person får i uppdrag att ersätta någon som kallats in till det militära eller civila försvaret. Att vara "krigsplacerad" med allmän tjänsteplikt innebär att en person är ianspråktagen för att tjänstgöra under höjd beredskap. En sådan tjänstgöring är inte någon krigsplacering i egentlig mening utan regioners och kommuners ianspråktaganden ("krigsplacering") av anställda för sin krigsorganisation görs med stöd i förordningen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Detta bygger på personens ordinarie anställning hos regionen eller kommunen och att regeringen föreskriver om allmän tjänsteplikt. Arbetsskyldigheten med allmän tjänsteplikt utgår från respektive medarbetares anställningsavtal eller avtal om frivillig tjänstgöring. Den allmänna tjänsteplikten syftar alltså till att i första hand säkerställa att ordinarie personal finns kvar på sina arbetsplatser vid höjd beredskap, oavsett om det är en privat eller offentlig aktör men även att kunna förstärka med personal som är med i frivilliga försvarsorganisationer. Beslut om krigsplacering i egentlig mening fattas av Totalförsvarets rekryteringsmyndighet efter framställan från t.ex. en statlig myndighet, en region eller en kommun och omfattar endast den som är värnpliktig eller civilpliktig.

Civilplikten syftar till att förstärka vissa verksamheter i höjd beredskap genom att tillföra personer från andra verksamheter, i huvudsak personer som kan placeras efter att de genomfört en kortare grundutbildning. Civilplikt ska fullgöras i de verksamheter inom totalförsvaret som regeringen föreskriver. Regeringen har i förordning bl.a. angett att civilplikt får fullgöras både i civil och militär hälso- och sjukvård.³⁶ Civilplikten är dock för närvarande vilande och ingen uttagning och utbildning av civilpliktiga sker.³⁷

En betydande del av verksamheterna inom hälso- och sjukvården i både regioner och kommuner bedrivs av privata vårdgivare. Regionernas och kommunernas krigsorganisationer skulle därför i många fall tänkas ha behov av att kunna innefatta personal som har sin anställning någon annanstans, t.ex. hos privata vårdgivare. Man skulle kunna tänka sig att exempelvis personal vid privata sjukhus som normalt bedriver planerad vård kan användas som förstärkningsresurser i regionernas krigsorganisationer. Enligt lagen (1982:1004) om skyldighet för näringsidkare, arbetsmarknadsorganisationer m.fl. att delta i totalförvarsplaneringen är näringsidkare skyldiga att delta i totalförvarsplaneringen genom att lämna uppgifter eller medverka på annat sätt (1 §). De myndigheter som har rätt att begära upplysningar eller begära medverkan av privata aktörer enligt lagen är, av intresse för hälso- och sjukvårdens del, bl.a. Socialstyrelsen, länsstyrelserna och Försvarsmakten. Regioner och kommuner har av flera skäl inte denna möjlighet.

Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap gör i sitt delbetänkande *Personalförsörjning i kris och krig* bedömningen att regelverken kring personalförsörjning för det civila försvaret behöver ses över.³⁸ Det är en bedömning som den utredningen delar med Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.³⁹ Det behöver enligt dem bl.a. tydliggöras på vilka sätt regioner och kommuner kan involvera privata aktörer i sina krigsorganisationer samt hur regioner och kommuner kan förstärka sina organisationer med personal från privata arbetsgivare, frivilliga försvarsorganisationer, utbildad perso-

³⁶ 1 kap. 6 § lagen om totalförvarsplikt och 2 kap. 1 § förordningen (1995:238) om totalförvarsplikt samt bilagan till samma förordning.

³⁷ Utredningen om civilt försvar (Ju 2018:05) har i sitt betänkande *Struktur för ökad motståndskraft* (SOU 2021:25), flera förslag som bl.a. rör det nationella ansvaret för civilt försvar och krisberedskap och planering av det civila försvaret.

³⁸ SOU 2020:23, s. 132–135.

³⁹ Jfr rapport från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2020, *Så skapar vi motståndskraft – Skrivelse med underlag inför försvarsbeslutsperioden 2021–2025*.

nal som inte har anställning och de som är under utbildning. Utredningen, som i och för sig haft begränsade möjligheter att göra en egen mer fördjupad analys, ställer sig bakom den bedömning som *Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap* gör.

Utredningen kan konstatera att enligt gällande regelverk är grunden för personalförsörjning av regioners och kommuners krigsorganisationer den allmänna tjänsteplikten och anställningsavtal i den egna verksamheten. Det framgår också att det är möjligt att avtala med personer som är med i frivilliga försvarsorganisationer som då också omfattas av allmän tjänsteplikt. Det saknas dock bestämmelser som möjliggör för regioner och kommuner att vid höjd beredskap och i krig även kunna använda andra resurser, dvs. personal utanför den egna organisationen.

8.8.5 Utredningens bedömning

Utredningens bedömning: Det är inte motiverat att i nuläget införa ett ändamål i HOSP-förordningen om regionernas och kommunernas planering för att bemanna deras krigsorganisationer med hälso- och sjukvårdspersonal. Först när regioner och kommuner har rättsliga förutsättningar för att bemanna sina krigsorganisationer med inte redan anställd personal blir detta motiverat.

Möjlighet till god vård i händelse av krig kräver planering för hur verksamheten då ska organiseras och personalförsörjas. Ansvariga regioner och kommuner har därför behov av information om vilken legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som finns att tillgå inom regionen eller kommunen för att kunna skapa nödvändiga krigsorganisationer. Många som arbetar i vården arbetspendlar. I händelse av krig försvåras ofta t.ex. civila resor. Tillgänglig personal i närområdet blir därför viktig. Viss personal kan i höjd beredskap och krig ha arbetsuppgifter inom Försvarsmakten och vara krigsplacerade där. Andra kan via olika frivilliga försvarsorganisationer och genom avtal vara ianspråkta i olika för totalförsvaret viktiga verksamheter.

Genom HOSP-registret skulle regioner och kommuner kunna få viss uppgift om vilken legitimerad, eller tidigare legitimerad, hälso- och sjukvårdspersonal som finns folkbokförd i regionen

eller kommunen om de även gavs elektronisk tillgång till uppgift om folkbokföringsort⁴⁰ under förutsättning att de skulle få behandla uppgifterna i HOSP-registret även för att planera bemanning av hälso- och sjukvårdspersonal vid höjd beredskap. Det skulle enligt utredningen skapa bättre förutsättningar för att bemanna deras krigsorganisationer.

I dag kan regioner och kommuner i praktiken endast bemanna sina krigsorganisationer med den egna personalen samt sådana personer som är med i frivilliga försvarsorganisationer och som regionen eller kommunen träffat ett skriftligt avtal om tjänstgöring. När sådana avtal ingås, dvs. i samband med tjänstetillsättning, får regionen eller kommunen enligt nuvarande reglering kontrollera identitet och behörighet genom direktåtkomst till HOSP-registret. Regioner och kommuner får även utan elektronisk tillgång till uppgiften om folkbokföringsort i HOSP-registret antas redan ha tillräcklig information om var den egna personalen bor. Vilken legitimerad personal i närområdet som är med i frivilliga försvarsorganisationer och inte redan har avtalat om tjänstgöring kan regioner och kommuner enklast få reda på genom kontakt med dessa organisationer. Utredningen kan därför inte se att regioner och kommuner i dagsläget har något egentligt behov av elektronisk tillgång till HOSP-registret för att planera bemanningen av sina krigsorganisationer, utöver den elektroniska kontroll av identitet och behörighet som redan är möjlig i samband med tjänstetillsättning och under anställning eller uppdrag. Således lämnar utredningen inte något förslag till ett nytt ändamål om planering för bemanning av krigsorganisationer.

Om det blir möjligt för regioner och kommuner att bemanna sina krigsorganisationer med inte redan anställd personal, kommer det dock enligt utredningens bedömning att finnas ett visst behov av att uppgifterna i HOSP-registret får behandlas för regionernas och kommunernas planering av sina krigsorganisationers bemanning med hälso- och sjukvårdspersonal. Utredningen redogör därför i nästa avsnitt för hur en möjlig reglering av detta skulle kunna se ut.

Utredningen vill här kortfattat lyfta fram att motsvarande behov av uppgifter från HOSP-registret för att möjliggöra planering av

⁴⁰ I jämförelse med uppgifterna i det tidigare registret INTEGER skulle dock en sådan lösning innebära en begränsad nytta då endast folkbokföringsort och inte uppgift om folkbokföring i sin helhet finns med.

personalförsörjning kan finnas även vid andra allvarliga hot eller samhällskriser, dvs. vid extraordinära händelser i fredstid⁴¹. Ett sådant behov har påtalats för utredningen av representanter från bl.a. Inera AB, Socialstyrelsen och den pågående utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09). Den alltjämt rådande covid-19-pandemin kan ses som ett exempel på när tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal är av stort samhällsintresse. Av lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap följer bl.a. att regioner och kommuner för varje ny mandatperiod även ska fastställa en plan för hur de ska hantera extraordinära händelser (2 kap. 1 § 2). Med extraordinär händelse avses enligt lagens definition sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller en region (1 kap. 4 §). Regioner och kommuner har alltså ett likartat ansvar när det gäller extraordinära händelser som de har vid höjd beredskap. Dock saknas bestämmelser motsvarande allmän tjänsteplikt eller krigsplacering vid kris.⁴² Frågan ryms emellertid inte inom utredningens uppdrag utan det bör övervägas om den bör ses över i särskild ordning.

Om det övervägs en möjlighet till elektronisk tillgång till uppgifterna i HOSP-registret för planering av regioners och kommuners bemanning med hälso- och sjukvårdspersonal vid extraordinära händelser eller höjd beredskap, bör särskilt övervägas hur det kan påverka möjligheterna till rekrytering av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för privata och offentliga vårdgivare samt bemanningsföretag inom hälso- och sjukvård.

⁴¹ Begreppet extraordinära händelser i fredstid används i lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. *Utredningen om civilt försvar* (Ju 2018:05), föreslår dock i sitt betänkande *Struktur för ökad motståndskraft* (SOU 2021:25), att en ny lag, lagen om kommuners och regioners beredskap, ska ersätta den nuvarande lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. I det betänkandet redovisas att begreppsanvändningen när det gäller begrepp kopplat till krissituationer i flera fall är inkonsekvent i den svenska lagstiftningen, s. 461–466. Utredningen anser att det finns flera fördelar med att begreppsanvändningen är densamma vid en eventuell möjlighet att lämna ut uppgifter från HOSP-registret för planering av personalförsörjning vid allvarliga hot eller samhällskriser.

⁴² I stället gäller krislägesavtalet. Krislägesavtalet aktiveras av arbetsgivarparterna SKR och Sobona och reglerar villkor och ersättningar för arbetstagare som arbetar vid krisläge. Avtalet gäller från och med den 1 juli 2019 och tillsvidare.

8.8.6 En möjlig reglering

Utredningens bedömning: Det finns i och för sig rättsliga förutsättningar för att lägga till ett nytt ändamål i HOSP-förordningen om att personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas för att lämna uppgifter som möjliggör regionernas och kommunernas planering för att bemanna deras krigsorganisationer med hälso- och sjukvårdspersonal.

Om det blir möjligt för regioner och kommuner att bemanna sina krigsorganisationer med personal anställd utanför den egna organisationen, bedömer utredningen att det finns ett befogat behov hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen, dvs. regioner och kommuner, av att få elektronisk tillgång till uppgifter HOSP-registret, inklusive uppgifter om folkbokföringsort. Uppgift om folkbokföringsort kan ge viss information om vilket landområde en person bor inom och kan, som utredningen gör gällande i avsnitt 7.8.3, ses som en uppgift av mer privat karaktär. Uppgiften är också en av få uppgifter i HOSP-registret som i ett enskilt fall skulle kunna omfattas av s.k. folkbokföringssekretess enligt 22 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen och 6 § offentlighets- och sekretessförordningen, t.ex. om en registrerad är förföljd eller utsatt för hot. Uppgiften kan även omfattas av sekretess enligt 21 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen till skydd för förföljda personer. Sekretesskyddet är dock, som redovisas i avsnitt 5.3.1, svagt. Sekretess enligt 21 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen gäller dessutom i all myndighetsverksamhet och gäller därför även efter ett utlämnande till en region eller kommun. Utredningen bedömer att uppgift om folkbokföringsort som huvudregel inte kan anses vara av särskilt känslig art och att ett utlämnande till regioner och kommuner för ett visst begränsat ändamål skulle vara motiverat.

Socialstyrelsen kan enligt det förslag som lämnas i avsnitt 8.3 medge berörda myndigheter inom regioner och kommuner tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till uppgifterna i HOSP-registret så länge det sker inom ramen för de fastställda ändamålen för behandlingen av personuppgifterna i registret.

Något ändamål som innebär att personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas för att regioner och kommuner ska kunna planera personalförsörjning av hälso- och sjukvårdspersonal vid höjd

beredskap finns dock inte i HOSP-förordningen. För att skapa förutsättningar för regioner och kommuner att planera bemanning av hälso- och sjukvårdspersonal i regionen eller kommunen vid höjd beredskap behöver därför ett nytt ändamål införas. Ett sådant ändamål bedöms vara förenligt med de ändamål som fanns angivna i HOSP-förordningen när respektive personuppgift samlades in till HOSP-registret. Det primära ändamålet för behandlingen av personuppgifterna i HOSP-registret är sedan registrets tillkomst att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (4 § HOSP-förordningen). Det finns en nära koppling mellan det ändamålet och att skapa förutsättningar för att planera och säkerställa personalförsörjning av hälso- och sjukvårdspersonal med rätt legitimation vid höjd beredskap. Det huvudsakliga och ursprungliga syftet är att säkerställa att en god och säker vård kan tillhandahållas. Det intresset finns i fredstid såväl som i krigstid. Detta bör också de registrerade ha insett. Den ytterligare behandling som då skulle tillåtas skulle innebära att regioner och kommuner, som redan i dag får behandla uppgifter från HOSP-registret, skulle få behandla uppgifter för ännu ett begränsat och mycket specifikt ändamål. Några negativa konsekvenser för de registrerade bedöms därför inte uppkomma med anledning av ett sådant ändamål.

9 Konsekvenser av förslagen

9.1 Inledning

I utredningens uppdrag ingår att analysera konsekvenserna av utredningens förslag i enlighet med 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474). Det innebär att om förslagen i betänkandet påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, regioner, företag eller andra enskilda, ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas. Även samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt ska redovisas. Om förslagen kan förväntas leda till kostnadsökningar för det allmänna, ska utredningen föreslå hur dessa ska finansieras. Vidare ska eventuella konsekvenser för den kommunala självstyrelsen, för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, samt för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet redovisas. Detsamma gäller små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företag, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen.

Eftersom betänkandet innehåller författningsförslag, ska förslagets kostnadsmässiga och andra konsekvenser också redovisas i enlighet med 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

I detta kapitel redovisar utredningen sin bedömning av konsekvenserna av de förslag som lämnas. Ett av förslagen innebär en möjlighet att ge ombud elektronisk tillgång till patientuppgifter. De förslag som rör registret över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-registret) innebär dels en möjlighet att på internet enkelt kunna kontrollera om en viss person har en viss legitimation, dels att Socialstyrelsen får medge direktåtkomst eller annan elektronisk tillgång till registret samt att uppgifterna i registret får behandlas för fler ändamål.

När det gäller förslaget om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter ska utredningen enligt utredningsdirektiven¹ särskilt redovisa förslagets konsekvenser för den personliga integriteten. Eventuella inskränkningar i integritetsskyddet ska följas av analyser samt proportionerliga och tydliga avvägningar där alternativa metoder ska övervägas eller där förslag på särskilda integritetsstärkande åtgärder lämnas. När det gäller förslagen som gäller tillgång till patientuppgifter i HOSP-registret ska utredningen enligt tilläggsdirektiven² göra en avvägning mellan behov och integritetsskydd.

Utredningens arbete har genomstrukturerats av överväganden rörande de registrerades personliga integritet. Konsekvenserna för den personliga integriteten, förslag på integritetsstärkande åtgärder samt utredningens samlade integritetsavvägningar har redovisats i samband med respektive förslag. Någon ytterligare konsekvensbeskrivning avseende skyddet för den personliga integriteten görs därför inte i detta kapitel. Utredningen hänvisar i stället till de konsekvensanalyser som har gjorts i samband med varje förslag och hänvisning till respektive avsnitt följer nedan.

9.2 Förslagen om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Utredningens bedömning: Förslagen om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är utformade som möjligheter som är frivilliga att använda. Det är således upp till varje vård- och omsorgsgivare att välja om regelverket ska tillämpas eller inte. Förslagen förväntas därför inte i sig medföra några ekonomiska konsekvenser.

Inte heller i övrigt bedöms förslagen medföra några sådana konsekvenser som ska beskrivas enligt kommittéförordningen.

Förslagen om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är utformade som möjligheter som är frivilliga att använda. De som berörs av förslagen

¹ Dir. 2019:37.

² Dir. 2020:112.

är, förutom patienter och omsorgsmottagare samt deras ombud, främst regioner, kommuner och företag som verkar inom vård och omsorg.

De som inte vill använda möjligheten att ge ombud elektronisk tillgång, behöver inte göra det. Förslaget kommer därför inte i sig att föra med sig några obligatoriska kostnader för regioner, kommuner eller företag. Det är upp till varje region, kommun och företag att inför en eventuell användning av regelverket göra en avvägning mellan å ena sidan kostnader och andra konsekvenser och å andra sidan vad som står att vinna. Det får antas att möjligheten används bara om det bedöms som förmånligt.

Om regioner och kommuner väljer att använda sig av möjligheten att ge ombud elektronisk tillgång till patientuppgifter respektive sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, kan detta föra med sig vissa krav på it-struktur och informationssäkerhet för sådana vård- och omsorgsföretag som upphandlas eller på andra sätt sluter avtal med det offentliga. Detta kan tänkas medföra vissa kostnader för företagen, och därmed för regionerna och kommunerna, när det gäller it och digitala tjänster. Den föreslagna regleringen ställer dock inga precisa krav på vilka it-system som ska användas. Varje region eller kommun kan således välja att utforma sitt eget it-system.

Utredningens förslag innebär dock att det elektroniska utlämnandet till ett ombud får ske med samma teknik som för elektroniskt utlämnande till patienten eller omsorgsmottagaren. När det gäller hälso- och sjukvården torde det därför i många fall redan finnas tekniska lösningar som är möjliga att anknyta till. Inom socialtjänsten finns inget regelverk som reglerar utlämnande genom direktåtkomst till omsorgsmottagare. Redan i dag ställer emellertid regioner och kommuner i regel höga krav på it-infrastruktur och dataskydd i sina upphandlingar. Förslaget som utredningen lämnar följer de principer om dataskydd och it-säkerhet som följer av dataskyddsförordningen eller nationell rätt och som regionerna, kommunerna och företagen redan är skyldiga att tillämpa. Utredningen bedömer därför att förslagen om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation inte i sig kommer att medföra några ökade kostnader för företagen.

Eftersom förslagen om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation innebär möjligheter som varje vård- eller omsorgsgivare kan välja att

använda eller inte, är det vidare utredningens bedömning att förslagen inte får några negativa konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Den kommunala självstyrelsen har beaktats fullt ut vid utformningen av förslagen. Författningsförslagen är könsneutralt utformade och förväntas inte få några konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män. Inte heller brottligheten, det brottsförebyggande arbetet, sysselsättningen eller möjligheten att nå de integrationspolitiska målen bedöms påverkas av förslagen.

Konsekvenserna för den personliga integriteten berörs i avsnitt 6.2.1–6.2.7.

9.3 Förslagen gällande HOSP-registret

Utredningens bedömning: Socialstyrelsen kan inom ramen för myndighetens befintliga anslag klara de initiala kostnaderna som uppstår vid genomförandet av förslaget om en sökfunktion på internet för att kontrollera legitimationer och förslaget om att Socialstyrelsen får medge myndigheter och privata vårdgivare elektronisk tillgång till HOSP-registret. De löpande kostnaderna för att administrera utlämnandet av uppgifter enligt förslagen förväntas bli lägre än kostnaderna i dag. Förslagen kommer även för övriga berörda aktörer att leda till ökad effektivitet och säkerhet vid behandling av uppgifter från registret och därmed också minskade kostnader.

Genomförandet av förslaget om att ta bort de bestämmelser som i dag ger vissa myndigheter möjlighet att ha direktåtkomst bedöms inte att få några beaktansvärda konsekvenser för de berörda myndigheterna eller för de registrerade. Det förväntas inte heller medföra några kostnadsökningar, utöver vissa initiala kostnader.

Genomförandet av förslaget om att ersätta den generella möjligheten att lämna ut uppgifter på medium för automatiserad behandling med tillgång via internet samt möjlighet för Socialstyrelsen att göra sådant utlämnande i enstaka fall och besluta om sådant utlämnande i andra fall förväntas inte medföra några ökade kostnader, utöver vissa initiala kostnader som följer av vissa teknikanpassningar och förändrat beslutsfattande.

Förslagen om nya ändamål för HOSP-registret förväntas inte i sig medföra några negativa ekonomiska konsekvenser eller några negativa konsekvenser för de registrerade.

I övrigt bedöms förslagen inte medföra några sådana konsekvenser som ska beskrivas enligt kommittéförordningen.

9.3.1 Förslaget om en sökfunktion på internet för att kontrollera legitimationer

Utredningen föreslår en skyldighet för Socialstyrelsen att på internet tillgängliggöra vissa uppgifter i HOSP-registret. Möjligheten till kontroll av någons legitimation ska finnas dels genom en sökfunktion på

en vanlig webbsida, dels genom ett öppet applikationsprogrammeringsgränssnitt, ett s.k. API.

Det övergripande syftet med att öka tillgången till uppgifterna i registret är att underlätta kontrollen av hälso- och sjukvårdspersonalens behörighet. Syftet är alltså att förbättra patientsäkerheten. En säkrare vård innebär minskade kostnader för samhället och ökad trygghet för patienterna. Utöver detta bedöms Socialstyrelsens hantering av förfrågningar om uppgifter i HOSP-registret bli enklare och snabbare. Förslaget kommer enligt utredningen alltså att förbättra effektiviteten och servicen mot allmänheten samt underlätta informationsutbytet mellan de nordiska länderna och övriga EES-länder. Begreppet allmänheten ska här ses i en vid betydelse och innefattar utöver var och en även företag och organisationer. Även gentemot vissa myndigheter och andra aktörer förväntas effektiviteten och servicen förbättras, se utredningens bedömning i avsnitt 8.5.2, 8.5.4 och 8.5.5 i de fall behovet av tillgång till uppgifter i HOSP-registret hos Försäkringskassan, Universitets- och högskolerådet samt vissa universitet och högskolor bedöms kunna tillgodoses genom den öppna tillgången på internet. Hanteringen av personuppgifterna i HOSP-registret bedöms därtill bli säkrare såväl ur ett patientperspektiv som ett integritetsperspektiv. Om det är möjligt att på internet kontrollera om en person har en viss legitimation, förväntas behovet av direktåtkomst till HOSP-registret minska.

För de registrerade bedömer utredningen att förslaget inte kommer att innebära några negativa konsekvenser. Konsekvenserna för den personliga integriteten berörs i avsnitt 7.4 och 7.5.

För Socialstyrelsen kommer förslaget inledningsvis att innebära vissa kostnader som är förknippade med att utforma tekniska lösningar för att utveckla webbsidans sökfunktion och det API som föreslås. Socialstyrelsen måste kunna tillgängliggöra uppgifterna på ett säkert sätt med mycket hög tillförlitlighet. Utredningen bedömer dock att en möjlighet att på internet kunna kontrollera legitimationer redan på kort sikt kommer att minska administrationskostnaderna för Socialstyrelsen jämfört med i dag. Dagens manuella hantering av förfrågningar och beställningar av uppgifter ur HOSP-registret sysselsätter, enligt uppgift från myndigheten, fem anställda. Utredningens förslag bör alltså leda till kortare handläggningstider, bättre resursfördelning och minskade kostnader hos myndigheten.

Utredningen gör sammantaget bedömningen att Socialstyrelsen inom ramen för befintligt anslag kan klara de initiala kostnaderna och att de löpande kostnaderna för att administrera utlämnandet av uppgifter kommer att bli lägre än i dag.

9.3.2 Förslaget om att Socialstyrelsen får medge myndigheter och vårdgivare elektronisk tillgång

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få besluta att medge en myndighet eller offentlig vårdgivare tillgång till uppgifter i HOSP-registret genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Direktåtkomst ska endast få medges om inte annat elektroniskt utlämnande är tillräckligt. Socialstyrelsen ska också få besluta att medge en privat vårdgivare tillgång till uppgifter i registret genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst. Förslaget syftar i huvudsak till att minimera användningen av direktåtkomst till personuppgifter till de få fall när det verkligen är nödvändigt, för att begränsa de integritetsrisker som sådan tillgång innebär, samtidigt som det skapar en flexibilitet i regleringen.

Möjligheten att medge elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret ökar patientsäkerheten även på så sätt att risken för förvanskning av den information som överförs minskar liksom risken för att man missar att överföra relevant information. Utöver detta bedöms Socialstyrelsens hantering av förfrågningar om uppgifter i HOSP-registret bli enklare och snabbare. Förslaget kommer enligt utredningen därmed att förbättra effektiviteten och servicen mot andra myndigheter och vårdgivare. Hanteringen av personuppgifterna i HOSP-registret skulle därtill bli säkrare ur ett integritetsperspektiv, eftersom utlämnande på annat sätt, t.ex. via okrypterad mejl, utöver att det ofta inte uppfyller dataskyddskraven när det gäller säkerhet, allmänt sett innebär en mindre säker överföring av uppgifter då obehöriga lättare kan få tillgång till dem.

Att Socialstyrelsen enligt förslaget får besluta om att medge elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret innebär också att när det uppstår ett berättigat behov av sådan tillgång, kan en anpassad tillgång medges nästan omedelbart. Det är en reglering som, i förhållande till om medgivandet i stället skulle regleras i förordning, blir mer flexibel och den som har ett berättigat behov av tillgång till uppgifterna kan få det utan onödig fördröjning. Detta är viktigt

eftersom nya behov kan uppstå genom den allt ökande digitaliseringen av statsförvaltningen.

Socialstyrelsen ska fatta beslut efter samråd med Integritetsskyddsmyndigheten som därför berörs av förslaget. Integritetsskyddsmyndigheten kommer att behöva avsätta resurser för dessa samråd vilket innebär en viss kostnad. Utredningen gör bedömningen att de flesta myndigheters och vårdgivares behov av uppgifter i HOSP-registret kommer att kunna tillgodoses genom sökfunktionen på internet och att det endast är ett fåtal aktörer som kommer att behöva sådan elektronisk tillgång som kräver ett beslut av Socialstyrelsen. Utredningen bedömer därför att Integritetsskyddsmyndighetens kostnader för samråd kommer att bli marginella och att de ryms inom myndighetens givna anslag.

För de registrerade bedömer utredningen att förslaget inte kommer att innebära några negativa konsekvenser. Tvärtom får förslaget positiva följder eftersom det medför att informationsöverföringen som i dag till stor del sker genom att uppgifter mejlas, vilket inte innebär säker överföring av personuppgifter, förväntas att minska och ersättas av säkrare metoder. Konsekvenserna för den personliga integriteten berörs närmare i avsnitt 8.3.2.

För Socialstyrelsen kommer förslaget inledningsvis att innebära vissa kostnader som är förknippade med att utforma tekniska lösningar för att kunna ge åtkomst till uppgifter i HOSP-registret genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst, exempelvis genom en fråga-svar-funktion som förhoppningsvis kan bygga vidare på det API som måste skapas för tillgängliggörandet på internet. Socialstyrelsen måste säkerställa att uppgifter kan tillgängliggöras på ett säkert sätt. Beslutsfattandet kommer också att medföra vissa kostnader. Utredningen gör dock bedömningen att en möjlighet för myndigheter och vårdgivare att medges elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret, i likhet med förslaget om en sökfunktion på internet för att kontrollera legitimationer, på sikt kommer att minska Socialstyrelsens administrationskostnader jämfört med i dag. Även detta förslag bör alltså leda till kortare handläggningstider, bättre resursfördelning och minskade kostnader hos myndigheten. Utredningen gör bedömningen att den initiala kostnaden för tekniken och fattandet av beslut som motsvarar den elektroniska tillgång som finns i dag ryms inom ramen för Socialstyrelsens befintliga anslag och att de löpande kostnaderna inte blir högre än i dag.

Utredningens förslag ställer krav på behörighetsstyrning, loggning och åtkomstkontroll samt ändamålsbegränsning för den som medgetts elektronisk tillgång. Eftersom det enligt de föreslagna bestämmelserna är frivilligt för offentliga vårdgivare och kommunala myndigheter att begära elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret, är det vidare utredningens bedömning att förslagen inte får några negativa konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Den kommunala självstyrelsen har beaktats fullt ut vid utformningen av förslagen.

Utredningen gör bedömningen att förslagen kommer att leda till ökad effektivitet och säkerhet vid behandling av uppgifter från registret och därmed också minskade kostnader för berörda aktörer.

9.3.3 Förslaget om att ta bort bestämmelser som ger vissa myndigheter möjlighet att ha direktåtkomst i dag

Utredningen föreslår att bestämmelserna som ger IVO, Transportstyrelsen och offentliga vårdgivare möjlighet att ha direktåtkomst till uppgifter i HOSP-registret tas bort. Eftersom Socialstyrelsen förväntas besluta att medge dessa myndigheter elektronisk tillgång till uppgifter i samma utsträckning som enligt nuvarande reglering, när den tillgång som föreslås till vissa uppgifter på internet inte bedöms tillräcklig, bedöms förslaget inte få några beaktansvärda konsekvenser för de berörda myndigheterna eller för de registrerade. Det förväntas inte heller medföra några kostnadsökningar, förutom för det initiala beslutsfattandet som berörs i avsnitt 9.3.2.

9.3.4 Förslaget om att ta bort möjligheten till regelmässigt utlämnande på medium för automatiserad behandling

Utredningen föreslår att Socialstyrelsens möjlighet till regelmässigt utlämnande på medium för automatiserad behandling tas bort. Socialstyrelsen ska dock i enstaka fall få lämna ut uppgifter i HOSP-registret genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst utan föregående samråd med Integritetsskyddsmyndigheten. Detta innebär att Socialstyrelsen på samma sätt som i dag t.ex. kommer att kunna besvara enstaka manuellt gjorda förfrågningar om innehållet i

registret genom mejl utan att först samråda med Integritetsskyddsmyndigheten och fatta ett formellt beslut.

Förslaget kan medföra konsekvenser för de myndigheter och andra aktörer som Socialstyrelsen i dag regelmässigt lämnar ut uppgifter ur HOSP-registret till på medium för automatiserad behandling. För myndigheter och vårdgivare kommer eventuella negativa konsekvenser att begränsas av utredningens förslag i avsnitt 7.6 som ger möjlighet att genom en sökfunktion på internet kontrollera behörighet. För myndigheter och vårdgivare föreslås dessutom i avsnitt 8.3.2, i de fall detta inte är tillräckligt, en möjlighet för Socialstyrelsen att medge dem elektronisk tillgång till uppgifter i HOSP-registret.

Förslaget främjar flexibilitet och förväntas tillsammans med övriga förslag bidra till en effektivare hantering. Det förväntas inte medföra några kostnader, förutom för det initiala beslutsfattande som berörs i avsnitt 9.3.2.

9.3.5 Förslagen om nya ändamål för HOSP-registret

Utredningen lämnar flera förslag som innebär att uppgifterna i HOSP-registret får behandlas för nya ändamål. Gemensamt för förslagen är att de är nödvändiga för att vissa svenska myndigheter ska kunna fullgöra sina uppdrag. De som berörs av förslagen är, förutom de registrerade, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten. Förslagen förväntas inte i sig medföra några negativa ekonomiska konsekvenser.

Inte heller för de registrerade bedömer utredningen att förslagen kommer att innebära några negativa konsekvenser. Konsekvenserna för den personliga integriteten berörs i avsnitt 7.4, 7.5 och 8.7.

9.3.6 Andra konsekvenser

Utredningen gör i avsnitt 9.3.1 bedömningen att förslaget om att Socialstyrelsen får medge myndigheter och vårdgivare elektronisk tillgång inte får några konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Det bedöms inte heller övriga förslag gällande HOSP-registret får några konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

Förslagen bedöms inte få några konsekvenser när det gäller sysselsättningen, jämställdheten mellan kvinnor och män eller möjligheten att nå de integrationspolitiska målen. Förslagen förväntas bidra till en effektivare offentlig service i hela landet, samt i ett längre perspektiv ha vissa positiva effekter för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, särskilt i förhållande till bidragsbrottsligheten.

10 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Utredningens förslag: Lagändringarna om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation träder i kraft den 1 juli 2022.

Författningsändringarna i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal och offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) träder i kraft den 1 januari 2023.

Utredningens bedömning: Det behövs inga övergångsbestämmelser.

10.1 Förslagen om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Det är frivilligt för vård- och omsorgsgivare att, i enlighet med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten som denne känner personligen elektronisk tillgång till patientuppgifter respektive sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Vård- och omsorgsgivare kan således välja om de vill tillämpa regelverket efter att bestämmelserna har trätt i kraft. Förslagen förenas inte med några obligatoriska krav. Utredningen föreslår att det elektroniska utlämnandet till en annan fysisk person får göras med samma teknik som får användas för sådant utlämnande som ger patienten eller omsorgs-

mottagaren tillgång till sina egna uppgifter.¹ En möjlighet till elektronisk tillgång för patienten finns i dag enligt patientdatalagen. När det gäller hälso- och sjukvården bör det därför i många fall redan finnas tekniska lösningar på plats som är möjliga att anknyta till.

I delbetänkandet föreslog utredningen att lagändringarna, dvs. lagen (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning samt följdändringar i annan lagstiftning ska träda i kraft den 1 juli 2022. Utredningen ansåg att det var angeläget att lagändringarna kan träda i kraft relativt snart, bl.a. för att skapa incitament för regioner, kommuner och företag att börja tillämpa dem.² Motsvarande argument gäller enligt utredningen även för nu aktuella förslag. Det gäller bara en mindre lagändring som anknyter till befintlig lagstiftning och har ett nära samband med utredningens tidigare lämnade förslag. Av de skälen framstår det lämpligt om nu aktuella förslag kan träda i kraft samtidigt som utredningens tidigare lämnade förslag.

Utredningen föreslår därför att bestämmelserna om ombuds elektroniska tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation samt de följdändringar som föreslås, träder i kraft den 1 juli 2022.

Det blir frivilligt att från och med ikraftträdandet tillämpa bestämmelserna. Det bedöms inte behövas några särskilda övergångsbestämmelser i denna del.

10.2 Förslagen om elektronisk tillgång till HOSP-registret

De förslag som lämnas i fråga om tillgång till HOSP-registret på internet syftar till att öka den elektroniska tillgången till uppgifterna i registret för att underlätta kontrollen av hälso- och sjukvårdspersonalens behörighet. Det övergripande syftet är alltså att öka patientsäkerheten. Utöver detta förväntas ett genomförande av förslagen medföra att Socialstyrelsens hantering av förfrågningar om uppgifter i HOSP-registret bli enklare och snabbare, vilket har efter-

¹ Jfr utredningens förslag till ändring i 5 kap. 5 § patientdatalagen (2008:355) respektive 2 kap. 13 § lagen (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning (SOU 2021:4). Det föreslås att utlämnande får ske genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande.

² Se SOU 2021:4 s. 727.

frågats. Utredningen anser därför att det är angeläget att författningsändringarna kan träda i kraft så fort som möjligt.

De förslag som lämnas i fråga om annan elektronisk tillgång till HOSP-registret har direkt påverkan på berörda myndigheters elektroniska tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Den elektroniska tillgången är nödvändig och viktig. Syftet med förslagen är inte att hindra eller försämra den elektroniska tillgång som vissa myndigheter i dag har till uppgifterna, utan att förbättra tillgången så att motsvarande tillgång kan ges på ett säkrare sätt. Det är därför viktigt att det finns tillräckligt med tid före ikraftträdandet för att säkerställa att den elektroniska tillgången till uppgifterna i registret är kontinuerlig och att det inte uppstår ett glapp i tillgången till uppgifter till följd av ändringarna. Då förslagen kräver viss administration kring beslutsfattandet och att vissa tekniska lösningar finns på plats vid ikraftträdandet gör utredningen, efter samråd med Socialstyrelsen, bedömningen att ett ikraftträdande är möjligt först om cirka ett och ett halvt år. Enligt utredningen finns det inget som hindrar att det förberedande arbetet såväl med de tekniska lösningarna som samråd med Integritetsmyndigheten påbörjas så fort regeringen utfärdat författningsändringarna. Inget hindrar heller att Socialstyrelsen efter utfärdandet av förordningsändringarna beslutar om den elektroniska tillgång som får finnas från och med ikraftträdandet. Författningsändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2023.

Inte heller i denna del behövs det några övergångsbestämmelser för de bestämmelser som utredningen föreslår. De nya bestämmelserna bör kunna tillämpas omedelbart vid ikraftträdandet på de uppgifter som redan finns i registret liksom på nya uppgifter som därefter tillförs registret.

Inte heller i övrigt krävs det någon övergångsreglering.

11 Författningskommentar

11.1 Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

5 kap.

Direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande¹

4 § Utlämnande genom direktåtkomst till personuppgifter är tillåten endast i den utsträckning som anges i lag eller förordning.

Om en region eller en kommun bedriver hälso- och sjukvård genom flera myndigheter, får en sådan myndighet ha direktåtkomst till personuppgifter som behandlas av någon annan sådan myndighet i samma region eller kommun.

Ytterligare bestämmelser om direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande finns i 5 och 5 a §§ samt i 2 kap. och 4 kap. 11 § lagen (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning.

Paragrafen reglerar när direktåtkomst är tillåtet inom hälso- och sjukvården. Övervägandena finns i avsnitt 6.4.

Paragrafens tredje stycke upplyser om att det finns ytterligare bestämmelser om direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande bl.a. i 5 a §.

5 a § *Om den enskilde medger det får en vårdgivare ge en annan fysisk person som den enskilde uppger sig känna personligen tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sådana*

¹ I lydelse enligt förslag i delbetänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg*, SOU 2021:4. Kommentaren avser de ytterligare ändringar som utredningen föreslår i sitt delbetänkande i förhållande till det ändringsförslag som lämnats i delbetänkandet.

uppgifter som avses i 5 § första stycket. Sådan tillgång ska på den enskildes begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet.

Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen får anledning att misstänka att den enskildes medgivande enligt första stycket inte ger uttryck för den enskildes fria vilja eller att den enskilde varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett medgivande enligt första stycket, är denne skyldig att genast anmäla detta till den vårdgivare som gett tillgången. Motsvarande gäller om misstanken avser att den enskilde inte känner den som fått tillgång personligen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid sådan direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande som avses i första stycket.

Paragrafen är ny. Den reglerar vårdgivares möjlighet att, i enlighet med patientens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården elektronisk tillgång till patientuppgifter om patienten. Övervägandena finns i avsnitt 6.4.

Det är frivilligt för vårdgivaren att ge den elektroniska tillgång som avses i paragrafen. Eftersom det rör sig om en frivillig bestämelse, finns det aldrig någon skyldighet för vårdgivaren att göra patientuppgifter elektroniskt tillgängliga för en annan fysisk person, även om patienten begärt detta.

Första stycket

Ombudet får som mest ha elektronisk tillgång till samma uppgifter som patienten

Vårdgivare får medge elektronisk tillgång till sådana uppgifter om patienten som får lämnas ut till honom eller henne och som behandlas för ändamålet vårddokumentation. Vårdgivaren får också under samma förutsättningar medge elektronisk tillgång till sådan dokumentation som avses i 4 kap. 3 § första stycket första meningen, dvs. uppgifter om den åtkomst till uppgifter som förekommit om patienten (logglistor) (5 § och 4 kap. 3 § första stycket första meningen). Den som patienten genom sitt medgivande har utsett (ombudet) får således ha elektronisk tillgång till de uppgifter om patienten som

patienten själv får ha sådan tillgång till. Detta är de uppgifter som ombudet maximalt får ges elektronisk tillgång till. Det finns inget som hindrar att vårdgivaren väljer att ge ombudet elektronisk tillgång till färre uppgifter.

Patienten kan begränsa sitt medgivande när det gäller vilka uppgifter som får omfattas av ombudets elektroniska tillgång. Vilka uppgifter som denne får ha elektronisk tillgång till är således beroende av hur patientens medgivande är utformat, se nedan under rubriken *Begränsning till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet*.

Den som patienten genom sitt medgivande har utsett får inte ges elektronisk tillgång till sådana uppgifter som omfattas av sekretess i förhållande till patienten själv. Om det i undantagsfall förekommer sådana uppgifter, kan patienten framställa en begäran om att få ta del av allmänna handlingar och samtidigt lämna sitt medgivande till att sådana uppgifter lämnas ut till den patienten utsett.

Ombudet ska vara en fysisk person som patienten uppger sig känna personligen

Den som ges elektronisk tillgång, ska vara en person som patienten uppger att den känner personligen. Med "känna personligen" avses någon sorts relation i patientens privata sfär. Det kan t.ex. handla om en familjemedlem, en bekant, en granne eller någon annan person som patienten anser sig känna personligen. Det ställs inte några närmare krav på vad det innebär att känna någon personligen. Det är ytterst patienten som får avgöra om den vill uppge att den känner någon personligen.

Det är bara en *fysisk person* som patienten uppger sig känna personligen som får ges elektronisk tillgång. Juridiska personer får således inte ges någon elektronisk tillgång enligt paragrafen.

Legala ställföreträdare i form av gode män eller förvaltare kan ha möjlighet att ta del av huvudmannens patientuppgifter redan i egenkap av legal ställföreträdare. Det finns dock inget hinder mot att en person, som anser att den känner sin gode man eller förvaltare personligen, medger att denne får elektronisk tillgång trots att personen yrkesmässigt är t.ex. god man.

Det finns inget hinder mot att en patient medger flera personer samtidigt elektronisk tillgång. Man kan t.ex. tänka sig att en äldre

person med flera vuxna barn vill ge samtliga barn elektronisk tillgång. Vårdgivare har dock ingen skyldighet att ge sådan tillgång. Under förutsättning att gällande krav på saklighet och opartiskhet iaktas kan vårdgivare ta fram rutiner för hur tilldelning av elektronisk tillgång ska gå till och kan exempelvis välja att införa rutiner för hur många personer som samtidigt får medges elektronisk tillgång till en och samma patients uppgifter.

Vårdgivaren behöver inte göra någon kontroll eller lämna ett godkännande i det enskilda fallet för att en annan fysisk person ska kunna ges elektronisk tillgång till patientuppgifterna. Det som krävs är att patienten uppger sig känna denne personligen. Det ställs inga formkrav för hur patienten ska göra detta. I praktiken torde det kunna ske exempelvis genom en kryssruta i webb-gränssnittet där patienten kan kryssa i att den känner den andra fysiska person personligen.

Vårdgivaren bör kontrollera att inte en och samma person har elektronisk tillgång till för många patients uppgifter. I sådana fall bör vårdgivaren undersöka detta och överväga om personens elektroniska tillgång bör avslutas.

Patientens medgivande

Förutsättningen för att ge en annan fysisk person elektronisk tillgång till patientuppgifter är att patienten vill detta. Patientens vilja ska manifesteras genom att patienten lämnar sitt medgivande. Med *medgivande* menas den sorts medgivande (samtycke) som en enskild kan lämna enligt 12 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Medgivandet medför att patienten häver den sekretess som annars råder för patientuppgifterna, till förmån för den person som patienten utsett. Det brukar även kallas att lämna sitt samtycke. Här används dock begreppet medgivande, för att inte förväxla det med begreppet samtycke som används i dataskyddsförordningen som rättslig grund för att behandla personuppgifter.

Det finns inte några formkrav för hur en patient får lämna sitt medgivande. Det viktiga är att den utlämnande vårdgivaren är säker på att det verkligen rör sig om patientens medgivande. Det finns tekniska möjligheter att säkerställa att det är patientens medgivande genom stark autentisering. Exempelvis kan man tänka sig att patienten loggar in med sitt mobila bank-id och kryssar i en ruta att den

lämnar sitt medgivande, samt i förekommande fall, kryssar i om medgivandet begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet. Detta kan även tänkas ske genom att visa upp en av patienten undertecknad skriftlig handling.

Patienten kan när som helst ta tillbaka sitt medgivande. Det ankommer på vårdgivaren att säkerställa att patienten på ett enkelt och säkert sätt kan återkalla medgivandet. Exempelvis bör det kunna ske genom att personen loggar in genom att legitimera sig med bank-id eller motsvarande och meddelar att medgivandet återkallas genom att kryssa i (eller ur) en ruta. Då ska den elektroniska tillgången till patientuppgifter omedelbart avslutas. Vårdgivaren bör även se till att en patient kan kontakta vårdgivaren på andra sätt för att meddela att denne inte längre vill att någon ska ha elektronisk tillgång. Det är lämpligt att vårdgivare ser till att det finns möjlighet att lämna sitt medgivande, och att återkalla medgivandet, utan att detta i sig kräver att patienten själv använder bank-id eller motsvarande tekniska lösningar.

Avgörande för att kunna lämna ett medgivande är att man förstår vad saken handlar om och vad man gör. Medgivandet ska vara aktuellt, relevant och specifikt. Många patienter, som på grund av hög ålder eller funktionsnedsättningar har svårt att ta till sig viss information, lär ändå ha förmågan att ge uttryck för att de vill att en viss annan person ska få elektronisk tillgång till patientuppgifterna. Personer med allvarligt nedsatt beslutsförmåga kan normalt inte lämna ett giltigt medgivande till elektronisk tillgång. I de fallen kan bestämmelsen inte tillämpas.

Den omständigheten att patientens beslutsförmåga, efter medgivandet, blir varaktigt nedsatt medför inte i sig att den elektroniska tillgången behöver avslutas. Däremot bör vårdgivaren i den situationen bedöma om det fortfarande är patientens aktuella och fria vilja att personen har elektronisk tillgång. Om det finns anledning att misstänka att patienten varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett medgivande, ska hälso- och sjukvårdspersonalen anmäla detta till vårdgivaren. Vårdgivaren bör då försöka undersöka hur patienten ställer sig till den elektroniska tillgången. Om det inte framkommer något som tyder på att patienten skulle vilja återkalla medgivandet, finns det ingen anledning att avsluta den elektroniska tillgången. Om däremot patienten i sitt nuvarande tillstånd visar ett avståndstagande eller direkt motvilja mot den som getts elektronisk tillgång, kan det vara ett tecken på att inställningen till den elektroniska tillgången

ändrats. Då kan det finnas anledning att avsluta den elektroniska tillgången. Se även nedan under rubriken *Skyldighet att anmäla vid misstanke om att förutsättningarna inte är uppfyllda*. Om patienten senare ändrar sin inställning till den som haft elektronisk tillgång och åter visar förtroende för denne, kan det finnas anledning att åter ge personen elektronisk tillgång med stöd av det tidigare lämnade medgivandet, förutsatt att det inte har återkallats.

Ett barn som förstår vad saken gäller, och som har rätt att självt disponera sina sekretesskyddade patientuppgifter, har möjlighet att lämna sitt medgivande. Ett barn kan alltså medge att någon, som barnet anser sig känna personligen, får elektronisk tillgång till barnets patientuppgifter. Allt större hänsyn ska tas till barnets önskemål utifrån barnets stigande ålder och mognad på motsvarande sätt som i övrigt inom hälso- och sjukvården. Det måste dock beaktas att barnet självt måste kunna disponera sekretessen enligt offentlighets- och sekretesslagen respektive tystnadsplikten enligt patientsäkerhetslagen, för att kunna lämna ett medgivande enligt bestämmelsen.

Den elektroniska tillgången får ges genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande

Elektronisk tillgång för den som patienten utsett får ges genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Vårdgivare kan alltså använda samma tekniska lösning för ombuds tillgång till uppgifter om patienten som för patientens egen tillgång till uppgifter om sig själv enligt 5 kap. 5 § patientdatalagen.²

För innebörden av ”annat elektroniskt utlämnande”, se kapitel 3 i detta betänkande. Se även delbetänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4), kommentaren till 2 kap. 2 § lagen (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning och avsnitt 16.3.2.

² I den lydelse som utredningen föreslagit i sitt delbetänkande *Informationsöverföring inom vård och omsorg*, som innebär att 5 kap. 5 § patientdatalagen omfattar direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande.

Begränsning till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet

Av bestämmelsens första stycke andra meningen framgår att patienten ska kunna begränsa sitt medgivande till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet. Den som vill att anhöriga bara ska kunna följa det aktuella vårdförloppet, t.ex. hur det går med en större operation, kan begränsa medgivandet till uppgifter registrerade efter intagningen på sjukhuset och vid den aktuella kliniken. Patienten kan också förhindra elektronisk tillgång till uppgifter registrerade inom t.ex. psykiatri eller förlossningsvården. Begränsningarna i tiden och till en vårdenhet ska kunna göras för varje utsedd person för sig. Har man flera olika personer som ombud kan dessa således ges elektronisk tillgång till olika patientuppgifter.

Det är vårdgivaren som bestämmer vilka vårdenheter denne har. Ledning kring vad som avses med vårdenhet kan hämtas från Socialstyrelsens termbank. Där beskrivs vårdenhet som organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård.

Bestämmelsen hindrar inte att vårdgivaren respekterar andra typer av begränsade medgivanden än vad som föreskrivs i bestämmelsen. Det står vårdgivaren fritt att, om den så önskar och har tekniska möjligheter, exempelvis ta hänsyn till om patienten vill undanta vissa typer av känsliga uppgifter, t.ex. sådana som rör psykisk ohälsa eller missbruk, eller patientuppgifter som registrerats under andra typer av tidsintervaller. Någon skyldighet finns dock inte att respektera andra typer av begränsningar, än de som bestämmelsen föreskriver. Innehåller medgivandet sådana andra begränsningar som vårdgivaren inte vill eller kan respektera, måste den elektroniska tillgången avslutas.

Andra stycket

Skyldighet att anmäla vid misstanke om att förutsättningarna inte är uppfyllda

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att till vårdgivaren genast anmäla misstankar om att patientens medgivande inte ger uttryck för dennes fria vilja. Så kan t.ex. vara fallet om vårdpersonal får indikationer på att en anhörig uppträder hotfullt mot patienten, eller vice

versa, eller försöker få insyn i patientens förhållande på ett otillbörligt sätt. Med ”genast” avses att en anmälan ska göras så snart det är möjligt, närhelst en misstanke uppstår. Något särskild tidsgräns finns inte föreskriven. Hälso- och sjukvårdspersonal som exempelvis vid ett vårdmöte får anledning till sådan misstanke, ska så snart det är möjligt anmäla detta så att det kommer till vårdgivarens kännedom. Därmed får vårdgivaren möjlighet att utreda om misstanken är befogad och överväga om den elektroniska tillgången ska avslutas.

På motsvarande sätt är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att till vårdgivaren genast anmäla om det uppstår misstankar om att patienten inte känner den som getts elektronisk tillgång personligen. Sådana indikationer kan exempelvis vara om hälso- och sjukvårdspersonal får kännedom om att patienten gett någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen, en enskild näringsidkare eller en forskare elektronisk tillgång till sina patientuppgifter. En sådan anmälan gör det möjligt för vårdgivaren att utreda om patientens uppgift om att denne känner den fysiska personen är riktig och överväga om den elektroniska tillgången ska avslutas. Även genom kontroller av vilka fysiska personer som getts elektronisk tillgång till patienters uppgifter kan vårdgivaren få indikationer på att patienterna inte känner den som getts elektronisk tillgång personligen. Om en fysisk person getts elektronisk tillgång till många patienters uppgifter, kan det tyda på att det finns kommersiella eller andra intressen som ligger bakom den elektroniska tillgången, vilket bör föranleda att den elektroniska tillgången avslutas.

Det kan även inträffa att den som lämnat ett medgivande senare blir varaktigt oförmögen att ta tillbaka medgivandet. För att vårdgivaren ska uppmärksamma att så har blivit fallet och kunna överväga om den elektroniska tillgången bör fortsätta är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att anmäla misstankar om att patienten varaktigt inte längre kan lämna ett medgivande, dvs. har blivit varaktigt beslutsoförmögen. Det kan t.ex. handla om en äldre patient vars tillstånd ändrats och som nu uttrycker att den inte längre vill att barnen ska ha elektronisk tillgång till patientuppgifterna. Det kan även vara fråga om en patient som blivit dement och inte längre känner igen sina släktingar, och ger uttryck för att den inte vill ha med dessa att göra. Om sådan information kommer till hälso- och sjukvårdspersonalens kännedom, kan omständigheterna vara sådana att en anmälan bör göras.

Tredje stycket

Föreskrifter om säkerhetsåtgärder

I tredje stycket finns en upplysning om att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, kan meddela föreskrifter om vilka krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Åtkomst genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande förutsätter att det finns tillräckligt säkra tekniska lösningar för att säkerställa identifieringen av den som lämnar medgivandet och den som får tillgång till uppgifterna. Det måste också finnas tekniska lösningar att spärra uppgifter som inte får lämnas ut till ombudet på grund av att sekretess gäller i förhållande till patienten.

11.2 Ändring i förslaget till lag (0000:000) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning³

2 kap.

13 § En vård- eller omsorgsgivare får medge en patient eller omsorgsmottagare tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sådana uppgifter om patienten eller omsorgsmottagaren själv som får lämnas ut till honom eller henne och som en annan vård- eller omsorgsgivare får ha tillgång till enligt 3 §. Patienten eller omsorgsmottagaren får också medges tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sådan dokumentation som avses i 15 § första stycket.

Paragrafen föreslogs i delbetänkandet (SOU 2021:4) och övervägandena finns i avsnitt 16.13 i delbetänkandet. Ändringen innebär, i förhållande till det förslag som lämnades i delbetänkandet, att andra och tredje styckena tagits bort. Bestämmelserna i nuvarande andra och tredje styckena har i sak oförändrade tagits in i 13 b §. I fråga om innebörden av bestämmelsen i övrigt hänvisas till författningskommentaren till 2 kap. 13 § första stycket i delbetänkandet.

³ Kommentarererna avser ändringar i förhållande till den lydelse som föreslagits i SOU 2021:4.

13 a § *Om patienten eller omsorgsmottagaren medger det får en vård- eller omsorgsgivare ge en annan fysisk person som patienten eller omsorgsmottagaren uppger sig känna personligen tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till sådana uppgifter som avses i 13 §. Sådan tillgång ska på patientens eller omsorgsmottagarens begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss organisatorisk enhet.*

Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen eller som utför arbetsuppgifter inom socialtjänsten får anledning att misstänka att patientens eller omsorgsmottagarens medgivande enligt första stycket inte ger uttryck för patientens eller omsorgsmottagarens fria vilja eller att patienten eller omsorgsmottagaren varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett medgivande enligt första stycket, är denne skyldig att genast anmäla detta till den vård- eller omsorgsgivare som gett tillgången. Motsvarande gäller om misstanken avser att patienten eller omsorgsmottagaren inte känner den som fått tillgång personligen.

Paragrafen är ny. Den reglerar vård- och omsorgsgivares möjlighet att, i enlighet med patientens eller omsorgsmottagarens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten elektronisk tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation om patienten eller omsorgsmottagaren, som den aktuella vård- eller omsorgsgivaren registrerat. Övervägandena finns i avsnitt 6.5 med hänvisningar till 6.4.

Bestämmelsen har motsvarande innebörd och utformning som bestämmelsen om ombuds elektroniska tillgång i 5 kap. 5 a § patientdatalagen. Här är det dock i stället uppgifter som ingår i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och beskrivs i 13 § som omfattas.

Eftersom bestämmelsen har motsvarande utformning som 5 kap. 5 a § patientdatalagen hänvisas till den utförliga författningskommentaren ovan till 5 kap. 5 a § patientdatalagen för hur bestämmelsen ska tillämpas med följande tillägg. Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är ett system som ger verksamheter inom socialtjänsten som avser äldre eller personer med funktionsnedsättningar och hälso- och sjukvården tillgång till varandras vård- och omsorgsdokumentation genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. För den närmare innebörden av sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation hänvisas till kapitel 16 i delbetänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4).

Där förklaras ingående vad som avses med omsorgsmottagare, omsorgsgivare, vilka uppgifter som får ingå i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och vilka insatser som omfattas.

Det är socialtjänstens uppgifter om äldre och personer med funktionsnedsättningar som får vissa insatser, som får ingå i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Den fysiska person som patientens eller omsorgsmottagarens medgivande avser, får således ges elektronisk tillgång till den sammanhållna vård- och omsorgsdokumentationen, oavsett om uppgifterna härrör från hälso- och sjukvårdens eller från socialtjänstens dokumentation.

Avsikten med bestämmelsen är att den ska ge vård- och omsorgsgivare möjlighet att ge någon utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten elektronisk tillgång till uppgifter i dokumentation som *just den aktuella* vård- eller omsorgsgivaren registrerat och som finns tillgänglig för andra vård- och omsorgsgivare i systemet för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Sådan elektronisk tillgång kan inkludera tillgång till dokumentation som en vård- eller omsorgsgivare tagit del av hos en annan vård- och omsorgsgivare genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och sedan själv registrerat i sin egen vård- eller omsorgsdokumentation i systemet.

Till skillnad från bestämmelsen i 5 kap. 5 a § patientdatalagen, där uttrycket "enskild" anges, används här "*patienten eller omsorgsmottagaren*". Detta anknyter till de uttryck som används i bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Det krävs inte att personen har en aktuell patientrelation eller en pågående omsorgsinsats för att kunna lämna sitt medgivande till att en annan fysisk person som denne känner personligen får elektronisk tillgång till uppgifterna.

Till skillnad från bestämmelsen i 5 kap. 5 a § patientdatalagen, där begreppet "vårdenhet" anges, används här "*organisatorisk enhet*". Det är vårdgivaren respektive omsorgsgivaren som själv avgör vilka organisatoriska enheter den har och gränserna mellan dem.

13 b § *I 5 kap. 5 och 5 a §§ patientdatalagen (2008:355) finns det ytterligare bestämmelser om elektronisk tillgång för patienten och andra till uppgifter hos vårdgivare om patienten själv.*

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om de krav på

säkerhetsåtgärder som ska gälla vid sådan direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande som avses i 13 och 13 a §§.

Paragrafen är ny. Paragrafen motsvarar i huvudsak förslaget till 2 kap. 13 § andra och tredje styckena i delbetänkandet (SOU 2021:4). Innehållet har dock kompletterats med en erinran i *första stycket* om att det i patientdatalagen finns ytterligare bestämmelser om ombuds elektroniska tillgång till uppgifter hos vårdgivare om patienten själv som gäller oavsett om vårdgivaren deltar i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation eller inte. I fråga om innebörden av *andra stycket* hänvisas till författningskommentaren till 2 kap. 13 § andra stycket i delbetänkandet.

Kommittédirektiv 2019:37

Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet

Beslut vid regeringssammanträde den 27 juni 2019

Sammanfattning

En särskild utredare ska utreda och lämna förslag som rör personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Utredaren ska bl.a. se över möjligheterna

- att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso- och sjukvård,
- till en utvidgad informationsöverföring för kvalitetsutveckling mellan bl.a. vårdgivare i hälso- och sjukvård och kommunala nämnder,
- att införa sekretessbrytande bestämmelser för viss personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvård, och
- att ge ombud åtkomst till patientjournal.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 maj 2021. Ett delbetänkande som rör samtliga utredningsfrågor utom ombuds åtkomst till patientjournal och uppkomna frågeställningar för fortsatt utredning ska dock lämnas senast den 17 januari 2021.

Bakgrund

Strukturförändringar inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har under de senaste decennierna genomgått strukturförändringar av olika slag. Två tydliga sådana är ökningen av andelen olika aktörer som är verksamma inom sektorerna, och den demografiska förändringen med en ökande andel äldre i befolkningen.

Fler olika utförare av verksamheterna än tidigare

Kommuner och landsting har ansvar för verksamheterna inom socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården. Med socialtjänst avses i dessa direktiv främst sådan verksamhet som regleras genom bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, samt personlig assistans som utförs med assistansersättning som regleras i 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110). Socialtjänsten omfattar flera målgrupper, varav endast vissa är aktuella i det här direktivet. Med hälso- och sjukvård menas i dessa direktiv sådan verksamhet som definieras i 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Kommuner och landsting ska organisera verksamheten när det gäller att driva socialtjänsten eller hälso- och sjukvården i egen regi eller att använda sig av privata utförare. Utvecklingen inom landstingen de senaste årtiondena visar att andelen verksamhet som utförs privat har ökat från 10 procent 2006 till 16 procent 2016 (räknat till kostnaderna för verksamheten). Det är dock stora regionala skillnader mellan landstingen. Drygt en fjärdedel av verksamheten i Stockholms läns landsting (SLL) köps in från privata vårdgivare jämfört med Jämtlands läns landsting där drygt 3 procent köps in externt. Skillnaden mellan landstingen när det gäller hur stor andel av verksamheten som lagts på privat vårdgivare återspeglar till viss del i vilken utsträckning som landstinget använder valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Utöver utvecklingen med fler privata vårdgivare hos landstingen så ökade antalet

digitala vårdgivare som erbjuder vårdtjänster via t.ex. videolänk, chatt, text- eller bildmeddelanden.

Även socialtjänsten utförs av fler olika aktörer än enbart kommunala myndigheter, bl.a. med stöd av lagen om valfrihetssystem. Ser man till insatser riktade till t.ex. äldre personer som beviljades hemtjänst under 2018 så tog 17 procent av dem emot insatser från en enskild verksamhet. För personer som är yngre än 65 år var andelen större, nästan 25 procent valde att få sina insatser utförda via enskild verksamhet. Andelen särskilda boenden som drevs via enskild verksamhet var 20 procent. Vad gäller t.ex. daglig verksamhet för personer med funktionsnedsättning så drevs nästan 10 procent som enskild verksamhet.

Utöver strukturförändringarna med ett ökat antal olika utförare får kommunernas möjlighet att välja hur man organiserar sina nämnder betydelse för hur verksamheten ser ut. Fullmäktige beslutar vilka nämnder som ska finnas inom kommunen och att varje nämnd ska ansvara för ett visst område. Eftersom kommunerna, med några få undantag, själva bestämmer vilka nämnder de vill ha inom kommunen ser organisationen olika ut i olika kommuner. Många kommuner har t.ex. fler än en kommunal nämnd för varje verksamhetsområde. Införandet av den fria kommunala nämndorganisationen genom 1991 års kommunallag innebar att en del kommuner kom att dela upp socialtjänsten på flera sektorer som organisatoriskt hör till olika nämnder. Det finns exempelvis en geografisk uppdelning på kommundelsnämnder, men det kan också finnas en uppdelning på olika kompetensområden eller utifrån ett beställar- och utförarperspektiv.

En förändrad demografisk situation med en ökande andel äldre

En annan förändring som redan har och kommer att få ännu större påverkan framöver inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård är den demografiska utvecklingen med en ökande andel äldre i befolkningen. Andelen personer som är 80 år och äldre väntas öka kraftigt de närmaste åren. Denna grupp utgör i dag cirka fem procent av befolkningen men beräknas utgöra cirka nio procent av befolkningen år 2050. Äldre personer har ofta kroniska sjukdomar. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar i rapporten

VIP i vården (Rapport 2014:2) att 85 procent av personer över 65 år har minst en kronisk sjukdom.

Äldre personer som beviljats biståndsbedömda insatser med stöd av SoL har ofta omfattande behov av stöd och hjälp med både omsorg och hälso- och sjukvård. Drygt 70 procent av de som är 65 år och äldre och som tar emot vård från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården i ordinärt boende har också beviljats socialtjänstinsatser. En person kan också ta emot socialtjänstinsatser från flera olika utförare, t.ex. hemtjänst och dagverksamhet.

Socialstyrelsen har kartlagt hur den kommunala hälso- och sjukvården är organiserad (Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – förstudie, art nr. 2019-2-17). Kartläggningen visar att patienter inom denna typ av vård ofta är sköra och har komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar samt möter många olika vårdgivare och verksamheter. Socialstyrelsen konstaterar i kartläggningen att kontinuiteten i vården och omsorgen är mycket viktig för personers upplevelse av trygghet. De många kontakterna mellan olika vårdgivare eller utförare när en person går över från en verksamhet till en annan ställer krav på en väl fungerande samverkan för att inte innebära risker i form av t.ex. missförstånd eller avsaknad av information om nästa behandlingssteg. Frågor som rör samordning för gruppen äldre personer har också lyfts i slutbetänkandet Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer (SOU 2017:21) från Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen och slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

Digitaliseringsutvecklingen under senare år

Sverige har internationellt sett en hög digitaliseringsgrad. EU gör sedan 2014 årliga mätningar av medlemsstaternas utveckling inom digitaliseringsområdet som publiceras i ett s.k. DESI-index (the Digital Economy and Society Index) som bygger på undersökningar inom fem olika områden, bl.a. tillgången till fast bredband, medborgarnas digitala kommunikationer samt e-förvaltning och e-hälsa. Sverige har alltid placerat sig bland de tre länder som ligger högst på listan och låg 2018 på andra plats efter Danmark.

Digitaliseringen erbjuder stora möjligheter för socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Modern informations- och kommunikationsteknologi kan underlätta för den enskilde att vara delaktig i sin egen vård och omsorg, stödja kontakten mellan den enskilde och verksamheterna samt tillhandahålla effektivare stödsystem för medarbetarna i verksamheterna.

Socialtjänsten har i likhet med andra områden påverkats av digitaliseringen. Socialstyrelsen följer sedan 2013 användningen av välfärdsteknik i kommunerna, och myndigheten konstaterar i kartläggningen för 2019 att allt fler kommuner inför olika typer av välfärdstekniklösningar (E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019, art nr. 2019-5-10). Andelen kommuner som har e-tjänster för att ansöka om bistånd ökar. Inom äldreomsorgen har 27 procent av kommunerna sådana e-tjänster för bistånd och inom funktionshindersområdet var andelen 23 procent. Drygt 90 procent av alla trygghetslarm är digitala och uppkopplade framförallt via de mobila näten. Socialstyrelsen konstaterar vidare att många kommuner brister i att säkerställa ett fullgott skydd för enskildas känsliga personuppgifter.

Hälso- och sjukvårdsområdet har också integrerat digitala stöd i den dagliga verksamheten. De årliga undersökningar som landstingen gör av användningen av it i vården visar bl.a. att all journalföring inom slutenvården, primärvården och psykiatrien är digital sedan början på 2010-talet (eHälsa i landstingen – augusti 2013).

Digitaliseringen påverkar inte bara verksamheterna utan även patienter och brukare. Sveriges Kommuner och Landstings studier i fråga om invånarnas inställning till digital service i välfärden visar att tre fjärdedelar av invånarna är positivt inställda till att kommuner och landsting kommunicerar digitalt och erbjuder digital service (Invånarnas inställning till digital service i välfärden 2018). Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har studerat befolkningens inställning till nyttjande och skydd av digitala uppgifter om vård och hälsa för olika ändamål (För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter, rapport 2017:10). Undersökningen visar på ett högt förtroende för vårdens hantering och skydd av patientinformation. Majoriteten önskade att uppgifterna skulle användas men med ett tillfredsställande integritetsskydd. I undersökningen framkom vidare att man önskade få information om vilka uppgifterna är, hur de används och av vem. De flesta ville att uppgifterna skulle användas för olika ändamål, men många ville

tillåta detta först efter det att man fått information om användningen samt erbjudits möjlighet att tacka nej eller efter det att man lämnat sitt medgivande.

Reglering av dataskydds- och sekretessfrågor

Internationell nivå – FN, Europarådet och EU

Förenta nationerna (FN) antog 1948 den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna. Förklaringen är inte formellt bindande för medlemsstaterna, men ses som ett uttryck för sedvanerättsliga regler. Skyddet för den personliga integriteten behandlas i artikel 12, som anger att ingen får utsättas för godtyckligt ingripande i fråga om privatliv, familj, hem eller korrespondens och inte heller för angrepp på sin heder eller sitt anseende. I artikel 29 anges att en person endast får underkastas sådana inskränkningar som har fastställts i lag och enbart i syfte att trygga tillbörlig hänsyn till och respekt för andras rättigheter och friheter.

Den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, förkortad Europakonventionen, innehåller bestämmelser till skydd för den enskildes rätt till respekt för privat- och familjelivet (art. 8.1). Ytterligare en central konvention är Europarådets konvention om skydd för enskilda vid automatisk databehandling av personuppgifter, förkortad dataskyddskonventionen. I denna finns bestämmelser om automatisk databehandling av personuppgifter. I anslutning till Europakonventionen antog Europarådets ministerkommitté rekommendationer som gäller behandling av personuppgifter inom vissa områden. Rekommendationerna är inte direkt bindande. En av rekommendationerna, Recommendation No. R (97) 5 of the Committee of Ministers to Member States on the protection of medical data, antogs 1997 i syfte att förtydliga vad som gäller för personuppgifter om hälsa (hälso-uppgifter) enligt artikel 6 i dataskyddskonventionen. Rekommendationen är tillämplig på insamling och automatiserad behandling av hälso-uppgifter. Rekommendationen uppdaterades i mars 2019.

Av Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna, förkortad EU-stadgan, följer att var och en har rätt till respekt för sitt privatliv och familjeliv, sin bostad och sina kommunikationer och att var och en har rätt till skydd av de personuppgifter som rör

honom eller henne och att dessa uppgifter ska behandlas lagenligt för bestämda ändamål och på grundval av den berörda personens samtycke eller någon annan legitim och lagenlig grund samt att var och en har rätt att få tillgång till insamlade uppgifter som rör honom eller henne och att få rättelse av dem (artiklarna 7 och 8 i EU-stadgan.)

Den 27 april 2016 antogs Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), nedan kallad dataskyddsförordningen. Förordningen började tillämpas den 25 maj 2018. Personuppgiftslagen (1998:204) upphävdes och ersattes av lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, nedan benämnd dataskyddslagen, i samband med att dataskyddsförordningen började tillämpas. Flera anpassningar i olika registerförfattningar gjordes för att tydliggöra att dessa innehåller ytterligare kompletterande bestämmelser till dataskyddsförordningen och dataskyddslagen samt för att i övrigt anpassa den nationella lagstiftningen till dataskyddsförordningen.

Reglering som syftar till att säkerställa ett likvärdigt skydd av de grundläggande fri- och rättigheterna, i synnerhet rätten till integritet, när det gäller behandling av personuppgifter inom sektorn för elektronisk kommunikation finns även i Europaparlamentets och rådets direktiv 2002/58/EG av den 12 juli 2002 om behandling av personuppgifter och integritetsskydd inom sektorn för elektronisk kommunikation (direktiv om integritet och elektronisk kommunikation).

Nationell reglering när det gäller hantering av uppgifter om hälsa eller personliga förhållanden

Frågan om myndigheters behandling av personuppgifter på automatiserad väg innefattar avvägningar mellan skyddet för den personliga integriteten och andra viktiga samhällsintressen. I regeringsformen, förkortad RF, anges bl.a. att det allmänna ska värna om den enskildes privatliv och familjeliv (1 kap. 2 § fjärde stycket). Var och en är gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär

övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden (2 kap. 6 §). Denna fri- och rättighet kan under vissa förutsättningar begränsas genom lag (2 kap. 20 och 21 §§).

I offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, regleras sekretess i det allmännas verksamhet. Sekretess innebär ett förbud att röja en uppgift, vare sig det sker muntligen, genom utlämnande av en allmän handling eller på något annat sätt (3 kap. 1 § OSL). Sekretess innebär således en begränsning av både rätten att ta del av allmänna handlingar och yttrandefriheten.

Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (25 kap. 1 § OSL). Det finns dock bestämmelser som bryter denna sekretess. Till exempel hindrar inte sekretessen att uppgifter lämnas mellan olika hälso- och sjukvårdsmyndigheter inom en kommun eller ett landsting och mellan allmänna och enskilda vårdgivare enligt det som föreskrivs om sammanhållen journalföring i patientdatalagen (25 kap. 11 § 3 OSL). Om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar sekretessen inte heller att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet inom socialtjänstens område (25 kap. 13 § OSL).

När det gäller skyddet för uppgifter som förekommer inom hälso- och sjukvård som bedrivs av enskilda näringsidkare får den som tillhör eller har tillhört sådan verksamhet inte obehörigen röja vad han eller hon i denna verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden (6 kap. 12 § patient säkerhetslagen [2010:659]). Motsvarande tystnadsplikt gäller i enskilt bedriven verksamhet enligt SoL, för uppgift om enskildas personliga förhållanden (15 kap. 1 §).

Sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (26 kap. 1 § OSL). Det finns dock bestämmelser som bryter sekretessen. Till exempel hindrar sekretessen inte att uppgift om en

enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne inte har fyllt arton år, fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel eller vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet (26 kap. 9 § OSL).

Dataskydd i socialtjänst och hälso- och sjukvård

Behandlingen av personuppgifter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården regleras också av särskilda s.k. registerlagar, främst patientdatalagen (2008:355) och lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Utöver dessa lagar så innehåller också SoL, särskilda regler om bl.a. behandling av personuppgifter och gallring inom socialtjänstens verksamheter. Lagarna kompletteras av förordningar samt i vissa fall myndighetsföreskrifter. Det finns vidare annan lagstiftning där personuppgiftsbehandling för hälsouppgifter regleras, bl.a. lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m., lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista samt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Tidigare översyner och utredningar

Övergången till en i huvudsak digital hantering av personuppgifter inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården har pågått under lång tid. Det har också mot denna bakgrund gjorts översyner av regleringen av personuppgiftsbehandling. Några exempel är Socialdatautredningen vars slutbetänkande *Behandling av personuppgifter inom socialtjänsten* (SOU 1999:109) låg till grund för lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten som trädde i kraft 2001, Patientdatautredningen vars slutbetänkande *Patientdatalag* (SOU 2006:82) låg till grund för patientdatalagen som trädde i kraft 2008, Socialtjänstdatautredningen vars slut-

betänkande Socialtjänsten – Integritet-Effektivitet (SOU 2009:32) lämnades i mars 2009 men inte föranledde några lagstiftningsåtgärder och utredningen Rätt information i vård och omsorg. Den sistnämnda utredningens delbetänkandet Rätt information – Kvalitet och patientsäkerhet för vuxna med nedsatt beslutsförmåga (SOU 2013:45) föranledde ändringar i bl.a. patientdatalagen. Det handlade bl.a. om att en vårdgivare under vissa omständigheter får göra uppgifter om en patient som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning tillgängliga för de vårdgivare som är anslutna till systemet med sammanhållen journalföring respektive en vårdgivare får ta del av uppgift om vilken vårdgivare som har gjort uppgifter tillgängliga. Utredningens slutbetänkande – Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 2014:23) – låg till grund för bl.a. ändringar i lagen (1996:1156) om receptregister.

Utöver dessa kommittéer finns exempel på utredningar som har gjorts internt inom Regeringskansliet kring frågor som rör personuppgiftsreglering inom hälso- och sjukvården, t.ex. departementspromemoriorna Nationell läkemedelslista (Ds 2016:44) och Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvård (Ds 2018:5).

En översyn av vissa frågor som gäller personuppgiftshantering inom socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet

Sedan den övergripande regleringen av personuppgiftshanteringen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvårdsområdet tillkom så har verksamheterna utvecklats på olika sätt. Det har tillkommit flera nya regleringar som påverkar hur personuppgifter får hanteras inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Exempel som har nämnts är dataskyddsförordningen och dataskyddslagen. I samband med att dataskyddsförordningen skulle börja tillämpas gjorde regeringen en översyn av regleringen inom Socialdepartementets område, för att anpassa nationell rätt till dataskyddsförordningen. Detta ledde till ändringar i ett stort antal lagar. Propositionen Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning (prop. 2017/18:171) avgränsades till att hantera de anpassningar i författningar inom Socialdepartementets verksamhetsområde som vid det tillfället bedömdes behövas med anledning av dataskyddsförordningen (prop. 2017/18:171 s. 58). Ett annat exempel är lagen om nationell läkemedelslista som kommer att

ersätta lagen om receptregister och lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning i juni 2020. Här kan vidare nämnas OSL som trädde i kraft 2009, som reglerar stora delar av sekretessen i socialtjänst och hälso- och sjukvård, och patientsäkerhetslagen, som reglerar sekretess i enskild verksamhet och som trädde i kraft 2010.

Datainspektionen har sedan patientdatalagen infördes genomfört flera långsiktiga tillsynsinsatser. Myndigheten påbörjade 2012 en första bred tillsyn av alla landsting och fem privata vårdgivare. Områden som analyserades var bl.a. möjligheter att spärra uppgifter. Datainspektionen har vidare genomfört kontroller av den kommunala hälso- och sjukvården. Exempelvis genomförde myndigheten sammanlagt 18 tillsynsinsatser som fokuserade på behörighetsstyrning och loggkontroller i kommuner under 2013. Utöver tematiska och långsiktiga tillsynsinsatser görs enskilda insatser initierade efter t.ex. klagomål från enskilda eller via uppgifter i medierna. Många av de tillsynsinsatser som gjorts under åren har tydliggjort gränserna för hur personuppgifter får hanteras i socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I myndighetens tillsynsplan för 2019 och 2020 ligger även hälso- och sjukvården med som ett särskilt utpekade område för insatser under 2019.

Det finns vidare exempel på domstolsärenden där personuppgiftshantering inom hälso- och sjukvården har belysts. Landstinget i Uppsala gav tidigare patienter möjlighet att digitalt ”dela” sin journal med någon annan, ett s.k. ombud. Vid tillsyn av tjänsten förelade Datainspektionen landstinget att upphöra med att ge ombud direktåtkomst med motiveringen att sådan åtkomst enligt lag uttryckligen endast kan ges till den enskilde själv, dvs. inte till dennes ombud. Föreläggandet överklagades och målet avgjordes slutligt i Högsta förvaltningsdomstolen där domstolen konstaterade att Datainspektionen haft fog för att förelägga landstinget att upphöra med att ge ombud direktåtkomst till landstingets personuppgifter om enskilda (HFD 2017 ref. 67).

Riksdagen har vidare i ett tillkännagivande anført att regeringen bör överväga om det finns anledning att göra en översyn av patientdatalagen och annan relevant lagstiftning. Det är enligt riksdagen angeläget att lagstiftningen på området är anpassad till de krav som dagens teknik ställer, samtidigt som den personliga integriteten beaktas (bet. 2018/19:SoU 8 punkt 58, rskr. 2018/19:233).

Regeringen kan konstatera att den lagstiftning som styr personuppgiftshandling inom och mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården fungerat väl i övergången från att hanterat personuppgifter på papper till ett i huvudsak digitalt arbetssätt. Regleringen ger ett avvägt skydd mellan intresset av att behandla personuppgifter och intresset av att skydda enskilda personers integritet. Dock bedöms det finnas behov av en översyn av vissa frågor på området. Bedömningen bygger på det som har anförts inledningsvis om förändringen på senare år i det sätt som socialtjänsten och hälso- och sjukvården organiserar sig på, den ökade användningen av digitala stöd för personuppgiftshandling samt klargöranden kring lagstiftningen utifrån bl.a. vad Datainspektionen uttryckt i sina tillsynsinsatser.

Utredningsuppdraget

Utgångspunkten för samtliga uppdrag är att de rör frågor kring personuppgiftshandling i socialtjänst och hälso- och sjukvård. I dessa fall handlar det i princip uteslutande om uppgifter som rör människors hälsa och livssituation vilket är information av integritets känslig karaktär. Utredaren ska därför i samband med att förslag lämnas särskilt redogöra för hur hänsyn tagits till behovet av informationssäkerhet, rättssäkerhet samt skydd för den personliga integriteten. Frågorna som ska utredas behöver primärt analyseras utifrån dataskyddsförordningen men även utifrån befintlig reglering, bl.a. ska EU-stadgan, Europakonventionen, 2 kap. 6 § RF och dataskyddslagen beaktas. Eventuella inskränkningar i integritetsskyddet ska följas av analyser samt proportionerliga och tydliga avvägningar där alternativa metoder och mindre integritetskränkande alternativ ska övervägas eller där förslag på särskilda integritetsskyddande åtgärder lämnas.

För samtliga uppdrag gäller att utredaren ska lämna författningsförslag där så anses nödvändigt.

Möjlighet till direktåtkomst mellan vissa verksamheter

Ett sätt att lämna ut personuppgifter i elektronisk form är genom s.k. direktåtkomst. Begreppet direktåtkomst är inte definierat i lag. Med direktåtkomst menas vanligen att någon har direkt tillgång till någon annans databas eller register och på egen hand kan söka efter information, dock utan att kunna påverka innehållet i databasen eller registret. Begreppet brukar också anses innefatta att den som är ansvarig för databasen eller registret inte har någon kontroll över vilka uppgifter som mottagaren vid ett visst tillfälle tar del av. Vid direktåtkomst anses de uppgifter som omfattas av åtkomsten utlämnade i och med att åtkomsten medges.

I princip anses allt elektroniskt utlämnande som inte görs genom direktåtkomst göras genom utlämnande på medium för automatiserad behandling. Som exempel kan nämnas att personuppgifter lämnas via upptagningar mellan myndigheter, e-post eller USB-minne. Begreppet anses omfatta överlämnande av elektroniskt lagrade uppgifter via alla slags medium för lagring och överföring (Överskottsinformation vid direktåtkomst, SOU 2012:90 s. 198).

Det normala i dag är emellertid att ett informationsutbyte mellan myndigheter sker elektroniskt mellan it-system genom en fråga-svar-funktion. Högsta förvaltningsdomstolen har i den s.k. Lefionlinedomen (HFD 2015 ref. 61) ansett att gränsdragningen mellan vad som är direktåtkomst och annat utlämnande på medium för automatiserad behandling beror på om den aktuella uppgiften kan anses förvarad hos den mottagande myndigheten enligt 2 kap. 3 § andra stycket tryckfrihetsförordningen. Avgörande är således om uppgiften är tillgänglig för myndigheten med tekniskt hjälpmedel som myndigheten själv utnyttjar för överföring i sådan form att den kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas. Högsta förvaltningsdomstolens dom kan tolkas så att den tekniska utformningen av en myndighets system för utlämnande av uppgifter kan bli avgörande för om utlämnandet ska anses som direktåtkomst eller som annat utlämnande på medium för automatiserad behandling. I domen fann Högsta förvaltningsdomstolen att mottagande myndighets åtkomst till uppgifter hos den utlämnande myndigheten genom ett system som utformats med en fråga-svar-funktionalitet inte utgjorde direktåtkomst.

Direktåtkomst är enligt förarbetena till patientdatalagen (prop. 2007/08:126 s. 244) en form av elektroniskt utlämnande till en extern mottagare. Direktåtkomst sker när den som är ansvarig för informationen inte har kontroll över vilka uppgifter som en mottagare vid ett visst givet tillfälle tar del av. Inom hälso- och sjukvården finns i dag vissa möjligheter till direktåtkomst. Sammanhållen journalföring innebär att vårdgivare under vissa förutsättningar kan få direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar och andra personuppgifter som behandlas för ändamål som rör vårdokumentation (6 kap. patientdatalagen) Detta gäller såväl mellan offentliga vårdgivare som mellan offentliga och enskilda vårdgivare. Vårdgivaren får under vissa förutsättningar ge en patient direktåtkomst till hela eller delar av patientens patientjournal (5 kap. 5 § samma lag). För socialtjänsten saknas en reglering liknande den som finns för sammanhållen journalföring inom hälso- och sjukvården som tillåter att olika utförare har direktåtkomst till varandras dokumentation. Det råder sekretess mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård och därför är det heller inte tillåtet med direktåtkomst mellan dessa verksamheter. Frågan om direktåtkomst mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård har också belysts av Datainspektionen i ett tillsynsärende från 2011 om TioHundranämnden i Norrtälje där vissa personuppgifter tillgängliggjordes direkt mellan nämnden och en utförare (Datainspektionen, dnr 876-2010). Datainspektionen ansåg i det ärendet att det krävs författningsändringar både i regelverken som gäller för hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att det ska vara tillåtet att tillämpa sammanhållen journalföring mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Som beskrivits tidigare finns i dag flera olika vårdgivare och utförare i socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En patient kan under en enskild vårdprocess möta många olika offentliga och privata vårdgivare. Patienter med kroniska eller långvariga sjukdomstillstånd kan också behöva hjälp av flera olika vårdgivare parallellt. Särskilt stort är detta behov för äldre och multisjuka personer. Behovet av att kunna utbyta information mellan vårdgivare eller utförare i syfte att ge en god och säker vård och omsorg, med bibehållen integritet och säkerhet, har således ökat under senare år. Utredaren ska därför se över möjligheterna att införa direktåtkomst, i likhet med den möjlighet som i dag ges genom sammanhållen

journalföring genom en s.k. sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation mellan

- verksamheter som avser äldre personer, t.ex. hemtjänst eller dagverksamhet för personer med demenssjukdom, och personer med funktionsnedsättning som har insatser enligt SoL, t.ex. boendestöd och insatser enligt LSS, och
- verksamheter som nämns ovan och hälso- och sjukvård.

Utgångspunkten för uppdraget ska vara den personuppgiftsbehandling som sker inom den individinriktade vård- och omsorgsverksamheten.

Om så är relevant ska utredaren se över möjligheterna att använda elektroniskt utlämnande som alternativ till direktåtkomst.

Frågeställningen berör såväl landstingens och kommunernas verksamheter inom nämnda områden som enskild vårdgivare inom hälso- och sjukvården eller enskild verksamhet inom socialtjänstens områden. Utredningsuppdraget innefattar även att lämna förslag till nödvändiga ändringar i lagstiftningen om sekretess och tystnadsplikt.

Uppdraget omfattar inte att utreda särskilda frågor som rör personer med nedsatt beslutsförmåga. Behövs särskild reglering om sådana personer på det område som omfattas av utredningsuppdraget bör den föreslagna regleringen utformas i enlighet med befintlig reglering, t.ex. 2 kap. 2 a § patientdatalagen och 25 kap. 13 § OSL.

Som framgår av första punktsatsen ovan görs en avgränsning av frågeställningen till att handla om verksamheter inom socialtjänsten som rör äldre personer och personer med funktionsnedsättningar. Hanteringen av personuppgifter inom socialtjänsten spänner över många verksamhetsområden där känsliga personuppgifter registreras. Detta är särskilt tydligt när det gäller områden där det finns lagstiftning om tvång, t.ex. vård till vuxna personer med missbruksproblem eller verksamheter riktade till barn och unga. Sådana verksamheter är olämpliga att hantera i ett system med direktåtkomst eftersom personen i de fall en utredning leder till en insats med tvång inte själv kan välja om informationen ska exponeras för andra delar av socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. De två verksamheter som har valts bedöms vara dels så betydande räknat såväl till antal personer som får insatser som till antal aktörer som utför dem att ett

utökad informationsutbyte är av stort värde för många patienter eller brukare, dels verksamheter utan tvång vilket gör att personen kan göra avvägda val om ifall man vill vara med i en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation eller inte.

Utvecklings- och kvalitetssäkringsarbete inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst

I förarbetena till patientdatalagen diskuteras behovet av att kunna följa upp hur verksamheterna utvecklas. Det finns olika faktorer som kan behöva följas, t.ex. mätning av uppnådda behandlingsresultat och patienttillfredsställelse eller mätning av insatta resurser i form av kostnader för respektive insats eller annan uppföljning avseende kostnadseffektivitet, produktivitet m.m. Vidare framgår att uppföljning inte är något självändamål, dess syfte är att generera kunskap som i sin tur används för att på olika sätt förbättra eller förändra verksamheten i fråga (prop. 2007/08:126 s. 174). Att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras inom socialtjänsten framgår bl.a. av 3 kap. 3 § SoL och 6 § LSS. Uppföljningen kan ske på olika nivåer i verksamheterna: kliniken, vårdinrättningen, nämnden, landstinget, kommunen, sjukvårdsregionen eller nationen.

Av förarbetena till patientdatalagen framgår även att det förutom regelverket för regionala och nationella kvalitetsregister inte finns några särskilda bestämmelser som syftar till att möjliggöra verksamhetsuppföljning över vårdgivargränser (prop. 2007/08:126 s. 175). Frågan om gemensamma verksamhetsuppföljningar för socialtjänst och hälso- och sjukvård har aktualiserats i ett tillsynsärende som rör Stockholms läns landsting och Österåkers kommun (Datainspektionen, dnr 643-2015). Ärendet handlar om att kommun och landsting har samkört och analyserat vissa personuppgifter inom ramen för ett projekt som rör ersättningsmodeller för vård och omsorg av äldre. I ärendet hänvisar Datainspektionen till förarbetena till patientdatalagen där det står följande: ”När det gäller frågan om att förbättra landstingens och kommunernas möjligheter att göra gemensamma uppföljningar av sådana insatser som involverar både hälso- och sjukvård och socialtjänst så utreds detta för närvarande av Socialtjänstdatautredningen (S 2007:92)”. Som framgått under rubriken Tidigare

översyner och utredningar ledde inte Socialtjänstdatautredningens betänkande till lagstiftningsåtgärder.

För socialtjänstens del följer det av OSL att sekretess gäller mellan myndigheter inom socialtjänsten. Kommunerna har frihet att organisera sina nämnder som de själva önskar efter lokala behov och förutsättningar. Varje nämnd i en sådan organisation är att anse som en egen myndighet i OSL:s mening och då gäller sekretess som huvudregel i förhållande till andra myndigheter och andra enskilda än brukaren.

Möjligheterna att följa upp verksamheter som har patienter eller brukare som behandlas av flera olika vårdgivare eller utförare varierar därför beroende på hur verksamheterna är organiserade inom en kommun eller ett landsting. I ett landsting med olika vårdgivare saknas i dag möjlighet till en mer sammanhållen verksamhetsuppföljning på samma sätt som i ett landsting med få vårdgivare. Via kvalitetsregistren, som förs för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet och möjliggöra jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå, kan viss uppföljning göras av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Dessa register har varit värdefulla för vårdens utveckling och regleringen av dem bör kvarstå. Registren är dock oftast avgränsade till enskilda medicinska specialiteter eller sjukdomsgrupper och har byggts upp under lång tid samt avser som minst en hel region. En huvudman i form av ett landsting kan dock ha behov av mer mångfacetterad eller varierad information för kvalitetssäkringsarbete i den egna huvudmannens verksamhet, bedriven i egen regi eller av anlitade utförare, än vad som får finnas i ett kvalitetsregister. Detta behov kan dessutom variera över tid. Det kan t.ex. handla om analyser på en aggregerad eller övergripande nivå för vissa åldersgrupper eller geografiskt avgränsade delar av ett landsting. Beslut om sådan behandling av personuppgifter för kvalitetsutveckling, som bör avse hela eller åtminstone väsentliga delar av huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet, bedriven i egen regi eller av anlitade utförare, bör vara förbehållna det högsta politiska organet hos huvudmannen. Personuppgifter som på detta sätt behandlas för kvalitetsutveckling bör inte få spridas utanför landstinget.

Liknande situation gäller kommuner med olika nämndorganisationer. Då många äldre personer eller personer med funktionsnedsättning i dagsläget får insatser från olika utförare finns ett behov av

att skapa mer jämlika förutsättningar för kvalitetsutveckling av verksamheterna oberoende av organisationsform hos kommunen. Liksom för landstingen bör beslut om sådan behandling av personuppgifter för kvalitetsutveckling vara förbehållna det högsta politiska organet och besluten bör avse hela eller åtminstone väsentliga delar av kommunens verksamhet med omsorg om äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Personuppgifter bör inte få spridas utanför kommunen.

Utredaren ska därför se över möjligheterna till en utvidgad informationsöverföring för kvalitetsutveckling mellan:

- vårdgivare i hälso- och sjukvård,
- vårdgivare i hälso- och sjukvård och kommunal nämnd eller utförare av kommunens arbetsuppgifter inom socialtjänst för äldre personer och personer med funktionsnedsättning, och
- kommunala nämnder eller utförare av kommunens arbetsuppgifter inom socialtjänsten för äldre personer och personer med funktionsnedsättning.

Möjligheter till kvalitetsuppföljning för enskilda vårdgivare inom hälso- och sjukvården eller enskild verksamhet i förhållande till andra myndigheter och andra enskilda än brukaren inom socialtjänstens område ska ingå i analysen.

Utredningsuppdraget innefattar även att lämna förslag till nödvändiga författningsändringar, t.ex. kopplat till behandling av personuppgifter, sekretess och tystnadsplikt.

Sekretessbestämmelser för viss personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvård

Som framgår under rubriken Nationell reglering när det gäller hantering av uppgifter om hälsa eller personliga förhållanden ovan så skiljer sig dagens reglering av sekretess mellan myndigheter åt mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Inom hälso- och sjukvården hindrar inte sekretessen enligt OSL att uppgift lämnas till en enskild vårdgivare med begränsningen att det ska göras i enlighet med vad som föreskrivs om sammanhållen journalföring i patientdatalagen. Ordningen med sammanhållen journalföring gör dock att

gränserna för den inre sekretessen är större i ett landsting med få enskilda vårdgivare än i ett landsting med fler enskilda vårdgivare. I vissa fall krävs då bl.a. inte ett aktivt samtycke för att utbyta patientinformation. Denna skillnad när det gäller förutsättningarna för att utbyta information i relation till vårdens organisering har lyfts av Riksrevisionen i rapporten Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg (RiR 2011:19, avsnitt 3.1.2). För socialtjänstens del finns ingen motsvarande reglering i OSL.

Skillnaden mellan sekretessregleringarna och behovet av en mer likvärdig hantering av personuppgifter har lyfts i olika sammanhang, bl.a. av utredningen Socialtjänstdatautredningen och utredningen Rätt information i vård och omsorg.

Utredaren ska mot denna bakgrund:

- se över möjligheterna att införa sekretessbrytande bestämmelser för socialtjänsten i likhet med bestämmelserna om hälso- och sjukvårdssekretess som framgår av 25 kap. 11 § OSL,
- analysera behovet av ändring i sekretesslagstiftningen utifrån utredningsfrågan om en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, se rubriken Möjlighet till direktåtkomst mellan vissa verksamheter ovan, samt
- undersöka om det är möjligt eller lämpligt att, med bibehållen integritet och säkerhet, tillåta ytterligare uppgiftslämnande mellan myndigheter inom hälso- och sjukvård och enskilda vårdgivare och i sådana fall föreslå nödvändiga författningsändringar.

Om utredaren lämnar författningsförslag bör dessa avgränsas till att röra den individinriktade vård- och omsorgsverksamheten.

Möjlighet att ge ombud åtkomst till patientjournal

Patientjournalen är i grunden ett arbetsinstrument och utgör ett stöd för vård och behandling av patienterna. Personal som inte har träffat patienten tidigare ska kunna använda patientjournalen för att bedöma vilka åtgärder som kan behöva vidtas för att kunna ge patienten en god och säker vård. Patientjournalen är också en informationskälla för patienten. Denne ska kunna få insyn, kunskap och ökad delaktighet i sin hälsa och vård. En patient har i dag möjlighet

till direktåtkomst till sådana uppgifter om sig själv som vårdgivaren får lämna ut (5 kap. 5 § patientdatalagen).

Den nationella tekniska lösningen för att ge patienter åtkomst till sin information tillhandahålls via Inera AB:s tjänst Journalen. Inera är ett bolag, som ägs av SKL Företag, kommuner och landsting och som har till uppgift att koordinera och utveckla gemensamma digitala lösningar för kommuner och landsting. Invånarna når tjänsten via 1177 Vårdguidens e-tjänster och i dagsläget är alla landsting anslutna, men det finns skillnader i hur många verksamheter inom respektive landsting som tillhandahåller tjänsten till sina patienter. Tjänsten har över två miljoner användare. I vissa landsting kunde patienter tidigare välja att dela sin journal med ett ombud. Patienten angav i sådant fall ombudets personnummer och valde om ombudet skulle ges tillgång till hela journalen eller delar av den. Efter en rättsprocess stängdes tjänsten ner. En mer utförlig beskrivning av ärendet har getts under rubriken En översyn av vissa frågor som gäller personuppgiftshantering inom socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet ovan.

Från och med 2020 kommer det att finnas möjlighet att ge ett ombud direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan (5 kap. 6 § lagen om nationell läkemedelslista).

Många patienter har behov av att kunna utse en person som kan hjälpa dem med det praktiska kring deras vårdprocesser. Behovet kan komma sig av att patienten på grund av hög ålder eller fysiska hinder behöver hjälp med att hålla ordning på sina besök, diagnoser eller läkemedel. Utredaren ska därför se över möjligheterna att:

- ge ett ombud åtkomst till patientjournalen.

Uppkomna frågeställningar för fortsatt utredning

I dessa direktiv hanteras ett antal avgränsade frågor som rör personuppgiftshanteringen inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Den digitala utvecklingen rör sig dock snabbt framåt och nya lösningar från andra sektorer kan införas i socialtjänsten och hälso- och sjukvården och skapa nya sätt att leverera eller effektivisera tjänster jämfört med i dag. Framsteg görs i dag också på många områden i hälso- och sjukvården, bl.a. inom life sciencesektorn. Utvecklingen inom detta område bygger till stor del på tillgång till

data som rätt använd, och med respekt för den personliga integriteten, bidrar till att utveckla framtidens vård och omsorg. Utöver den tekniska utvecklingen finns en parallell utveckling inom det rättsliga området. Domstolsbeslut på EU-nivå eller inom Sverige, tillsynsinsatser m.m. påverkar rättstillämpningen och därmed ramarna för hur personuppgifter får hanteras. Denna växelverkan mellan den tekniska utvecklingen och rättstillämpningen kommer sannolikt att fortsätta och det är mot den bakgrunden önskvärt att regeringen uppmärksammas på eventuella andra frågeställningar som har uppkommit under uppdragets genomförande och som kan behöva utredas vidare. Detta gäller även där så är lämpligt frågeställningar avseende användning av patientdata inom life science-området. Utredaren ska därför:

- sammanställa och översiktligt beskriva eventuella ytterligare frågeställningar som utredningen under arbetet med utredningsuppdraget uppmärksammat och som utredaren bedömer kräver vidare analys ur ett dataskydds- eller sekretessperspektiv.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska göra nödvändiga kostnadsberäkningar och andra konsekvensbeskrivningar i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Som framgått under rubriken Utredningsuppdraget ska utredaren i samband med att förslag läggs särskilt redogöra för hur hänsyn tagits till behovet av informationssäkerhet, rättssäkerhet samt skydd för den personliga integriteten. Konsekvensanalysen avseende jämställdhet ska om så är påkallat omfatta konsekvenser för personer som är utsatta för våld eller hot om våld, t.ex. hedersrelaterat våld eller förtryck. Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som föranlett förslagen särskilt redovisas (se 14 kap. 3 § RF).

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska samråda med berörda organisationer. Särskilt relevanta aktörer är företrädare för kommuner, landsting, Sveriges Kommuner och Landsting, privata eller enskilda verksamheter samt

patient- och personalorganisationer. Samråd ska ske med berörda myndigheter, t.ex. Datainspektionen, Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Utredaren ska vidare samråda med andra pågående utredningar som är relevanta, bl.a. Utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning (S 2018:12), Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen (S 2018:11), Framtidens socialtjänst (S 2017:03) och Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 maj 2021. Ett delbetänkande som rör samtliga utredningsfrågor utom ombuds åtkomst till patientjournal och uppkommande frågeställningar för fortsatt utredning ska dock lämnas senast den 17 januari 2021.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2020:112

Tilläggsdirektiv till Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 29 oktober 2020

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 27 juni 2019 kommittédirektiv om en översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (dir. 2019:37). Den särskilda utredaren får nu i uppdrag att även se över behovet av att göra ändringar i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-förordningen) samt, vid behov, föreslå nödvändiga ändringar av förordningen.

Utredaren ska bl.a.

- analysera de rättsliga förutsättningarna för att tillgängliggöra vissa personuppgifter i HOSP-registret genom direktåtkomst för Försäkringskassan, Läke­medelsverket, Universitets- och högskolerådet, privata vårdgivare och relevanta universitet och högskolor,
- bedöma de rättsliga förutsättningarna för att ge Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten möjlighet att behandla uppgifter i HOSP-registret för statistikändamål,
- analysera de rättsliga förutsättningarna för att tillgängliggöra vissa uppgifter ur HOSP-registret för allmänheten, t.ex. via internet, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Utredningstiden ligger fast. Uppdraget ska alltså redovisas senast den 31 maj 2021.

Behovet av regleringsändringar för registret över hälso- och sjukvårdspersonal

För att garantera kunskapsnivån bland yrkesutövare inom hälso- och sjukvården och tandvården finns en särskild reglering av behörighet för att få utöva vissa yrken, se patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Det viktigaste kompetensbeviset inom hälso- och sjukvården är legitimation, vilket är en personlig behörighet och ett uttryck för att den legitimerade står under samhällets tillsyn och har godkänts för verksamhet inom det yrkesområde som legitimationen avser. I dag finns 22 yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och tandvården som kan erhålla legitimation.

Socialstyrelsen ansvarar för registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige (HOSP-registret). Behandlingen av uppgifterna i registret regleras i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-förordningen). Det primära ändamålet med registret är att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Registret används för legitimationskontroll, framställning av statistik, prognoser och tillsynsändamål. Uppgifterna i registret används främst för upplysning till apotek, arbetsgivare och allmänhet om sjukvårdspersonalens identitet och behörighet. Dessutom utgör registeruppgifterna underlag för statistik och prognoser över tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal.

I registret finns uppgifter om namn, personnummer, folkbokföringsort, yrke, eventuell specialistutbildning och datum då legitimation eller specialistkompetens utfärdades samt eventuell förskrivningskod och omfattning av förskrivningsrätt. Registret innehåller även uppgifter om de fall där en prövotid pågår, om en legitimation är återkallad eller en förskrivningsrätt är begränsad eller indragen. För registrering av uppgifter krävs inget samtycke från de registrerade. Registret innehåller uppgifter om närmare 480 000 yrkesutövare.

Enligt 22 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, gäller sekretess för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde

eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs. En förutsättning för att sekretess ska gälla enligt denna bestämmelse är bl.a. att uppgiften förekommer i verksamhet som avser folkbokföringen eller annan liknande registrering av befolkningen. I den utsträckning regeringen meddelar föreskrifter om det, gäller sekretess även om uppgiften förekommer i annan verksamhet som avser registrering av en betydande del av befolkningen. Huvudregeln är således att uppgifterna i de register som omfattas av bestämmelsen ska vara offentliga. Endast om det av särskild anledning kan antas att ett utlämnande skulle leda till skada eller men kan uppgifter hemlighållas.

Regeringen har i 6 § offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) meddelat sådana föreskrifter om sekretess i annan verksamhet som avser registrering av en betydande del av befolkningen. Av föreskrifterna framgår att sekretess gäller bl.a. för uppgift om enskilds personliga förhållanden i HOSP-registret, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående lider men om uppgiften röjs. Huvudregeln är alltså att uppgifterna i HOSP-registret är offentliga. Endast om det finns särskild anledning att anta att ett utlämnande skulle leda till skada eller men omfattas uppgifterna av sekretess.

Tidigare utredning och ändringar i HOSP-förordningen

Utredningen om rätt information i vård och omsorg hade som deluppdrag att analysera förutsättningarna för att på internet eller genom elektronisk direktåtkomst öka tillgängligheten till vissa personuppgifter i HOSP-registret. I delbetänkandet Bättre behörighetskontroll – Ändringar i förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal (SOU 2012:42) föreslog utredningen bl.a. att Socialstyrelsen skulle få erbjuda allmänheten direktåtkomst till ett begränsat antal uppgifter i registret genom t.ex. internetpublicering. Utredningen föreslog även direktåtkomst för vårdgivare, för Apotekens Service AB och för Transportstyrelsen.

I remissvaren framkom att det kan finnas fler aktörer med behov av direktåtkomst. Socialstyrelsen föreslog i sitt remissvar att myndigheten skulle ges möjlighet att medge direktåtkomst till andra myndigheter som har behov av uppgifter i sin verksamhet och vars

syfte med användningen av uppgifterna överensstämmer med registrets ändamål enligt HOSP-förordningen.

Några av utredningens förslag ledde till ändringar i HOSP-förordningen, vilket bl.a. innebar att Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Transportstyrelsen samt offentliga vårdgivare medgavs direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret.

Fler aktörer kan behöva direktåtkomst till registret

IVO, Transportstyrelsen och offentliga vårdgivare får ha direktåtkomst till uppgifterna i registret, enligt HOSP-förordningen. Övriga aktörer som vill få ut uppgifter ur registret måste kontakta Socialstyrelsen med begäran om att få uppgifterna utlämnade.

Socialstyrelsen svarar varje år på ca 100 000 e-postförfrågningar om uppgifter ur registret. Därutöver får myndigheten årligen ca 750 större beställningar av utdrag ur registret och ca 8 000 telefonsamtal med förfrågningar. I myndighetens årsrapport för 2019 skriver Socialstyrelsen att antalet förfrågningar om uppgifter i registret har ökat de senaste åren, vilket bl.a. beror på att bemanningsföretag gör fler periodiska kontroller än tidigare och att fler förfrågningar görs av enskilda. Dessutom tillkom hälso- och sjukvårdskuratorer i registret den 1 juli 2019 i och med att legitimation för yrkestiteln infördes.

Enligt årsrapporten har Socialstyrelsen som mål att svara inom 72 timmar vid förfrågningar och beställningar ur registret. Under 2019 varierade dock svarstiden mellan 5 och 20 arbetsdagar. Socialstyrelsens kostnad för att besvara frågor samt förvalta och utveckla HOSP-registret uppgick 2019 till 8,3 miljoner kronor, vilket var en ökning jämfört med 2018 (7,1 miljoner kronor) och 2017 (5,7 miljoner kronor).

Flera aktörer har gjort hemställningar om HOSP-registret

Regeringen har mottagit flera hemställningar om förändringar i HOSP-förordningen och de flesta gäller möjlighet till direktåtkomst för fler aktörer.

Försäkringskassan föreslår i sin hemställan från den 19 november 2019 att myndigheten medges direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret. Syftet skulle vara att få till stånd en mer rättssäker

och effektiv handläggning av ärenden där vårdgivare ska anslutas till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd. I dag kontrollerar myndigheten endast vissa uppgifter i sådana ärenden på grund av den manuella hantering som krävs vid förfrågan om uppgifter från HOSP-registret (S2019/04921).

Läkemedelsverket framför i sin hemställan från den 12 maj 2017 att direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret är nödvändigt för myndighetens arbete med att automatisera och digitalisera uppgifter om dispenser att förskriva vissa läkemedel samt för en säkrare och bättre dispenserhantering i allmänhet (S2017/02938).

Sveriges universitets- och högskoleförbund föreslår i sin hemställan från den 24 oktober 2019 att direktåtkomst till HOSP-registret medges de universitet och högskolor som behöver uppgifter om yrkeslegitimation för att utfärda en viss examen eller bedöma behörighet för antagning till utbildning (S2019/04419).

Universitets- och högskolerådet biträder Sveriges lärosäten vid antagningar till vissa utbildningar där legitimation är ett behörighetskrav och begär i sin hemställan från den 24 oktober 2019 direktåtkomst till HOSP-registret för att underlätta övergången till en teknisk hantering av dessa arbetsuppgifter (S2019/04420).

Socialstyrelsen begär i sin hemställan från den 21 december 2015 att privata vårdgivare medges direktåtkomst till HOSP-registret då vårdgivare utgör en av de största beställargrupperna av uppgifter ur registret (S2015/08346). I skrivelsen upprepar Socialstyrelsen även sin tidigare begäran från 2010 om att kunna tillhandahålla vissa uppgifter i HOSP-registret på internet för att underlätta informationsutbytet mellan de nordiska länderna och övriga EES-länder.

Behov av ändringar av registrets ändamål

Socialstyrelsen är enligt lagen (2001:99) om den officiella statistiken och förordningen (2001:100) om den officiella statistiken ansvarig för den officiella statistiken inom hälso- och sjukvård, vilket innefattar relevant statistik om hälso- och sjukvårdspersonal. För att säkerställa att myndigheten kan framställa statistik som kan ligga till grund för analyser, uppföljningar, forskning m.m. begär Socialstyrelsen i sin hemställan från den 26 november 2019 att ändamåls-

regleringen i HOSP-förordningen utökas så att uppgifterna i registret får behandlas för att framställa statistik (S2019/05057).

E-hälsomyndigheten (EHM) har ett legitimationsregister som innehåller vissa uppgifter om svensk hälso- och sjukvårdspersonal och som hämtas främst från HOSP-registret på Socialstyrelsen. Socialstyrelsen får enligt 5 § HOSP-förordningen lämna ut uppgifter till EHM för vissa särskilt uppräknade ändamål, men i takt med att EHM har fått nya uppdrag har behoven förändrats. EHM föreslår därför i sin hemställan från den 9 december 2019 att ändamålsbeskrivningen i HOSP-förordningen ändras, så att Socialstyrelsen får lämna uppgifter till EHM för kvalitetssäkring, behörighets- och åtkomstkontroller, komplettering av uppgifter och statistikändamål (S2019/05158).

Den 26 juni 2020 lämnade Försäkringskassan in en komplettering till sin tidigare hemställan. Myndigheten skriver att om myndigheten får direktåtkomst skulle det kunna vara lämpligt att införa ett nytt ändamål i HOSP-förordningens 5 § relaterat till utlämnandet av uppgifter till Försäkringskassan via direktåtkomst.

Den pågående utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09) gör i sitt delbetänkande (SOU 2020:23) bedömningen att det bör övervägas om det finns behov av att återuppta arbetet med ett centralt register över hälso- och sjukvårdspersonal för personalförsörjning i krig. Ett sådant register skulle enligt utredningen syfta till att skapa förutsättningar för hälso- och sjukvårdshuvudmännen att få tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal som inte är anställda i kommunen eller regionen.

Uppdraget att se över HOSP-registret

Analysera förutsättningar för ändringar av HOSP-förordningens bestämmelser om direktåtkomst och ändamål

Av de hemställningar som har lämnats till regeringen framgår att fler aktörer anser sig behöva få direktåtkomst till vissa uppgifter i HOSP-registret. Utöver de skrivelser som skickats in kan det finnas ytterligare aktörer med behov av direktåtkomst. Det har även framkommit att det under de senaste åren skett en ökning av förfrågningarna om uppgifter ur registret samt att Socialstyrelsens kostnader för att besvara frågor och förvalta registret ökat. Det finns således

också behov av att se över regleringen av direktåtkomst till uppgifter i registret för att effektivisera och minska Socialstyrelsens administration av och kostnader för hanteringen av förfrågningar. Det finns även behov av att se över om tillgång till uppgifterna kan hanteras genom andra, mindre integritetskänsliga former för elektroniskt utlämnande. Därutöver behöver ändamålen för HOSP-registret utvidgas för att underlätta för olika aktörer att fullfölja sina uppdrag.

Det finns ett intresse relaterat till bl.a. tillsyn och patientsäkerhet, att låta uppgifter i HOSP-registret vara tillgängliga för allmänheten och vissa myndigheter och andra aktörer. Samtidigt måste det säkerställas att skyddet av den personliga integriteten upprätthålls. Vidare behöver tillämpliga regleringar beaktas, såsom OSL och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

Utredaren ska därför

- analysera de rättsliga förutsättningarna för att tillgängliggöra vissa personuppgifter i HOSP-registret genom direktåtkomst för Försäkringskassan, Läke medelsverket, Universitets- och högskolerådet, privata vårdgivare och relevanta universitet och högskolor,
- bedöma och föreslå vilka ytterligare statliga myndigheter och andra verksamheter som har behov av och bör ges sådan direktåtkomst,
- bedöma om det bör ställas några särskilda krav för direktåtkomst för eventuella ytterligare aktörer och om det kräver ändringar i ändamålsbestämmelserna,
- analysera de rättsliga förutsättningarna för hälso- och sjukvårdshuvudmännen att få direktåtkomst till vissa uppgifter i registret i syfte att skapa förutsättningar för att bemanna kommunernas och regionernas krigsorganisationer,
- efter en avvägning mellan behov och integritetsskydd föreslå vilka personuppgifter som ska få behandlas av de aktörer som har föreslagits,

- analysera och bedöma om Socialstyrelsen kan ges möjlighet att medge direktåtkomst till andra myndigheter som har behov av uppgifter för ändamål i enlighet med HOSP-förordningen,
- i frågor som rör direktåtkomst bedöma om det finns andra alternativ till automatiserat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst och i så fall även bedöma för- och nackdelar med sådant alternativ,
- analysera behovet av att ändra i tillämpliga bestämmelser om sekretess och sekretessgenombrott utifrån utredningsfrågorna om direktåtkomst,
- bedöma de rättsliga förutsättningarna för att ge Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten möjlighet att behandla uppgifter i HOSP-registret för statistikändamål,
- bedöma de rättsliga förutsättningarna för att ändra HOSP-registrets ändamål när det gäller att lämna uppgifter ur registret till E-hälsomyndigheten för kvalitetssäkring, behörighets- och åtkomstkontroll samt komplettering av uppgifter, – i övrigt föreslå ändringar som utredaren anser ha direkt beröring med uppdraget, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Analysera förutsättningar för att ge allmänheten tillgång till vissa uppgifter ur registret

Socialstyrelsen har i sina hemställningar framfört önskemål om att göra vissa uppgifter i HOSP-registret tillgängliga för allmänheten. Enligt Socialstyrelsens hemställan från 2015 var de största beställargrupperna vårdgivare, rekryteringsföretag, apotek, patienter och journalister. Dessutom har införandet av dataskyddsförordningen inneburit fler förfrågningar från enskilda under de senaste åren.

Utredaren ska därför

- analysera de rättsliga förutsättningarna för att tillgängliggöra vissa uppgifter ur HOSP-registret för allmänheten, t.ex. via internet,
- bedöma vilka uppgifter som är relevanta att tillgängliggöra för allmänheten, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska samråda med utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09).

Utredningstiden ligger fast. Uppdraget ska alltså redovisas senast den 31 maj 2021.

(Socialdepartementet)

Förordning (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal

t.o.m. SFS 2021:69 SFS nr: 2006:196

Inledning

1 § För de ändamål som anges i 4 och 5 §§ skall Socialstyrelsen med hjälp av automatiserad behandling föra ett register över hälso- och sjukvårdspersonal.

2 § Denna förordning innehåller bestämmelser som kompletterar Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här benämnd EU:s dataskyddsförordning.

Vid behandling av personuppgifter enligt denna förordning gäller lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen, om inte annat följer av denna förordning. Förordning (2018:464).

3 § En registrerad har inte rätt att motsätta sig sådan behandling av personuppgifter som är tillåten enligt denna förordning.

Personuppgiftsansvarig

3 a § Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig för registret. Förordning (2013:639).

Registrets ändamål

4 § Personuppgifterna i registret får behandlas för att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

5 § Personuppgifterna i registret får, utöver det som anges i 4 §, behandlas endast för att

1. utöva tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal,
2. lämna uppgifter till den nationella läkemedelslistan enligt lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista,
3. lämna uppgifter till myndigheter och enskilda i enlighet med det som föreskrivs i annan författning eller avtal,
4. i samband med E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter enligt lagen om nationell läkemedelslista lämna uppgifter till den myndigheten för kontroll av identitet och behörighet i fråga om förskrivare, legitimerade sjuksköterskor utan behörighet att förskriva läkemedel, apotekare, receptarier och dietister.
5. lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten för kontroll av förskrivares identitet och behörighet vid expediering på öppenvårdsapotek av läkemedel och andra varor som förskrivits,
6. kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i samband med tjänstetillsättning och under anställning eller uppdrag, och
7. kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet att utfärda intyg. Förordning (2021:69).

Registrets innehåll

6 § Registret får innehålla endast följande uppgifter:

1. namn, personnummer, samordningsnummer eller andra liknande identitetsbeteckningar och kön,
2. folkbokföringsort,
3. yrke,
4. grundyrke, läroanstalt, utbildningsland och datum för utfärdande av examen,
5. specialitet,
6. datum för utfärdande av legitimation respektive bevis om specialistkompetens,
7. datum när ett tidsbegränsat behörighetsbevis enligt 6 upphör att gälla,
8. beslut om partiellt tillträde,
9. beslut om prøvotid och återkallelse av legitimation,
10. förskrivarkod och omfattning av förskrivningsrätt, och
11. sådana tekniska och administrativa uppgifter som är nödvändiga för att registerändamålen ska kunna tillgodoses. Förordning (2016:163).

Utlämnande

7 § Personuppgifterna i registret får lämnas ut på medium för automatiserad behandling om uppgifterna skall behandlas för de ändamål som anges i 4 och 5 §§.

Direktåtkomst

7 a § Inspektionen för vård och omsorg får ha direktåtkomst till uppgifterna i registret.

En offentlig vårdgivare får ha direktåtkomst till uppgifter som avses i 6 § 1, 3 och 5-10.

Transportstyrelsen får ha direktåtkomst till uppgifter som avses i 6 § 1, 3, 5 och 7-9. Förordning (2016:163).

7 b § En myndighet som har medgetts direktåtkomst ansvarar för att tillgången till personuppgifter begränsas till vad varje användare behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter.

Direktåtkomst får inte medges innan Socialstyrelsen har försäkrat sig om att behörighets- och säkerhetsfrågorna är lösta på ett sätt som är tillfredsställande ur integritetssynpunkt. Förordning (2013:639).

Utlämnande av uppgifter till myndigheter

7 c § Socialstyrelsen ska på begäran av Inspektionen för vård och omsorg lämna ut uppgifter för det ändamål som anges i 5 § 1.

Inspektionen för vård och omsorg har rätt att ta del av uppgifterna i registret vid direktåtkomst enligt 7 a § första stycket. Förordning (2013:639).

7 d § En offentlig vårdgivare har rätt att ta del av uppgifterna i registret vid direktåtkomst enligt 7 a § andra stycket. Förordning (2013:639).

7 e § Transportstyrelsen har rätt att ta del av uppgifterna i registret vid direktåtkomst enligt 7 a § tredje stycket. Förordning (2013:639).

Information

8 § Utöver vad som framgår av artiklarna 13 och 14 i EU:s dataskyddsförordning ska den som är personuppgiftsansvarig enligt denna förordning lämna information till den registrerade om

1. de sekretess- och säkerhetsbestämmelser som gäller för registret,
 2. rätten enligt artikel 82 i EU:s dataskyddsförordning och 7 kap. 1 § lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning till skadestånd vid behandling av personuppgifter i strid med denna förordning,
 3. vad som gäller i fråga om sökbegrepp, direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling, och
 4. huruvida registreringen är frivillig eller inte. Förordning (2018:464).
- 9 § Har upphävts genom förordning (2018:464).

Frågeställningar för fortsatt utredning ur ett dataskydds- eller sekretessperspektiv

Inledning

Utredningen har i uppdrag att utreda ett antal avgränsade frågor som rör personuppgiftshanteringen inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Samtidigt, uttalade regeringen i direktiven, pågår en växelverkan mellan den tekniska utvecklingen och rättstillämpningen. Den digitala utvecklingen går snabbt och nya lösningar från andra sektorer kan införas för att leverera och effektivisera tjänster inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Framsteg görs även inom hälso- och sjukvården, bl.a. den s.k. life science-sektorn. Utvecklingen inom life science bygger till stor del på tillgång till uppgifter som, rätt använda och med respekt för den personliga integriteten, bidrar till framtidens vård och omsorg. Parallellt pågår en utveckling inom det rättsliga området. Domstolsbeslut på EU-nivå eller inom Sverige, tillsynsinsatser m.m. påverkar rättstillämpningen och ramarna för hur personuppgifter får hanteras.

Mot denna bakgrund anges i direktiven att det är önskvärt att utredningen uppmärksammar regeringen på eventuella andra frågeställningar som har uppkommit under utredningens genomförande och som kan behöva utredas vidare. Det gäller även, när så är lämpligt, frågeställningar om användning av patientdata inom life science-området. Utredningen ska därför sammanställa och översiktligt beskriva ytterligare frågeställningar som utredningen har uppmärksammat under sitt arbete och som utredningen bedömer kräver vidare analys ur ett dataskydds- eller sekretessperspektiv.

Utredningen har identifierat och valt att föra upp följande frågeställningar:

- A. Tillgång till information vid verksamhetsövergångar och andra strukturförändringar
- B. Låt sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation omfatta ytterligare grupper inom socialtjänsten
- C. Tillåt att uppgiftssamlingar för kvalitetsuppföljning även får användas för forskning och inför en sekretessbrytande bestämmelse för forskningsändamål
- D. En översyn av lagen och förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten
- E. Gör det lättare att lämna ut barns uppgifter till vårdnadshavare
- F. En legitimationskod för den som är legitimerad
- G. Ta bort direktåtkomst i patientdatalagen och inom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation
- H. Juridiska frågor som uppstår i samband med nya tekniska lösningar inom hälso- och sjukvården

A) Tillgång till information vid verksamhetsövergångar och andra strukturförändringar

Utredningsuppdrag: Låt en kopia av dokumentation av individuell hälso- och sjukvård och socialtjänstens personakter följa med verksamheten vid verksamhetsövergångar.

Ge Inspektionen för vård och omsorg möjlighet att besluta att patientjournaler respektive socialtjänstens personakter som omhändertas ska förvaras hos en hälso- och sjukvårdsmyndighet respektive en kommunal myndighet som utför socialtjänst. Ge samtidigt Inspektionen för vård och omsorg möjlighet att besluta att en hälso- och sjukvårdsmyndighet respektive en kommunal myndighet som utför socialtjänst ska fortsätta att tillgängliggöra dokumentation som en nedlagd enhet tillgängliggjort i ett system för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Som utredningen konstaterar i kapitel 11 i delbetänkandet har det skett stora strukturförändringar inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården under de senaste årtiondena vilket på olika sätt påverkar förutsättningarna att bedriva hälso- och sjukvård och socialtjänst. Bland annat finns det i dag fler utförare som är verksamma inom dessa områden än tidigare och framför allt finns det fler privata utförare. Med ett ökat antal privata utförare ökar också antalet verksamhetsövergångar som exempelvis att en utförare ersätts av en annan utförare efter upphandling och övertar en verksamhet, t.ex. en vårdcentral. En annan form av verksamhetsövergång är att ett förvärv sker av en verksamhet som innebär att ett nytt företag övertar verksamheten, en s.k. inkråmsöverlåtelse. Även situationen att en patient eller omsorgsmottagare som har fått vård respektive insatser från socialtjänsten hos en offentlig vårdgivare eller en socialtjänstmyndighet i stället ska få denna vård eller insats av en privat vårdgivare eller ett privat omsorgsföretag som myndigheten har anlitat, innebär en verksamhetsövergång i den mening som avses här. En annan form av strukturförändring är när en verksamhet läggs ned. Verksamhetsövergångar kan motiveras såväl av kostnads- och effektivitetsskäl som av politiska önskemål. De överväganden som ligger bakom en regions eller kommuns val av organisationsform har dock inte något med sekretessfrågan att göra utan beror på andra orsaker.

Utredningen föreslår i avsnitt 20.3 i delbetänkandet en sekretessbrytande bestämmelse som innebär att hälso- och sjukvårdssekretessen inte hindrar att uppgifter lämnas från en hälso- och sjukvårdsmyndighet till ett privat hälso- och sjukvårdsföretag ("enskild" i lagtexten). Utredningen gjorde härvid bedömningen att detta även skulle möjliggöra utlämnande av uppgifter från ett privat hälso- och sjukvårdsföretag till ett annat eller till hälso- och sjukvårdsmyndigheter, eftersom den sekretessbrytande bestämmelsen bör innebära att det inte är ett obehörigt röjande att göra ett sådant utlämnande, se avsnitt 20.3.7 i delbetänkandet. I delbetänkandet, avsnitt 20.3.4, beskrivs utförligt vilket behov det finns av att lämna uppgifter från en hälso- och sjukvårdsmyndighet till privata hälso- och sjukvårdsföretag. Även inom socialtjänsten ökar privatiseringen och därmed antalet utförare som utför omsorg. Det finns enligt utredningens mening ett motsvarande behov av uppgiftslämnande från en socialtjänstmyndighet till ett privat omsorgsföretag inom socialtjänstens verksamhet. När utredningens förslag genomförs kommer regleringen

för hälso- och sjukvård och socialtjänst att se olika ut. Det kan ifrågasättas om detta är en befogad skillnad med tanke på att det finns stora likheter mellan den verksamhet som bedrivs av hälso- och sjukvård och socialtjänst, åtminstone såvitt avser insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar. Det finns därför enligt utredningens mening anledning att utreda om det är möjligt och lämpligt att, med bibehållen integritet och säkerhet, tillåta uppgiftslämnande på motsvarande sätt, exempelvis vid verksamhetsövergångar. Utredningen gjorde i samband med förslaget om den sekretessbrytande bestämmelsen för hälso- och sjukvården bedömningen att det inte ingick i utredningens uppdrag att överväga bestämmelser som tillåter ytterligare uppgiftslämnande från privata hälso- och sjukvårdsföretag till hälso- och sjukvårdsmyndigheter eller mellan privata hälso- och sjukvårdsföretag, se avsnitt 20.3.1. Samtidigt angavs att utredningen skulle kunna återkomma till sådana frågeställningar vid redovisningen i slutbetänkandet av uppdraget att lyfta fram uppkomna frågeställningar för fortsatt utredning.

Dagens lagstiftning är inte anpassad till den rådande situationen med allt fler verksamma aktörer och ständigt pågående strukturförändringar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Dessutom har teknisk utveckling och ekonomiska skäl lett till en allt högre grad av digitalisering av dokumentationen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. I princip all dokumentation inom dessa områden kommer inom kort att ske digitalt och inte i pappersform. Eftersom elektronisk dokumentation enkelt kan delas på ett helt annat sätt än fysisk dokumentation, bör det enligt utredningens mening utredas om de fördelar som digitaliseringen ger kan utnyttjas i än högre grad för en mer kostnadseffektiv och säker vård och omsorg. Den sekretessbestämmelse som utredningen föreslår i avsnitt 20.3 i delbetänkandet och den motsvarande reglering för socialtjänsten som ovan förordas är ett steg på vägen mot detta. Ett sätt som skulle verka ännu mer för att minska onödig administration och spara kostnader, vore dock att överväga en reglering i offentlighets- och sekretesslagstiftningen respektive i patientdatalagen, patientsäkerhetslagen och SoLPUL som innebär att en (elektronisk) kopia av dokumentationen ska följa med den *verksamhet* där den upprättats. Detta skulle enligt utredningens bedömning även gynna patientsäkerheten och öka möjligheten att arbeta individbaserat över organisationsgränser. Det skulle kunna ske genom att föreskriva att den som

bedrivit en viss verksamhet får en uppgiftsskyldighet gentemot den som tar över verksamheten. En sådan uppgiftsskyldighet bör gälla oavsett om verksamheten som tas över bedrivs i privat eller offentlig regi och oavsett om den som tar över är ett företag eller en myndighet. Myndigheters skyldighet att arkivera allmänna handlingar bör dock inte förändras, dvs. den s.k. proveniensprincipen (att en organisations mottagna och upprättade handlingar bildar arkiv hos den organisationen) som tillämpas bör lämnas kvar oförändrad.

En annan tanke, som på intet sätt är ny, är förstås att föra en enda elektronisk journal för varje individ som olika vård- och omsorgsgivare ska anteckna i. En utredning av en sådan idé är emellertid en omfattande arbetsuppgift som förmodligen skulle ta ganska lång tid. Utredningen väljer därför att i första hand förorda en mer begränsad utredning av tanken om att dokumentationen följer verksamheten.

En särskild frågeställning som uppstår i samband med strukturförändringar inom hälso- och sjukvård är hur den fortsatta tillgången till uppgifterna i patientjournalerna ska säkerställas. Detta gäller särskilt när privata verksamheter läggs ner och när en ny privat aktör upphandlas. Det handlar om vem som ska förvara patientjournalerna, vem som ska vara personuppgiftsansvarig och hur behovet av smidig tillgång till patientuppgifterna ska kunna tillgodoses.

Inom hälso- och sjukvården ansvarar hälso- och sjukvårdsmyndigheter och privata vårdgivare för all behandling av personuppgifter. En journalhandling ska bevaras i minst tio år efter den sista uppgiften fördes in. Vårdgivaren ska säkerställa att uppgifter i patientjournalen förvaras så att de är läsbara tills de gallras. Detta gäller för både offentliga och privata vårdgivare. Om en privat vårdgivares uppdrag upphör, ska den privata vårdgivaren som utgångspunkt fortsatt förvara patientjournalerna, och hantera frågor om utlämnande av patientuppgifter, under minst tio år. Det säger sig självt att detta kan bli bekymmersamt när det handlar om en vårdgivare vars verksamhet upphört. Det kan t.ex. röra sig om att verksamheten har lagts ned eller gått i konkurs.

I 9 kap. patientdatalagen finns bestämmelser om omhändertagande av patientjournaler när enskild verksamhet har upphört. Om det på sannolika skäl kan antas att patientjournaler inom enskild (privat) hälso- och sjukvård inte kommer att handhas enligt patientdatalagen eller enligt föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen, får Inspektionen för vård och omsorg (IVO) besluta att

patientjournalerna ska tas om hand. IVO får också besluta om omhändertagande av patientjournaler inom enskild (privat) hälso- och sjukvård, om den som ansvarar för hanteringen av journalerna ansöker om det, och det finns ett påtagligt behov av att journalerna tas om hand. Patientjournaler som omhändertas enligt beslut av IVO ska förvaras avskilda hos arkivmyndigheten.¹ IVO ska ange hos vilken arkivmyndighet journalerna ska förvaras.

Ett problem med att patientjournaler förvaras i ett region- eller kommunarkiv är att patientjournalerna inte finns tillgängliga för hälso- och sjukvården på ett smidigt sätt. Arkivmyndigheten är en egen myndighet i sekretessrättslig mening. Sekretessgränser råder mellan arkivmyndigheten och hälso- och sjukvårdsmyndigheterna i en region eller kommun. Hälso- och sjukvårdsverksamhet som behöver få del av gamla journaluppgifter, exempelvis för att de övertagit en patient som tidigare gått hos en privat verksamhet som upphört, får då höra av sig till arkivet med en begäran om att få ut patientjournalerna. Arkivmyndigheten har att hantera hälso- och sjukvårdens begäran om att ta del av patientuppgifter som en begäran om att få ut allmänna handlingar. Detta är inte särskilt smidigt och kan leda till oönskade fördröjningar med att få tillgång till viktiga uppgifter ur patientjournalen som behövs för att ge patienten hälso- och sjukvård. För patienter som tidigare fått vård hos en privat vårdgivare men där patientjournalen nu förvaras hos arkivmyndigheten kan det finnas nackdelar och, i värsta fall, patientsäkerhetsrisker med att patientjournalerna inte finns direkt tillgängliga för hälso- och sjukvårdsmyndigheter. Detta kan t.ex. gälla patienter med kroniska eller sällsynta sjukdomar. Patientuppgifterna skulle förmodligen kunna göra större nytta i den operativa hälso- och sjukvården. Även det förslag som utredningen lämnat om kvalitetsuppföljning förutsätter att relevant information som finns kring ett visst vårdförlopp eller en sjukdom finns enkelt tillgänglig och förvarad hos hälso- och sjukvårdsmyndigheter och privata vårdgivare. Det kan bli bekymmer om delar av informationen förvaras hos ett region- eller kommunarkiv.

Arkivens verksamhet är vidare inte anpassad för den typ av journalhantering som är huvudregel i dag, när sjukvården snabbt behöver få

¹ Av arkivlagen (1990:782) följer att det i varje kommun och region ska finnas en särskild arkivmyndighet. Kommunstyrelsen är arkivmyndighet i kommunen och regionstyrelsen i regionen, om inte kommunfullmäktige eller regionfullmäktige har utsett någon annan nämnd eller styrelse till arkivmyndighet (7 och 8 §§ arkivlagen).

elektronisk tillgång till en patientjournal i vården av en patient. Den mesta dokumentationen inom hälso- och sjukvården är redan i dag digital och finns tillgänglig via upphandlade journalsystem, ofta även enligt sammanhållen journalföring. Det är inte givet att arkivmyndigheten har tillgång till samma it-infrastruktur som vårdgivaren använt sig av. Eftersom arkivmyndigheten normalt inte är en hälso- och sjukvårdsmyndighet, kan den information som förvaras där inte heller ingå i sammanhållen journalföring (eller sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation).

I tider av digitalisering, effektivisering, artificiell intelligens (AI) och digitala beslutsstöd framstår det som mindre lämpligt att region- och kommunarkiv ansvarar för omhändertagna patientjournaler. Att patientuppgifterna inte finns tillgängliga på ett smidigt sätt för hälso- och sjukvården kan innebära risker ur patientsäkerhetsperspektiv och ur dataskyddsperspektiv (jfr de risker vid verksamhetsövergångar som utredningen beskrivit i delbetänkandet, avsnitt 20.3). Det framstår som mer ändamålsenligt att ett beslut om omhändertagande av patientjournaler i stället medför att en hälso- och sjukvårdsmyndighet inom regionen eller kommunen tar hand om journalerna. Det hänger också bättre samman med utredningsuppdraget ovan, om att patientjournalen ska följa verksamheten vid organisationsförändringar. Patientuppgifterna skulle förmodligen kunna göra bättre nytta om de finns enklare tillgängliga för hälso- och sjukvården.

Utredningen anser således att det finns skäl att se över ordningen med att omhändertagna patientjournaler förvaras i region- eller kommunarkiv. Det bör övervägas om IVO i samband med beslut om omhändertagande av patientjournal i stället ska utse en hälso- och sjukvårdsmyndighet som ansvarig för att förvara handlingen. Därtill kan det finnas skäl att låta IVO besluta att en hälso- och sjukvårdsmyndighet ska (fortsätta att) göra patientuppgifterna tillgängliga i ett system för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, om uppgifterna redan finns i systemet. Då finns det bättre förutsättningar för att säkerställa patientsäkerheten och kontinuiteten i vårdens övergångar.

När det gäller omsorgsdokumentation inom privat socialtjänst finns en motsvarighet till omhändertagande av patientjournaler i socialtjänstlagen som anger att IVO ska besluta att en personakt i enskild verksamhet under vissa förutsättningar ska tas om hand om verksamheten upphör. Det gäller om det på sannolika skäl kan antas

att personakten inte kommer att handhas enligt föreskrifterna i socialtjänstlagen eller enligt föreskrifter som meddelats med stöd av socialtjänstlagen, eller om den som ansvarar för personakten ansöker om det och det finns ett påtagligt behov av att akten tas om hand. Personakter som har tagits om hand ska förvaras avskilda hos arkivmyndigheten i den kommun där akterna omhändertagits (7 kap. 5 § SoL och 23 f § LSS). Utredningen anser att det, av motsvarande skäl som när det gäller patientjournaler, finns anledning att överväga att omsorgsdokumentation i socialtjänstens personakter som tas om hand efter beslut av IVO i stället ska förvaras hos en kommunal myndighet som utför socialtjänst. Utredningen har i delbetänkandet lämnat förslag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, vilka innebär att delar av socialtjänstens dokumentation får göras elektroniskt tillgänglig i ett system för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Det bör också övervägas om IVO ska kunna besluta att en kommunal myndighet som utför socialtjänst ska (fortsätta att) göra omsorgsdokumentationen tillgänglig i ett system för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, som redan finns i systemet.

B) Låt sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation omfatta insatser för ytterligare grupper inom socialtjänsten

Utredningsuppdrag: Utred om det är möjligt och lämpligt att låta sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation omfatta även insatser för andra grupper av betydande storlek inom socialtjänsten som tydligt kan definieras.

Utredningens uppdrag har varit att se över möjligheterna att införa direktåtkomst, i likhet med den möjlighet som i dag ges genom sammanhållen journalföring, genom en s.k. sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation mellan å ena sidan verksamheter som avser äldre personer, t.ex. hemtjänst, och personer med funktionsnedsättningar som har insatser enligt socialtjänstlagen t.ex. boendestöd och insatser enligt LSS. Utredningen kom i delbetänkandet fram till att det finns ett stort behov av att genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation enkelt och säkert kunna utbyta information om insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar

mellan dessa verksamheter. Efter en avvägning mellan behov och integritetsrisker bedömde utredningen att det fanns skäl att införa en sådan möjlighet. I utredningens kontakter med företrädare för hälso- och sjukvård och socialtjänst har det påtalats att det finns ett stort behov av sådant informationsutbyte även för andra grupper som får individinriktade insatser från socialtjänsten.

Som utredningen beskriver i avsnitt 8.7 i delbetänkandet finns det regelverk som innebär krav på samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst dels på allmän samverkan, dels på mer specifikt reglerad samverkan i form av samordnade individuella vårdplaner (SIP) och samordnad vårdplan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Bestämmelserna om SIP omfattar alla personer som behöver en individuell plan för att få sina behov tillgodosedda och missbruksvård och äldreomsorg är exempel på verksamheter inom socialtjänsten där bestämmelserna om SIP ofta får betydelse. Skyldigheten att upprätta en individuell plan är inte avgränsad till vissa åldersgrupper utan gäller insatser till både vuxna och barn.

Så som tillämpningsområdet för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är avgränsat omfattar det dokumentation av insatser för barn och ungdomar med funktionsnedsättningar. Det har dock påtalats för utredningen att det även finns ett stort behov av motsvarande informationsutbyte om insatser för andra barn och ungdomar. Som exempel har getts att barn och ungdomar kan ha behov av råd och stöd från socialtjänst och samtalsbehandling från barn- och ungdomspsykiatri samtidigt. Även när det gäller grupperna personer med missbruksproblematik och psykisk sjukdom har motsvarande behov påtalats. Dessa grupper får ofta insatser i form av hjälp och stöd av sammanhållna team bestående av personal från både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Utredningen delar den uppfattning som framförts att det finns ett behov av att utbyta information även avseende insatser för andra grupper inom socialtjänstens verksamhet. Bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation har lagtekniskt utformats på ett sådant sätt att det ska vara relativt enkelt att, efter en avvägning mellan behov och integritetsrisker, kunna låta dokumentation avseende insatser för andra grupper som tydligt kan definieras ingå i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Inom vissa socialtjänstområden finns det dock lagstiftning om tvång, t.ex. om vård till vuxna personer med missbruksproblem eller inom verksam-

heter riktade till barn och unga. Dokumentation om insatser som ges med tvång är olämpliga att hantera i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, eftersom det systemet, liksom de insatser som dokumenteras i det, bygger på frivillighet. Dokumentation av insatser som ges med tvång bör dock med utredningens förslagna reglering kunna uteslutas från sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Utredningen anser därför att det bör utredas om det är möjligt och lämpligt att låta sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation omfatta även insatser för andra grupper inom socialtjänsten som är av betydande storlek och som tydligt kan definieras.

C) Tillåt att uppgiftssamlingar för kvalitetsuppföljning även får användas för forskning och inför en sekretessbrytande bestämmelse för forskningsändamål

Utredningsuppdrag: Inför forskning som ett tillåtet sekundärt ändamål för uppgifter som samlats in för kvalitetsuppföljning enligt lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning.

Inför en generell sekretessbrytande bestämmelse som gäller utlämnande till annan myndighet för sådan forskning som har godkänts enligt lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor (etikprövningslagen).

Överväg att förena bestämmelsen med integritetsstärkande åtgärder, exempelvis en rätt för den enskilde att motsätta sig att hans eller hennes personuppgifter lämnas ut för forskningsändamål.

I delbetänkandet lämnar utredningen förslag till bestämmelser som gör det möjligt för regioner och kommuner att behandla personuppgifter för kvalitetsuppföljning (se kapitel 17 i delbetänkandet). Personuppgifter som behandlas för kvalitetsuppföljning föreslogs även få behandlas för den ansvariga regionens eller kommunens framställning av statistik och för att fullgöra vissa uppgiftsskyldigheter. Däremot får, enligt förslaget, personuppgifter som behandlas för kvalitetsuppföljning inte behandlas för några andra ändamål än

de som anges i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning.

Utredningen övervägde att, i likhet med vad som gäller för kvalitetsregister, införa forskning som ett sekundärt ändamål. Mot bakgrund av skrivningar i utredningsdirektiven bedömde utredningen dock att utlämnande av personuppgifter för forskningsändamål inte bör tillåtas.² Utredningen har dock fått synpunkter från olika håll om att det vore önskvärt att även tillåta forskning som ett sekundärt ändamål när det gäller uppgifter som samlats in för kvalitetsuppföljning. De uppgiftssamlingar bestående av hälsodata respektive socialtjänstdata som kommer att samlas in för kvalitetsuppföljning kommer sannolikt att i flera fall vara intresse för forskare. Förutom universitet och högskolor bedrivs forskning inom hälso- och sjukvård av regionerna själva. Kommunerna ska enligt förslag av *Utredningen om framtidens socialtjänst* bedriva en mer kunskaps- och evidensbaserad verksamhet.³ Sannolikt kommer också åtminstone större kommuner att vilja bedriva forskning med de uppgifter som samlats in för kvalitetsuppföljning enligt den föreslagna lagen. Utredningen anser att det kan finnas skäl att utreda om sådana uppgifter som samlats in för kvalitetsuppföljning även ska få behandlas för forskningsändamål. Behovet av och vinsterna med att införa forskning som ett tillåtet ändamål bör vägas mot de integritetsrisker det innebär att uppgifterna får en vidare spridning. Det bör övervägas om den enskilde bör ha rätt att särskilt motsätta sig behandling för forskningsändamål.

Utredningen har även uppmärksammat att det inte finns någon generell sekretessbrytande bestämmelse som medför att uppgifter får lämnas ut för att behandlas för forskningsändamål. Uppgifter får lämnas ut från en myndighet som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet inom en kommun eller en region till annan sådan myndighet för forskning, om det inte kan antas att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men om uppgiften röjs (25 kap. 11 § 5 OSL). När sekretesskyddade uppgifter lämnas från en myndighet till en annan för forskningsändamål överförs sekretessen till den mottagande myndigheten (11 kap. 3 § OSL). En sekretessprövning måste dock göras i varje enskilt fall, eftersom det inte innebär att sekretessen helt bryts. När det gäller utlämnande av

² Se *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4) s. 541.

³ SOU 2020:47 s. 49 f.

uppgifter från hälso- och sjukvården till forskning, som inte är knuten till en hälso- och sjukvårdsmyndighet, finns ingen särskild sekretessbrytande bestämmelse. Här får en sekretessprövning göras, typiskt sett utifrån 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen enligt vilken presumptionen är att sekretess gäller. Det krävs då att det står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men, för att de ska kunna lämnas ut.

För socialtjänstens del finns ingen motsvarande sekretessbrytande bestämmelse för utlämnande till andra socialtjänstmyndigheter. Dock finns en bestämmelse i socialtjänstlagen som medför en uppgiftsskyldighet för socialnämnden att på begäran lämna ut personuppgifter till statliga myndigheter, när detta begärs för forskningsändamål och det kan ske utan risk för att den enskilde eller någon närstående lider men (12 kap. 6 § SoL).

Personuppgifter om patienter är i princip alltid känsliga personuppgifter i dataskyddsförordningens mening. Även uppgifter om omsorgsmottagare kan i många fall vara känsliga personuppgifter. Etikprövningslagen är tillämplig på forskning som innefattar behandling av känsliga personuppgifter. Ett beslut om ett s.k. etikgodkännande är en förutsättning för att sådan forskningen ska få genomföras och att behandling av personuppgifter ska få ske (6 § etikprövningslagen). Forskning får godkännas bara om de risker som den kan medföra för forskningspersoners hälsa, säkerhet och personliga integritet uppvägs av dess vetenskapliga värde. Forskning får inte godkännas, om det förväntade resultatet kan uppnås på ett annat sätt som innebär mindre risker för forskningspersoners hälsa, säkerhet och personliga integritet (9 och 10 §§ etikprövningslagen). Att forskaren har ett etikgodkännande, innebär dock inte att det finns stöd för att bryta den sekretess som i regel råder för uppgifterna hos en myndighet som forskaren vänder sig till. En sekretessprövning måste alltid göras i det enskilda fallet av om uppgifterna kan lämnas ut till forskaren. Ibland kan ett sådant utlämnande förenas med ett sekretessförbehåll. Sekretessprövning och utformande av eventuella förbehåll kan dock innebära en hel del administration och svåra bedömningar. Det kan noteras att dataskyddsförordningen särskilt hänvisar till att EU enligt artikel 179.1 i EUF-fördraget har som mål att åstadkomma ett europeiskt forskningsområde. Vidare anges att, för att tillgodose de särskilda kraven i samband med behandling av personuppgifter för vetenskapliga forskningsändamål

bör särskilda villkor gälla, särskilt vad avser offentliggörande eller annat utlämnande av personuppgifter inom ramen för vetenskapliga forskningsändamål (skäl 159 till dataskyddsförordningen).

Utredningen anser att det kan finnas skäl att överväga om det bör införas en generell sekretessbrytande bestämmelse som gäller utlämnande till annan myndighet för sådan forskning som har godkänts enligt etikprövningslagen. Även om rättspraxis på området synes vara generös⁴, skulle en sekretessbrytande bestämmelse vara till nytta för utlämnande myndigheter och bidra till att klargöra rättsläget samt avlasta kammarrätterna. En sådan sekretessbrytande bestämmelse skulle inte vara begränsad till uppgifter som omfattas av hälso- och sjukvårdssekretess eller socialtjänstsekretess, utan vara tillämplig på uppgifter i all myndighetsverksamhet. Bara utlämnanden till andra myndigheter för sådan forskning som har godkänts enligt etikprövningslagen skulle omfattas. I de fallen har en prövning redan gjorts av bl.a. riskerna för den enskildes personliga integritet och en avvägning gjorts av dessa i förhållande till vinsterna med forskningen.

För att den enskildes integritet ska respekteras, bör en sådan sekretessbrytande bestämmelse sannolikt förenas med integritetsstärkande åtgärder, t.ex. krav på pseudonymisering. En ytterligare tänkbar åtgärd skulle kunna vara att införa en rätt för den enskilde att motsätta sig att hans eller hennes personuppgifter lämnas ut för forskningsändamål. En sådan lösning bör dock vägas mot hur pass tekniskt komplicerat och administrativt betungande det skulle vara för utlämnande myndighet med en sådan rätt för enskilda. En annan tänkbar lösning är att uppgifterna efter ett utlämnande skulle vara föremål för absolut sekretess hos den myndighet som tar emot uppgifterna.

Utredningsuppslagen i detta avsnitt kan ha särskild betydelse för life science-området.

⁴ Se t.ex. RÅ 1988 ref. 103 och Kammarrätten i Jönköpings dom den 3 april 2017 i mål nr 94–17.

D) En översyn av lagen och förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

Utredningsuppdrag: Gör en översyn av lagen och förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (SoLPUL och SoLPUF) med sikte på att införa särskilda skyddsregler för de delar av socialtjänstens verksamhet där behovet av integritetsskydd är särskilt uttalat. Överväg om bestämmelserna om uppgiftssammanställningar och sökbegränsningar bör justeras för att underlätta utvecklingen av beslutsstödsystem.

Ändra SoLPUF så att privata omsorgsgivare, i likhet med vad som gäller för kommunala myndigheter, får rättsligt stöd för att behandla personuppgifter för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring.

Flera andra statliga utredningar har på senare tid pekat på behov av och föreslagit ändringar i lagen och förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

Utredningen konstaterar i delbetänkandet, avsnitt 16.14.2 och 16.15.2, att det i SoLPUL saknas uttryckliga krav på att anpassa yrkesutövarens behörigheter för elektronisk åtkomst till personuppgifter efter de behov av uppgifter som yrkesutövaren har för att kunna utföra sitt arbete. Det saknas även uttryckliga bestämmelser om loggning och kontroll av att ingen otillåten åtkomst till uppgifter om enskilda har förekommit. Utredningen gjorde bedömningen att skyddsregler med sådana uttryckliga krav är nödvändiga för att kunna släppa in socialtjänstens dokumentation om insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar i ett system med sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Bakgrunden till detta är att utredningen gjort bedömningen att det gällande dokumentation av personuppgifter inom socialtjänstens insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar finns ett särskilt uttalat behov av integritetsskydd, vilket utredningen har konstaterat på flera ställen i delbetänkandet. Det finns dock anledning att överväga om inte motsvarande behov av sådan reglering finns även hos verksamheter inom socialtjänsten som ger insatser till äldre och personer med funktionsnedsättningar oavsett om dokumentationen av insatserna ska ingå i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation eller inte.

Utredningen anser att motsvarande behov kan finnas även inom andra delar av socialtjänstens verksamhet. Socialtjänstens verksamhet är mångfacetterad och spänner över ett stort område. Vissa uppgifter om den enskilde inom socialtjänsten uppfattas som mer integritetskänsliga än andra. Som företrädare för socialtjänsten påpekat för utredningen under arbetet med delbetänkandet kan i vissa fall enbart uppgiften att man har kontakt med socialtjänsten, t.ex. att man förekommer i ett ärende om ekonomiskt bistånd eller på grund av missbruk eller som förälder i ett ärende som gäller orosanmälan för ett barn, uppfattas som ett stort socialt stigma vilket medför att många uppfattar det som riskabelt att sådana uppgifter sprids om den enskilde inom socialtjänsten (se avsnitt 20.2.8 i delbetänkandet). Detta kan i sin tur avhålla enskilda från att söka det stöd som de faktiskt har behov av från socialtjänsten.

Ett sätt att möta behovet av integritetsskyddande regler inom socialtjänsten skulle kunna vara att överväga särskilda skyddsregler inom de delar av verksamheten där det går att identifiera att behovet av integritetsskydd är särskilt uttalat. Det finns därför anledning att analysera i vilka delar av socialtjänstens verksamhet behovet av integritetsskydd är särskilt uttalat.

Utredningen har även uppmärksammat på att det kan finnas ett behov av att utreda hur bestämmelserna om sammanställningar av personuppgifter och sökbegränsningar i SoLPUL påverkar möjligheten att utveckla beslutsstöd för handläggning av ärenden och att använda artificiell intelligens (AI).

I delbetänkandet, avsnitt 15.5.5, noterade utredningen att den föreslagna lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning kan komma att få vissa konsekvenser i förhållande till SoLPUF. En kommunal nämnd får behandla personuppgifter för tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av verksamheten (12 § 10 SoLPUF). I privat socialtjänstverksamhet får personuppgifter, förutom för dokumentation som avser vård, behandling eller omsorg av enskilda, bara behandlas för administrationen av verksamheten. Privata omsorgsgivare har således inte något motsvarande rättsligt stöd för att behandla personuppgifter för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Därmed har de inte rättsliga förutsättningar för att följa upp och utvärdera den egna verksamhetens kvalitet eller att jämföra sig med andra verksamheter.

Att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet följer av socialtjänstlagen. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (3 kap. 3 § SoL). Kravet på god kvalitet gäller både privat och offentlig verksamhet inom socialtjänsten.⁵ Det kan också noteras att det följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS är skyldig att utföra ett systematiskt förbättringsarbete, bl.a. genom s.k. egenkontroll. Egenkontroll definieras i föreskrifterna som systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Föreskrifterna är tillämpliga på såväl offentliga som privata utförare av socialtjänst. Privata omsorgsgivare har således en skyldighet enligt lag att systematiskt följa upp verksamheten. Vidare kan sägas att privata utförare har en indirekt skyldighet enligt Socialstyrelsens föreskrifter att genomföra något som i många fall lär kräva behandling av personuppgifter för just uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Därtill har utredningen nu lämnat ett förslag som innebär att även privata omsorgsgivare ska få medverka i kvalitetsuppföljning.

Som utredningen noterade i delbetänkandet, ingår det inte i utredningens uppdrag att föreslå ändringar i SoLPUF. Utredningen vill dock återigen uppmärksamma regeringen på att det kan finnas anledning att se över bestämmelserna i SoLPUF. Utredningen anser att det finns skäl att genomföra en ändring i SoLPUF så att privata omsorgsgivare – i likhet med vad som gäller för kommunala nämnder – får rättsligt stöd för att behandla personuppgifter för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring.

⁵ Prop. 1996/97:124 s. 51.

E) Gör det lättare att lämna ut barns uppgifter till vårdnadshavare

Utredningsuppdrag: Inför en sekretessbrytande bestämmelse som innebär att vårdnadshavare utan hinder av hälso- och sjukvårdssekretess får ta del av sina barns uppgifter till dess barnet fyller 18 år. Före detta med en rätt för barnet att motsätta sig att vårdnadshavare tar del av dess uppgifter, samt en skyldighet för vårdgivare att informera barnet om rätten att motsätta sig (s.k. opt-out).

Utredningen beskriver såväl i delbetänkandet som i detta slutbetänkande de särskilda problem och hänsynstaganden som behöver göras när det gäller sekretess för barns uppgifter i hälso- och sjukvården i förhållande till vårdnadshavare (se avsnitt 16.5.5 och 17.5.3 i delbetänkandet respektive avsnitt 4.10.1 och 6.4.5 med under rubriken *Barn och deras vårdnadshavare*). I svensk rätt finns ingen generell åldersgräns för när ett barn har rätt att självt disponera sina uppgifter. När det gäller hur barnets åsikter ska beaktas har det i svensk rättspraxis skapats vissa utgångspunkter, t.ex. att en 12-åring vilja i regel ska ges avgörande betydelse. Situationen får dock bedömas från fall till fall utifrån barnets ålder och mognad. Utredningen, som inte haft i uppdrag att särskilt utreda frågor om sekretess när det gäller barn och deras vårdnadshavares, har i sina förslag anslutit sig till de principer som gäller generellt inom hälso- och sjukvården.

Utredningen har dock erfarit att det många gånger kan uppstå svåra gränsdragningsproblem och praktiska bekymmer med att vårdnadshavaren inte får tillgång till barnets uppgifter. Det står också klart att det många gånger kan vara vanskligt att bedöma när ett barn har uppnått sådan ålder och mognad att det självt ska få disponera över sina uppgifter. Problemet gör sig särskilt gällande för barn i yngre tonåren. Det har även ställts på sin spets i den digitala lösning för direktåtkomst till barns patientuppgifter som tillhandahålls via *Journalen*. Där låter sig en sekretessprövning svårligen göras inför varje enskilt utlämnande. Lösningen har varit att vårdgivarna tillsammans med personuppgiftsbiträdet Inera beslutat att automatiskt stänga av vårdnadshavares åtkomst till sina barns uppgifter

från och med att barnet fyller 13 år. Motsvarande bedömning har gjorts av E-hälsomyndigheten som beslutat att i den digitala tjänsten *Läkemedelskollen* ta bort vårdnadshavares direktåtkomst till tonåringars receptuppgifter. Här liksom i *Journalen* ges vårdnadshavare elektronisk tillgång till barnets uppgifter endast till det att barnet fyllt 13 år. Efter en anmälan uttalade JO att det inte fanns skäl att rikta kritik mot detta förfarande. JO delade bedömningen att uppgifter som omfattas av sekretess till skydd för en underårig som uppnått en viss ålder och mognad bör lämnas ut till vårdnadshavare först efter en prövning i varje enskilt fall.⁶

När det gäller digitala lösningar för direktåtkomst har man således utifrån gällande rätt landat i att de barn som är så pass mogna att de har egen bestämmanderätt över sina uppgifter redan vid 13 års ålder, får styra samtliga vårdnadshavares direktåtkomst till sina barns patientuppgifter. Detta kan leda till problem då exempelvis föräldrar till barn med allergier inte längre ges elektronisk tillgång till uppgifter om sina barns mediciner från att barnet fyllt 13 år. Det förefaller finnas osäkerhet hos vårdgivare och personal kring hur sekretessbestämmelserna ska tillämpas. Av rädsla att göra fel och i värsta fall begå brott mot tystnadsplikten kan det då hända att man inte lämnar ut uppgifter till vårdnadshavare, trots att barnet inte är tillräckligt moget för att bestämma själv.

Det kan antas att de allra flesta barn inte har något emot att deras vårdnadshavare tar del av de allra flesta myndighetsuppgifter om dem. Bara ett fåtal barn lär vilja att vårdnadshavarna inte får ta del av några myndighetsuppgifter om dem alls. En större andel barn kan förmodas ha något emot att vårdnadshavarna tar del av bara vissa av myndighetsuppgifterna om dem. Den nu tillämpade regeln om barnets individuella mognad synes alltså inte motsvara det som de allra flesta barn vill eller åtminstone inte har något emot. Det är betänkligt ur ett barnrättsperspektiv. Att i varje enskilt fall av utlämnande av barns uppgifter till vårdnadshavare behöva bedöma barnets mognad är vidare otympligt, särskilt vid den typ av elektronisk tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande som blivit allt vanligare. Det finns därför anledning att överväga en reglering som är bättre anpassad till det barn normalt vill eller åtminstone inte har något emot.

⁶ Se JO beslut 2021-02-03, dnr 3331–2019.

En möjlighet skulle kunna vara att införa en generell sekretessbrytande regel som innebär att vårdnadshavare som utgångspunkt får ta del av sina barns uppgifter till dess att barnet fyller 18 år utan hinder av hälso- och sjukvårdssekretess. För att skydda barns intresse av självbestämmande och integritet bör en sådan bestämmelse förenas med en rätt för barn att motsätta sig att vårdnadshavarna får del av barnets uppgifter. Bara när ett barn vill motsätta sig behöver man bedöma barnets mognad. Barnet behöver förstås informeras om att det har en sådan rätt för att det ska kunna utöva den. Man kan överväga om vårdgivare bör vara skyldiga att vid varje vårdtillfälle informera underåriga som fyllt 13 år om rätten att motsätta sig, om det inte är omöjligt eller av särskilda skäl onödigt. Därmed får det barnet i praktiken möjlighet att motsätta sig att vårdnadshavarna får tillgång till alla eller bara vissa barnets patientuppgifter.

Det bör övervägas om bestämmelsen bör förenas med en skyddsbestämmelse, som innebär att särskilt känsliga uppgifter (exempelvis om preventivmedelsrådgivning) inte får lämnas ut till vårdnadshavarna när man kan misstänka att barnet skulle lida men av detta. Det kan även finnas skäl att överväga om en motsvarande sekretessbrytande regel bör införas inom socialtjänsten gällande uppgifter om insatser för barn med funktionsnedsättningar.

F) En legitimationskod för den som är legitimerad

Utredningsuppslag: Inför en unik legitimationskod för hälso- och sjukvårdspersonal som registreras i Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och är sökbar på internet.

Den legitimerade bör vara skyldig att ange sin legitimationskod på intyg och recept samt vid journalskrivning.

Det finns ett klart behov av att vissa uppgifter i Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-registret) på ett enkelt och säkert sätt är tillgängliga på internet för patienter och andra. Legitimationen kan ses som en garanti för att en yrkesutövare har en viss kunskapsnivå och sådana personliga egenskaper att denne är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas

förtroende när det gäller yrkesutövningen. Mot bakgrund av syftet med legitimering av hälso- och sjukvårdspersonal framstår det som motiverat att göra information om de registrerades behörighet mer tillgänglig för bl.a. patienter än vad som är fallet i dag och enligt utredningens förslag. Det följer också den strävan mot ökad patientdelaktighet som önskas inom vården och kan förväntas bidra till en förbättrad patientsäkerhet. Därtill kan det ses som ännu en nödvändig anpassning till dagens mer globala arbetsmarknad och internationalisering, framför allt i förhållande till våra grannländer. Att den som ska sälja eller köpa en fastighet enkelt på internet kan kontrollera att ens mäklare är vederbörligen registrerad, medan den som ska opereras inte enkelt på internet kan kontrollera att kirurgen är behörig förefaller också något inkonsekvent.

Det är rimligt att en aktiv och delaktig patient har möjlighet att snabbt och enkelt själv förvissa sig om att han eller hon kommer att vårdas av en yrkesutövare med rätt kompetens. Bättre möjlighet för patienten att själv kontrollera hälso- och sjukvårdspersonalens legitimationer och eventuella begränsningar i dessa ligger också i linje med den alltmer prioriterade frågan om brukar- och patientmedverkan. Det kan också finnas ett berättigat intresse bland t.ex. närstående eller anhöriga att kunna göra samma kontroll. Därtill förde flera remissinstanser till *Utredningen om rätt information i vård och omsorgs* delbetänkande SOU 2012:42 fram att det vore en fördel med ett svenskt system mer liknande övriga nordiska länders och att patienter i Sverige borde ha samma möjligheter att själva ta del av uppgifter om yrkesutövares behörighet inom hälso- och sjukvården.⁷

En enklare tillgänglighet till uppgifter i HOSP-registret för var och en skulle också göra att Socialstyrelsens arbete med att svara på frågor om innehållet i registret bli mindre omfattande och billigare. Mot detta ska ställas vikten av att skyddet för den personliga integriteten upprätthålls.

Det finns olika sätt att identifiera en individ i HOSP-registret. Förutom person- och samordningsnummer är även det s.k. HOSP-id:et och förskrivarkoden unika identitetsuppgifter i registret som entydigt kan identifiera en individ. Dessa identitetsuppgifter är emellertid i regel inte kända eller enkelt tillgängliga för patienten. Detta är en brist som begränsar möjligheterna att på ett såväl patient-

⁷ Se t.ex. Sveriges Kommuner och Landstings (numera Sveriges Kommuner och Regioner) och Region Skånes remissvar på betänkandet SOU 2012:42.

säkert som integritetssäkert sätt kontrollera en yrkesutövares legitimation. Utredningen föreslår att person- och samordningsnummer ska få användas som sökbegrepp i Socialstyrelsens sökfunktion på internet. Utredningens skäl för att bara tillåta dessa nummer som sökbegrepp framgår i avsnitt 7.7 i slutbetänkandet. Den begränsningen innebär dock att den föreslagna sökfunktionen i praktiken får mindre betydelse för patienter och den breda allmänheten. Dessa kan bara undantagsvis antas känna till hälso- och sjukvårdspersonalens person- eller samordningsnummer.⁸

För att möjliggöra en säker identifiering på ett integritetssäkert sätt behöver det därför övervägas om en *ny uppgift* som entydigt identifierar den legitimerade individen bör införas, en s.k. legitimationskod som är unik för individen och som registreras i HOSP-registret. En sådan kod skulle till skillnad från exempelvis ett personnummer endast vara kopplat till individens yrkesmässiga sfär och därför inte vara lika känslig att lämna ut med hänsyn till riskerna för intrång i den personliga integriteten. Vitsen med att införa den unika legitimationskoden är att den ska vara offentlig och sökbar i Socialstyrelsens sökfunktion på internet. Var och en som känner till en persons legitimationskod skulle således enkelt kunna söka fram personens namn och uppgifter om dennes legitimation för att kontrollera att personen är behörig. För att såväl patienter som den breda allmänheten naturligt ska få del av legitimationskoden bör det därför även övervägas om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bör vara skyldig att ange sin legitimationskod på intyg och recept samt vid journalskrivning. Genom en sådan ordning skapas förutsättningar för var och en att enkelt kontrollera den hälso- och sjukvårdspersonal som man kommer i kontakt med.

⁸ Därtill råder normalt sekretess för uppgifter om personnummer och födelsedatum inom personaladministrativ verksamhet i den offentliga hälso- och sjukvården.

G) Ta bort direktåtkomst i patientdatalagen och inom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Utredningsuppdrag: Överväg att ta bort möjligheten till direktåtkomst i patientdatalagen och inom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation så att endast tillgång genom annat elektroniskt utlämnande är tillåten.

Bestämmelserna om sammanhållen journalföring i patientdatalagen ger vårdgivare tillgång till andra vårdgivares dokumentation genom direktåtkomst. Utredningen har delbetänkandet, avsnitt 16.3, föreslagit att vård- och omsorgsgivare genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation ska kunna få tillgång till andra vård- och omsorgsgivares dokumentation genom både direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande. Ett skäl till att även annat elektroniskt utlämnande uttryckligen angavs var att utredningen ansåg att det kan finnas situationer då det är mer lämpligt och proportionerligt att använda en annan form av elektroniskt utlämnande än direktåtkomst och att det vore olyckligt om det i sådana fall uppstår tveksamhet om det är möjligt att lämna ut uppgifter genom annat elektroniskt utlämnande än direktåtkomst.

Som framgår av utredningens genomgång i delbetänkandet, avsnitt 12.3.3 och 12.3.4, finns det risker med direktåtkomst ur både ett sekretessperspektiv och ett dataskyddsperspektiv. Risker och problem med direktåtkomst har även lyfts fram av andra under de senaste åren. Bland annat rekommenderar *Samverkansprogrammet för digital utveckling, eSam*, i sin vägledning för utlämnande i elektronisk form att när myndigheter ska införa tjänster för att lämna ut uppgifter automatiserat, att nya tjänster inte ska utformas för direktåtkomst. Som skäl till detta anges att gränsen mellan de uppgiftsutbytande myndigheterna delvis tas bort och att det uppstår överskottsinformation, vilket ökar risken för integritetsintrång och annan spridning av känsliga uppgifter. Man hänvisar även till att det av ingresspunkt 31 i dataskyddsförordningen framgår att varje begäran från en myndighet ska vara skriftlig, motiverad, läggas fram i det enskilda fallet och inte gälla ett helt register eller leda till att register kopplas samman. *Digitaliseringsrättsutredningen* har i sitt betänkande *Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering* (SOU 2018:25) efter

en kartläggning konstaterat att när de kartlagda myndigheterna utvecklar system för informationsöverföring synes målsättningen i regel vara att systemen ska spegla den tekniska lösningen i socialförsäkringsdatabasen LEFI Online så att det inte blir fråga om direktåtkomst för den mottagande myndigheten, eftersom myndigheterna då slipper den särskilda problematik med överskottsinformation som blir en effekt av direktåtkomst (se avsnitt 12.3.6 i delbetänkandet).

Mot denna bakgrund ifrågasatte utredningen i delbetänkandet om det är nödvändigt med tillgång genom direktåtkomst inom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Utredningen gjorde dock bedömningen att det skulle vara enklast och mest ändamålsenligt att, utöver tillgång genom annat elektroniskt utlämnande, även tillåta direktåtkomst mellan verksamheterna. Samtidigt angavs dock att utredningen i slutbetänkandet skulle kunna återkomma till frågan om det finns anledning att utreda om möjligheten till direktåtkomst i patientdatalagen bör ersättas med annat elektroniskt utlämnande vid redovisningen av uppdraget att lyfta fram uppkomna frågeställningar för fortsatt utredning.

Som utredningen konstaterar i avsnitt 8.2.3 i detta slutbetänkande har LEFI Online-domen inneburit ett visst klagörande beträffande gränsdragningen mellan de olika utlämnandeformerna direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling. Det står efter domen klart att det är möjligt att lämna ut uppgifter utan att det är att anse som direktåtkomst om det sker genom elektroniskt utlämnande som är snarlikt direktåtkomst men uppbyggt så att det sker en automatiserad prövning i varje enskilt fall innan uppgifterna lämnas ut, en s.k. fråga-svar-funktion.

I sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kommer, på samma sätt som vid sammanhållen journalföring, en ospärrad uppgift i systemet att anses som en förvarad och inkommen allmän handling hos varje ansluten annan offentlig vård- och omsorgsgivare när systemet bygger på direktåtkomst. Detta gäller dock förmodligen inte vid annat elektroniskt utlämnande, t.ex. vid utlämnande genom en s.k. fråga-svar-funktion (se vidare avsnitt 12.3.2 i delbetänkandet). Eftersom detta förhållande medför en del problem, t.ex. vid utformning av datasystem, finns det enligt utredningens mening anledning att se över om det är nödvändigt att tillåta direktåtkomst eller om det skulle vara tillräckligt att tillgången inom sam-

manhållen journalföring och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, sker genom något annat elektroniskt utlämnande, t.ex. via en fråga-svar-funktion. Att ta bort möjligheten till direktåtkomst skulle även kunna innebära en möjlighet till förenkling av regleringen av sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, eftersom kraven på integritetshöjande skyddsåtgärder i regleringen då kanske skulle kunna minska. Även möjlighet till annan direktåtkomst i patientdatalagen, än den som ges inom sammanhållen journalföring, bör av detta skäl ses över. Översynen bör innefatta en kartläggning av i vilken utsträckning direktåtkomst förekommer.

H) Juridiska frågor som uppstår i samband med nya tekniska lösningar inom hälso- och sjukvården

Utredningsuppdrag: Utred de juridiska frågor som aktualiseras när hälso- och sjukvården blir alltmer digitaliserad och i ökad utsträckning sker på distans i patientens hem. Det handlar bl.a. om ansvaret för allmänna handlingar och journalföring, sekretess och tystnadsplikt, personuppgiftsansvar, automatiserat beslutsfattande och hantering av känsliga personuppgifter i molntjänster. Överväg om detta är tillräckligt ändamålsenligt reglerat i patientdatalagen och övrig hälso- och sjukvårdslagstiftning.

I dagens hälso- och sjukvård används alltmer digital teknik som möjliggör att patienter får delar av hälso- och sjukvård i sitt hem. Det har inte minst aktualiserats under covid-19-pandemin, bl.a. i form av självtester för covid-19 som patienten utför och återrapporterar till hälso- och sjukvården. Det finns även en allmän utveckling mot att hälso- och sjukvården sker alltmer på distans, i patientens hem med hjälp av nya medicintekniska produkter och digital teknik. Det kan t.ex. ske genom monitorering i hemmet där patienten själv utför mätningar av exempelvis blodtryck och blodsocker. Det kan även handla om andra biologiska mätdata, t.ex. insulinmätningar som görs löpande i en dosa som patienten bär med sig. Resultaten registreras av patienten, via en app eller liknande i dennes telefon, varpå resultaten överförs till hälso- och sjukvården. Det är alltså i någon mån patienten själv som utför hälso- och sjukvårdsinsatsen och registrerar resultatet. Det torde dock knappast vara patienten

själv som är journalföringspliktig eller ansvarig för att skydda personuppgifterna.

Teknikens utveckling och den ökade användningen av monitorering i hemmet väcker flera juridiska frågor kring hälso- och sjukvårdens ansvar när det gäller allmänna handlingar, sekretess och dataskydd när den faktiska hälso- och sjukvården i allt högre grad sker i hemmet och automatiserat. Vem är journalföringspliktig för uppgifter som patienten själv registrerar? När blir uppgifterna journalföringspliktiga? Bör de uppgifter som patienten själv registrerar automatiskt föras in i journalen utan granskning av hälso- och sjukvårdspersonal? I vilket skede uppstår en hos hälso- och sjukvården upprättad alternativt inkommen allmän handling? Hur ska hälso- och sjukvårdsmyndigheten eller den privata vårdgivaren kunna utöva sitt personuppgiftsansvar när det är patienten som utför och rapporterar in uppgifterna? Hur kan hälso- och sjukvårdsmyndigheten eller den privata vårdgivaren säkerställa sekretess och dataskydd för uppgifterna, när det initialt är patienten och/eller tillverkaren av de medicintekniska produkterna som har kontroll över dessa? Förekommer det automatiserade beslut i den mening som avses i artikel 22 i dataskyddsförordningen när en apparat automatiskt ger patienten medicin baserat på uppmätta värden hos patienten och behövs det i så fall lagstöd för detta beslutsfattande?

En annan fråga som väcks när tekniken blir allt mer avancerad är vilket ansvar som ska vila på den som tillhandahåller tekniken. Det kan exempelvis röra sig om appar för monitorering eller avancerade medicintekniska produkter som används av patienten i hemmet.

En ytterligare fråga som blir allt mer aktuell i takt med ökad digitalisering och monitorering inom hälso- och sjukvården är användningen av s.k. molntjänster som tillhandahålls av personuppgiftsbiträden, ofta med bas i tredje land, samt vad som krävs för att kunna behandla känsliga personuppgifter i sådana fall. Problemen är välkända och har bl.a. berörts i IT-driftsutredningens delbetänkande *Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering* (SOU 2021:1). Den utredningen har lämnat vissa förslag, bl.a. om en sekretessbrytande bestämmelse som tar sikte på fall då uppgifter lämnas ut till företag eller en annan enskild (tjänstleverantör) som har i uppdrag att utföra endast teknisk bearbetning eller teknisk lagring av de uppgifter som lämnas ut. Det kvarstår dock fortfarande många frågetecken. Exempelvis råder det stor

osäkerhet inom hälso- och sjukvården kring hur känsliga personuppgifter kan skyddas på ett fullgott sätt i digitala lösningar, samtidigt som den digitala utvecklingen gör att det många gånger inte finns rimliga alternativ till att använda sig av just internationella leverantörer av molntjänster när hälso- och sjukvården köper in nya digitala lösningar.

Det kan sammantaget finnas anledning att se över om den allt mer digitaliserade hälso- och sjukvården, som delvis kan skötas av patienten själv eller helt automatiserat, ibland med hjälp av digitala molntjänstlösningar som tillhandahålls av it-leverantörer, är tillräckligt och ändamålsenligt reglerad i patientdatalagen och övriga hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialsolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

- En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]
- Ett moderniserat konsumentskydd. [17]
- Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Infrastrukturdepartementet

- Säker och kostnadseffektiv it-drift rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]
- Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]
- Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]
- Kontroller på väg. [31]

Justitiedepartementet

- Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]
- Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]
- Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]
- Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]
- En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]
- Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]
- Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]
- Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]
- Struktur för ökad motståndskraft. [25]

- Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]
- En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. [35]
- Gode män och förvaltare – en översyn. [36]
- En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]

Kulturdepartementet

- Immunitet för utställningsföremål. [28]

Miljödepartementet

- Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]
- En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]
- Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. [24]
- Använd det som fungerar. [26]

Socialdepartementet

- Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]
- God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]
- När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]
- Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]
- En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]
- Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]
- Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Stärkt rätt till personlig assistans.

Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning.
[3]

Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]

Kampen om tiden
– mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]



Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se 1502 (2870)

ISBN 978-91-525-0107-8 ISSN 0375-250X

Omslag: Elanders Sverige AB
Bild: Iluzishan
Bildbearbetning: Agneta S Öberg

6

Yttrande över revisionsrapporten ”Granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden”

21RS6863

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning , Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS6863

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Yttrande över revisionsrapporten ”Granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden”

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att föreslå regionstyrelsen att förslaget till svar godkänns som Region Örebro läns svar till revisorerna

Sammanfattning

Revisorerna i Region Örebro län har i revisionsrapporten ”Granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden” granskat om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer en individuell behovsanpassad vård och behandling för boende på särskilda boenden. Revisorernas bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden delvis säkerställer en individuellt behovsanpassad vård och behandling, och lämnar tre rekommendationer.

I förslaget till svar framgår att granskningen berör samma verksamhet som IVO (Inspektionen för vård och omsorg) granskade under 2020. Med anledning av granskningen och de lärdomar som den pågående pandemin över huvud taget har gett kommer flera förbättringsåtgärder att vidtas som finns i den redovisning till IVO som hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade om den 30 augusti. Åtgärderna omfattar de rekommendationer som revisorerna lämnar.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet väntas inte få några konsekvenser ur de aktuella perspektiven.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS6863

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet väntas inte få några ekonomiska konsekvenser.

Beslutsunderlag

Föredragnings-PM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-09-29, Yttrande över
revisionsrapporten ”Granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på
läkarmedverkan inom särskilda boenden”

Yttrandet

Revisionsrapporten

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Regionstyrelsen

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2021-09-29

Beteckning
Dnr: 21RS6863

Er beteckning

Regionens revisorer, c/o PWC
Box 885
721 23 Västerås

Yttrande över revisionsrapporten ”Granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden”

Revisorerna i Region Örebro län har överlämnat revisionsrapporten ”Granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden”. Revisorerna har granskat om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer en individuellt behovsanpassad vård och behandling för boende på särskilda boenden.

Revisorernas bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden delvis säkerställer en individuellt behovsanpassad vård och behandling för boenden på särskilda boenden. Utifrån vad som framkommer i rapporten lämnar revisorerna tre rekommendationer.

Hälso- och sjukvårdsnämndens bedömning

Hälso- och sjukvårdsnämnden välkomnar revisionsrapporten eftersom den belyser viktiga frågeställningar. Den sammanfattar nuläget och beskriver flera utmaningar som kräver ett fortsatt förbättringsarbete när det gäller läkarmedverkan på särskilda boenden.

Revisorernas granskning berör samma verksamhet som IVO (Inspektionen för vård och omsorg) granskade under 2020. Med anledning av granskningen och de lärdomar som den pågående pandemin över huvud taget har gett kommer flera förbättringsåtgärder att vidtas. Bland åtgärderna kan särskilt nämnas:

- En fördjupad analys av efterlevnad till nuvarande avtal angående normtid för läkarresurs, samt utredning om normtiden bör öka
- En ny överenskommelse mellan Region Örebro län och länets kommuner avseende hälso- och sjukvård i hemmet
- Tillsättande av en processledare för särskilda boenden och hemsjukvård inom Område nära vård samt en äldrevårdsöverläkare inom Hälsovalsensheten
- Införande av en gemensam mall för bedömning av patienter

En fullständig redovisning av vilka åtgärder som är planerade och/eller påbörjade finns i den redovisning till IVO som hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade om vid sitt sammanträde den 30 augusti.

Nämnden vill också betona att dess Beredning för närsjukvård kontinuerligt får information kring hur vården på särskilda boenden bedrivs.

Revisorernas rekommendationer

1. Att nämnden i sin planering genomför en analys av behovet av läkarinsatser i särskilda boenden.

I den fördjupade analys som ska göras av efterlevnaden till nuvarande avtal angående normtid för läkarresurs, ingår att utreda om normtiden i avtalet behöver ökas. Processledare för arbetet är tillsatt och analysen kommer att ingå i Hälsovalsenhetens revision av vårdcentralernas verksamhet under hösten 2021.

2. Att nämnden systematiskt följer upp efterlevnaden av avtalet om läkarmedverkan.

Ett arbete har startat för att genomföra löpande uppföljning och statistik med månatliga utskick till verksamhetschefer på vårdcentraler som ansvarar för läkarmedverkan i kommunal sjukvård.

3. Att nämnden säkerställer att det i kommande avtal regleras hur uppföljning ska göras.

Frågan om uppföljning hanteras i den pågående översynen av överenskommelsen mellan Region Örebro län och länets kommuner avseende hälso- och sjukvård i hemmet. Översynen beräknas vara klar i december 2022.

För Region Örebro län



Till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande
Regionfullmäktiges presidium, för kännedom

Revisionsrapport ”Granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden”

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Örebro län genomfört en granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden. Granskningens syfte har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer en individuellt behovsanpassad vård och behandling för boende på särskilda boenden.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att hälso- och sjukvårdsnämnden **delvis** säkerställer en individuellt behovsanpassad vård och behandling för boende på särskilda boenden.

Revisionsfråga	Kommentar	
Har nämnden i sin planering analyserat behov av läkarinsatser i särskilda boenden?	Vi bedömer revisionsfrågan som ej uppfylld . Bedömningen grundas på att det inom ramen för granskningen ej har framkommit om, och i sådana fall hur nämnden i sin planering har analyserat behovet av läkarinsatser i särskilda boenden.	
Finns avtal som reglerar vilka insatser som ska göras och i vilken omfattning?	Revisionsfrågan om det finns avtal som reglerar vilka insatser som ska göras och i vilken omfattning bedöms som uppfylld . Bedömningen grundas på att det finns avtal som reglerar vilka insatser som ska göras och i vilken omfattning.	
Finns det en koppling mellan förväntade/avtalade insatser och resurser för detta?	Revisionsfrågan om det finns en koppling mellan förväntade/avtalade insatser och resurser för detta bedöms som delvis uppfylld . Bedömningen grundas på att det finns ett ersättningssystem som är kopplat till det uppdrag som respektive vårdcentral har och de aktiviteter som vårdcentralen genomför. I ersättningssystemet finns ingen specifik ersättning kopplad till läkarinsatserna på säbo utan dessa ingår i vårdcentralens generella åtagande. I	



ersättningssystemet finns dock en viktning som innebär att ersättningen är högre ju fler äldre som finns inom vårdcentralens geografiska ansvarsområde.

Merparten av de intervjuade uppger att normtalet för de resurser som anges i avtalet inte är tillräckligt för att tillgodose behovet.

Följer nämnden upp att avtalade insatser genomförs?

Vi bedömer revisionsfrågan som **ej uppfyllt**.

Bedömningen grundas på att vi inte under granskningen tagit del av någon dokumenterad uppföljning av tillämpningen av ramavtalet om läkarmedverkan.

Vi noterar dock att uppföljning sker av vårdcentralernas totala åtaganden och om respektive vårdcentral uppfyller kraven i enlighet med krav- och kvalitetsboken. En uppföljningsplan finns där olika parametrar följs månadsvis, per tertial eller årligen. Uppföljningen görs av hälsovalenheten och dokumenteras i en årsrapport.



Har den enskilde möjlighet att påverka vilken läkarresurs som ska finnas?

Vi bedömer revisionsfrågan som **delvis uppfyllt**.

Bedömningen grundas på att den enskilde har rätt att lista sig på en vårdcentral var som helst i landet och därmed kan göra sitt självständiga val. Av intervjuerna framgår att i stort sett alla som bor på ett säbo är listade på den vårdcentral som ansvarar för boendet. Under intervjuerna betonas att det är den enskilde som gör sitt självständiga val men att det finns stora fördelar om man är listad vid den ansvariga vårdcentralen.

När det gäller omfattningen av läkarresursen så styrs den av normtalet i överenskommelsen om läkarinsatser vilket den enskilde inte kan påverka.



Utifrån genomförd granskning rekommenderar vi hälso- och sjukvårdsnämnden

- att nämnden i sin planering genomför en analys av behovet av läkarinsatser i särskilda boenden. Vi noterar att en översyn av gällande avtal har påbörjats och utgår från att nämnden säkerställer att en analys av behovet omfattas av översynen.
- att nämnden systematiskt följer upp efterlevnaden av avtalet om läkarmedverkan.



- att nämnden säkerställer att det i kommande avtal regleras hur uppföljning ska göras.

Vi emotser regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande över skrivelsen och bilagd rapport, med förslag till åtgärder samt tidplan, senast 2021-10-29.

För regionens revisorer

Sara Dicksen
Ordförande

Anders Larsson
vice ordförande

Granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden

Region Örebro läns revisorer

Juni 2021

Anders Törnqvist

Elinore Fahlgren



Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning	3
----	----------------	---

2.	Inledning	6
2.1.	Bakgrund	6
2.2.	Syfte och revisionsfrågor	6
2.3.	Revisionskriterier	6
2.4.	Avgränsning	7
2.5.	Metod	7
3.	Region Örebro Län	8
4.	Iakttagelser och bedömningar	9
4.1.	Har nämnden i sin planering analyserat behov av läkarinsatser i särskilda boenden?	9
4.1.1.	Iakttagelser	9
4.1.2.	Bedömning	10
4.2.	Finns avtal som reglerar vilka insatser som ska göras och i vilken omfattning?	10
4.2.1.	Allmänna förutsättningar	10
4.2.2.	Iakttagelser	11
4.2.3.	Bedömning	13
4.3.	Finns det en koppling mellan förväntade/avtalade insatser och resurser för detta?	13
4.3.1.	Iakttagelser	13
4.3.2.	Bedömning	15
4.4.	Följer nämnden upp att avtalade insatser genomförs?	15
4.4.1.	Iakttagelser	15
4.4.2.	Bedömning	16
4.5.	Har den enskilde möjlighet att påverka vilken läkarresurs som ska finnas?	17
4.5.1.	Iakttagelser	17
4.5.2.	Bedömning	17
5.	Revisionell bedömning	18
5.1.	Rekommendationer	18

1. Sammanfattning



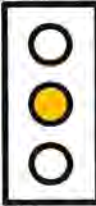
PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Örebro län genomfört en granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden. Granskningens syfte har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer en individuellt behovsanpassad vård och behandling för boende på särskilda boenden.

Följande revisionsfrågor skulle besvaras av granskningen:

- Har nämnden i sin planering analyserat behov av läkarinsatser i särskilda boenden?
- Finns avtal som reglerar vilka insatser som ska göras och i vilken omfattning?
- Finns det en koppling mellan förväntade/avtalade insatser och resurser för detta?
- Följer nämnden upp att avtalade insatser genomförs?
- Har den enskilde möjlighet att påverka vilken läkarresurs som ska finnas?

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att hälso- och sjukvårdsnämnden **delvis** säkerställer en individuellt behovsanpassad vård och behandling för boende på särskilda boenden.

Bedömningar mot revisionsfråga

Revisionsfråga	Kommentar	
Har nämnden i sin planering analyserat behov av läkarinsatser i särskilda boenden?	Vi bedömer revisionsfrågan som ej uppfylld . Bedömningen grundas på att det inom ramen för granskningen ej har framkommit om, och i sådana fall hur nämnden i sin planering har analyserat behovet av läkarinsatser i särskilda boenden.	
Finns avtal som reglerar vilka insatser som ska göras och i vilken omfattning?	Revisionsfrågan om det finns avtal som reglerar vilka insatser som ska göras och i vilken omfattning bedöms som uppfylld . Bedömningen grundas på att det finns avtal som reglerar vilka insatser som ska göras och i vilken omfattning. Vi noterar att en översyn av nuvarande avtal har inletts och enligt tidsplan ska vara genomförd årsskiftet 2022/2023.	
Finns det en koppling mellan förväntade/avtalade insatser och resurser för detta?	Revisionsfrågan om det finns en koppling mellan förväntade/avtalade insatser och resurser för detta bedöms som delvis uppfylld . Bedömningen grundas på att det finns ett ersättningssystem som är kopplat till det uppdrag som respektive vårdcentral har och de aktiviteter som vårdcentralen genomför. I ersättningssystemet finns ingen specifik ersättning kopplad till läkarinsatserna på säbo utan dessa ingår i vårdcentralens generella åtagande. I	

	<p>ersättningssystemet finns dock en viktning som innebär att ersättningen är högre ju fler äldre som finns inom vårdcentralens geografiska ansvarsområde.</p> <p>Merparten av de intervjuade uppger att normtalet för de resurser som anges i avtalet inte är tillräckligt för att tillgodose behovet.</p>	
<p>Följer nämnden upp att avtalade insatser genomförs?</p>	<p>Vi bedömer revisionsfrågan som ej uppfylld.</p> <p>Bedömningen grundas på att vi inte under granskningen tagit del av någon dokumenterad uppföljning av tillämpningen av ramavtalet om läkarmedverkan.</p> <p>Vi noterar dock att uppföljning sker av vårdcentralernas totala åtaganden och om respektive vårdcentral uppfyller kraven i enlighet med krav- och kvalitetsboken. En uppföljningsplan finns där olika parametrar följs månadsvis, per tertial eller årligen. Uppföljningen görs av hälsovalenheten och dokumenteras i en årsrapport.</p>	
<p>Har den enskilde möjlighet att påverka vilken läkarresurs som ska finnas?</p>	<p>Vi bedömer revisionsfrågan som delvis uppfylld.</p> <p>Bedömningen grundas på att den enskilde har rätt att lista sig på en vårdcentral var som helst i landet och därmed kan göra sitt självständiga val. Av intervjuerna framgår att i stort sett alla som bor på ett säbo är listade på den vårdcentral som ansvarar för boendet. Under intervjuerna betonas att det är den enskilde som gör sitt självständiga val men att det finns stora fördelar om man är listad vid den ansvariga vårdcentralen.</p> <p>När det gäller omfattningen av läkarresursen så styrs den av normtalet i överenskommelsen om läkarinsatser vilket den enskilde inte kan påverka.</p>	

Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning rekommenderar vi hälso- och sjukvårdsnämnden

- att nämnden i sin planering genomför en analys av behovet av läkarinsatser i särskilda boenden. Vi noterar att en översyn av gällande avtal har påbörjats och utgår från att nämnden säkerställer att en analys av behovet omfattas av översynen.

- att nämnden systematisk följer upp efterlevnaden av avtalet om läkarmedverkan.
- att nämnden säkerställer att det i kommande avtal regleras hur uppföljning ska göras.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Regionerna har enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) det övergripande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. När det gäller vård och behandling som ges till äldre och som bor på särskilt boende (säbo) är ansvaret delat med kommunerna. Regionen ansvarar för den vård och behandling som ges av läkare och kommunerna för vård och behandling som ges av sjuksköterskor m.fl. I den kommunala hälso- och sjukvården måste det finnas en eller flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) med särskilt ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

Regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i säbo. Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Läkarinsatser kan även utföras av privata vårdgivare. Regionen behåller dock alltid sitt s.k. huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) konstaterar i en tillsyn allvarliga brister hos regionerna vad gäller medicinsk vård och behandling av personer på särskilda boenden för äldre under covid-pandemin. IVO gör bedömningen att ingen av regionerna har tagit det fulla ansvaret för att säkerställa en individuellt behovsanpassad vård och behandling.

Revisorerna har mot denna bakgrund beslutat att granska om och hur Region Örebro län utifrån sitt ansvar säkerställer en individuellt behovsanpassad vård och behandling för boende på särskilda boenden.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer en individuellt behovsanpassad vård och behandling för boende på särskilda boenden.

Revisionsfrågor:

- Har nämnden i sin planering analyserat behov av läkarinsatser i särskilda boenden?
- Finns avtal som reglerar vilka insatser som ska göras och i vilken omfattning?
- Finns det en koppling mellan förväntade/avtalade insatser och resurser för detta?
- Följer nämnden upp att avtalade insatser genomförs?
- Har den enskilde möjlighet att påverka vilken läkarresurs som ska finnas?

2.3. Revisionskriterier

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Avtal och överenskommelser inom Region Örebro

2.4. Avgränsning

Granskningen omfattar de insatser som omfattas av regionens ansvar enligt HSL.

2.5. Metod

Granskning av styrande och uppföljande dokumentation relevant för granskningen har genomförts.

Intervjuer har genomförts med:

- Representanter för hälsovalet inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
- Verksamhetschefer och medicinska ansvariga läkare (MAL) vid vårdcentraler i Örebro (2), Hallsberg, Karlskoga och Nora.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i Hallsberg, Örebro, Karlskoga och Nora kommun.
- Verksamhetschef/enhetschef för särskilt boende i Hallsberg (Kullängen), Örebro (Karlslundsgården, Klosterbacken), Karlskoga (Lötängen) och Nora (Hagby Ångar).

Intervjuerna genomfördes via videolänk. De intervjuade har haft möjlighet att lämna synpunkter på ett utkast till rapporten.

3. Region Örebro Län

Hälso- och sjukvårdsnämnden inom Region Örebro län ansvarar för att tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård. Till området hälso- och sjukvård hör:

- Somatisk specialistsjukvård
- Rehabilitering och hjälpmedel
- Primärvården
- Psykiatri

Region Örebro län har vid tillfället för granskningen 305 600 invånare fördelat över tolv kommuner. Kommuner som ingår i Region Örebro Län är Örebro, Karlskoga, Lindesberg, Kumla, Hallsberg, Askersund, Nora, Degerfors, Lekeberg, Hällefors, Laxå och Ljusnarsberg. Den största ålderskategorin i Region Örebro är 25 - 29 år (6,8 %). Totalt bor 65 000 invånare över 65 år i regionen (21,5 %).

Inom ramen för granskningen har verksamheter inom Örebro, Hallsberg, Karlskoga och Nora kommuner ingått.

Hälsoval Örebro län infördes 1 januari 2010. Samtliga vårdcentraler i länet ingår i Hälsoval Örebro län och är godkända enligt de krav Region Örebro län ställer, men i en del fall utförs uppdraget genom samverkan med annan vårdcentral.

Regionstyrelsen beslutar årligen om Krav- och kvalitetsbok Hälsoval Örebro län som anger uppdragets innehåll, ekonomiska förutsättningar och mål som varje vårdcentral i länet ska uppfylla.

I Hälsoval Örebro län tillämpas samma regelverk och ersättning för samtliga vårdcentraler oavsett driftsform. Merparten av ersättningen för vårdcentralens uppdrag erhålls i form av fast ersättning och följer medborgarens val av vårdcentral. Till detta kommer rörlig ersättning i form av besöksersättning för direkta besök samt målrelaterad ersättning. De årliga ersättningsbeloppen beräknas utifrån den totala budget som Regionfullmäktige fastställer varje år och framgår i Krav- och kvalitetsboken.

4. Iakttagelser och bedömningar

4.1. Har nämnden i sin planering analyserat behov av läkarinsatser i särskilda boenden?

4.1.1. Iakttagelser

Av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) framgår att regionen ska till kommunerna avsätta de resurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende.

I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2021 med planeringsförutsättningar 2022 - 2023 saknas hänvisning till analys avseende behov av läkarinsatser i särskilda boenden.

I bilaga "Fördelning av ansvar för effektmål och strategier till regionstyrelsen och nämnderna" fastställs regionstyrelsens och nämndernas effektmål med tillhörande indikatorer.

- Regionstyrelsen Effektmål nr 2 - Länets invånare får högkvalitativ och tillgänglig hälso- och sjukvård.
- **Indikatorer:**
 - Regionstyrelsen ska ta fram indikator kopplat till hälsovalsenhetens ansvarsområde.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden Effektmål 2 - Länets invånare får högkvalitativ och tillgänglig hälso- och sjukvård.
- **Indikatorer**
 - Uppfyllelse av vårdgarantin inkluderande den förstärkta vårdgarantin.
 - Fortsatt utveckling av den högspecialiserade vården.
 - Fortsatt omställning till mer av nära vård.
 - Goda medicinska resultat som uppnår eller överträffar fastställda målnivåer.
 - Ökande andel samordnade insatser mellan Region Örebro län, kommunerna och civilsamhället med patient och närstående som medskapare i jämförelse med föregående år.

Bilagan fastställer att det ska ske en ökad andel samordnade insatser mellan regionen och kommunerna med patienten som medskapare. Hur detta ska genomföras i praktiken fastställs ej.

Protokollsgenombång har genomförs avseende hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträden 2020. Ingen analys av behovet av läkarinsatser i särskilda boenden framkommer.

4.1.2. *Bedömning*

Revisionsfrågan om nämnden i sin planering analyserat behov av läkarinsatser i särskilda boenden bedöms som **ej uppfylld**.

Bedömningen grundas på att det inom ramen för granskningen ej har framkommit om, och i sådana fall hur nämnden i sin planering har analyserat behovet av läkarinsatser i särskilda boenden.

4.2. **Finns avtal som reglerar vilka insatser som ska göras och i vilken omfattning?**

4.2.1. *Allmänna förutsättningar*

Av HSL framgår att regionen och kommunerna inom regionen ska sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan i särskilda boenden.

Ansaret för hälso- och sjukvården till personer som bor på särskilt boende är delat. För vård och behandling som ges av sjuksköterskor m.fl. ansvarar kommunen medan regionerna ansvarar för läkarinsatserna (se mer nedan). Den faktiska vården kan sedan utföras av andra, t.ex. av den som driver det särskilda boendet. Den privata utföraren tar då över vårdgivaransaret från kommunen¹. Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet². I den kommunala hälso- och sjukvården måste det finnas en eller flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) med särskilt ansvar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt
- rutinerna för läkemedelshantering är säkra
- besluten om delegering är patientsäkra
- patientjournaler förs
- anmälan görs till kommunal nämnd om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det³.

¹ 15 kap. 1 § HSL

² 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821) PL, samt 5 kap. 1 § HSL

³ 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Regionerna har det övergripande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. När det gäller vård och behandling som ges till äldre som bor på särskilt boende är ansvaret, som nämnts ovan delat. Regionen ansvarar för den vård och behandling som ges av läkare⁴. Regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i säbo⁵. Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet⁶.

4.2.2. Iakttagelser

Dåvarande Örebro läns landsting och länets kommuner ingick år 2007 (senast reviderat år 2011) ett *ramavtal avseende läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården*⁷. Av avtalet framgår att kommunerna och landstinget har ett gemensamt åtagande att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Behovet av samarbete och gemensam planering är omfattande inom det gemensamma vårdområdet. Sjukvårdsinsatser i särskilda boenden och dagverksamheter samt i ordinärt boende (hemsjukvård) är ett gemensamt ansvar för kommunerna och Örebro Läns Landsting. Läkare- och sjukgymnastresurser tillhandahålls av primärvården och sjuksköterske- och arbetsterapeutresurs av kommunerna. Kommunen har för patienter inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården ansvar för sjuksköterskeinsatser från den dagen behovet uppstår, om patienten inte kan ta sig till vårdcentralen eller till primärvårdens jourmottagning. Kommunernas och landstingets ansvar är reglerat i *Överenskommelse avseende ansvar för den somatiska hemsjukvården mellan Örebro läns landsting och kommunerna i Örebro län*.

Omfattningen och inriktningen av läkarinsatser i säbo och i dagverksamheter (enligt SOL och LSS) samt i hemsjukvård ska utgå från patienternas behov och anpassas till lokala förhållanden.

Av ramavtalet framgår att:

- Patienter i säbo, dagverksamhet och hemsjukvård ska ha en koppling till vårdcentral och en namngiven PAL (patientansvarig läkare) alternativt en ansvarig läkare.
- Ronder, sittronder och s.k. frågestunder ska ske på regelbundet återkommande tid av i möjligaste mån samma läkare om inte annat överenskommes lokalt.
- Rutiner ska finnas för kontakter mellan kommunens sjuksköterska och PAL/ansvarig läkare/vårdcentralen. Kommunens sjuksköterska och arbetsterapeut ska kunna nå vårdcentralen för konsultationer. "Akuta" sådana kontakter tas endast om ärendet inte kan vänta till ordinarie fast tid. Skriftligt upprättade rutiner ska finnas.

⁴ 8 kap. 1 och 6 § samt 12 kap. 1 och 3 §§ HSL

⁵ 16 kap. 1 § HSL

⁶ 1 kap. 7 § PL, samt 5 kap. 1 § HSL

⁷ Ramavtal om läkarmedverkan. *Regionförbundet Örebro. Örebro Läns Landsting. 2007-11-12. Reviderat 2010-02-19, 2011-09-16.*

- Läkare ska göra hembesök när medicinskt behov föreligger. Kommunens sjuksköterska ska efter hembesök hos patienten och då behov av läkarbedömning föreligger, kontakta ansvarig läkare, som i samråd med sjuksköterska avgör om hembesök ska göras. Kommunens sjuksköterska ska alltid finnas med vid hembesök, det ska gå att få kontakt med sjuksköterska dygnet runt.
- Snabba stödåtgärder ska kunna sättas in för att undvika onödiga inläggningar på sjukhus.

Normtal för läkarinsatser beräknas vara 1 läkartimme/10 boenden i säbo och vecka. Läkarinsatsen avser fast rondtid, planerade besök i boenden, konsultationer med ansvarig sköterska och direktkontakter vid "akuta" behov, uppföljning av medicinska behandlingar samt årlig uppföljning av läkemedelsordinationer.

I läkarens uppgift ingår även att svara för stöd till kommunens olika yrkesutövare i deras respektive yrkesroller. Restid räknas inte in i den överenskomna tiden. Tiden kan omdisponeras av ansvarig sköterska och läkare tillsammans efter behov t ex till planerade läkarbesök och till tid för anhörigsamtal. Flexibilitet ska finnas för tillfälligt ökande och minskande behov av läkarmedverkan.

Ansvarig sjuksköterska har tillgång till direkttelefonnummer som är skilt från övrig patientverksamhetstelefon eller meddelandemöjlighet via datasystem för att vid "akuta" kontaktbehov kunna nå ansvarig läkare. Ansvarig sjuksköterska ska, som regel, rådgöra med PAL/ansvarig läkare eller jourläkare innan patient eventuellt transporteras till vårdcentral alternativt sjukhus vid akut insjuknande.

För att läkarbesök ska bli effektivt ska besöken vara väl förberedda av båda parter. Aktuell vårdokumentation ska finnas tillgänglig.

I *Hälsovalsenhetens Krav- och kvalitetshandbok*⁸ fastställs att Vårdcentralen har ansvar för läkarinsatser i kommunens särskilda boenden i området samt för hemsjukvård i ordinärt boende i enlighet med "Ramavtal om läkarmedverkan, samverkansavtal mellan Region Örebro län och länets kommuner om läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården". Varje säbo i området ska ha en fast läkarkontakt vid en vårdcentral.

Vidare fastställs att rutiner ska finnas för kontakter mellan kommunens sjuksköterska och PAL/ansvarig läkare/vårdcentralen. Kommunens sjuksköterska och arbetsterapeut ska kunna nå vårdcentralen för konsultationer. "Akuta"; sådana kontakter tas endast om ärendet inte kan vänta till ordinarie fast tid. Skriftligt upprättade rutiner ska finnas.

Läkare ska enligt Krav- och kvalitetshandboken göra hembesök när medicinskt behov föreligger. Kommunens sjuksköterska ska efter hembesök hos patienten och då behov av läkarbedömning föreligger, kontakta ansvarig läkare, som i samråd med sjuksköterska avgöra om hembesök ska göras. Kommunens sjuksköterska ska alltid finnas med vid hembesök. Läkemedelsgenomgångar ska göras enligt av regionen fastställda riktlinjer.

⁸ Krav- och kvalitetshandbok. *Hälsovalsenheten Region Örebro Län*.

Under intervjuerna framkommer en osäkerhet om vad omfattningen och innehållet i läkarinsatserna grundas på. Enligt samverkansavtalet mellan regionen och länets kommuner är normtalet för läkarinsatser 1 läkartimme/10 boenden i säbo och vecka, men kännedom om analysen bakom och orsakerna till den nivån finns inte. Det finns även olika uppfattningar om insatsernas innehåll, exempelvis beträffande hur ronder ska göras och om restid ska inräknas eller ej. Den absoluta majoriteten av de intervjuade upplever att normtalet är för lågt, tiden räcker inte. En orsak som nämns är att patienterna sedan år 2017 (vid den senaste revideringen av avtalet) blivit mer vårdkrävande och multisjuka.

Vidare framkommer att det finns en viss variation i arbetssätt mellan de olika enheterna. Generellt genomförs regelbundet (varierar mellan två gånger per vecka, en gång i veckan eller varannan vecka) sittronder där sjuksköterskan vid aktuellt boende förbereder ärenden inför läkarens besök. Vid behov genomförs även besök (hembesök) i de boendes hem. Även när det gäller fördjupade läkemedelsgenomgångar varierar detta mellan enheterna, från ungefär vartannat år till att det genomförs årligen. Men om akut behov av läkemedelsgenomgång uppstår så genomförs detta. Överlag betonas under intervjuerna vikten av kontinuitet såväl avseende sjuksköterskor på respektive boende som på läkarsidan. Läkaren är till stor del beroende av information från sjuksköterskan vid boendet. Om kontinuiteten sviktar när det gäller sjuksköterskor riskerar informationen om respektive boende/patient bli bristfällig. På motsvarande sätt försvåras kunskapen om varje patients behov om kontinuiteten brister på läkarsidan.

Enligt intervjuade har en översyn av avtalet inletts. Arbetet betecknas av intervjuade som omfattande och tidskrävande. Ett förarbete har gjorts under hösten 2020 och våren 2021 med att komplettera problem och utmaningar med nuvarande avtal om hälso- och sjukvård i hemmet, detta för att kunna upprätta en projektplan. Under hösten 2020/våren 2021 har chefsgruppen för social välfärd och hälso- och sjukvård (socialchefer och representanter för regionens hälso- och sjukvård) beslutat att pausa arbetet i tillsätta referensgrupper på grund av pandemin. Dessa aktiveras under hösten 2021 för att öka delaktigheten i översynen. Flera intervjuade uttrycker dock att de inte är delaktiga i översynen och därmed inte ges möjlighet till input. Enligt den tidsplan vi tagit del av ska översynen vara genomförd vid årsskiftet 2022/2023. Vi noterar också att det bland de intervjuade finns olika uppfattningar om i vilken utsträckning innehållet i läkarinsatserna ska specificeras. Vissa intervjuade menar att en mer detaljerad beskrivning behövs för att tydliggöra uppdraget, medan andra anser att en mer allmänt hållen beskrivning är tillräcklig för att utrymme då skapas för att utforma insatserna efter det behov som finns.

4.2.3. *Bedömning*

Revisionsfrågan om det finns avtal som reglerar vilka insatser som ska göras och i vilken omfattning bedöms som **uppfylld**.

Bedömningen grundas på att det finns avtal som reglerar vilka insatser som ska göras och i vilken omfattning. Vi noterar att en översyn av nuvarande avtal har inletts och enligt tidsplan ska vara genomförd årsskiftet 2022/2023.

4.3. **Finns det en koppling mellan förväntade/avtalade insatser och resurser för detta?**

4.3.1. Iakttagelser

Allmänt om resurser och kompetenser

För att klara av bemanning av läkare har hälso- och sjukvården ett fortsatt behov av att kunna ta in hyrläkare för att kunna möta behoven av vård. Region Örebro län arbetar aktivt för att minska beroendet av hyrläkare och för att ha en stabil och varaktig bemanning med egna medarbetare. Pågående arbete och strategier kring detta ska fortsätta. Verksamheterna ska hyra in personal enbart när det finns särskilda skäl från ett effektivitets- och kvalitetssyfte.

Ett nationellt mål finns att kostnaden för hyrpersonal ska ner till en nivå som motsvarar två procent av den totala personalkostnaden för hälso- och sjukvårdspersonal. Region Örebro län låg vid senaste mätningen på 2,9 procent som i en jämförelse är ett förhållandevis bra resultat.

År 2020 fanns 958 årsarbetande läkare i regionen, vilket är minskning gentemot föregående år med 35 årsarbetare. Under år 2020 genomfördes 601 800 läkarbesök inom primärvården, vilket är minskning om 19 procent gentemot föregående år⁹. Främst har minskningen skett inom närsjukvårdsområde Norr och närsjukvårdsområde Örebro.

Med anledning av Corona-pandemin har vårdcentralerna fått en förändrad arbetssituation under året och ställt om sin verksamhet. Vårdcentralerna har ställt in en stor andel av de planerade fysiska besöken i syfte att minska risken för smitta och istället genomfört uppföljning via telefon eller digitala besök. En betydande andel av personalen har också varit utlånad från vårdcentralerna för att säkra bemanningen på Covid-mottagningar och Covid-avdelningar vid sjukhusen. Pandemin och omställningen av verksamheten på vårdcentralerna har påverkat mycket av årets statistik och man ser en stor minskning av antal fysiska besök¹⁰. Bemanningssituationen och kompetensförsörjning är ett problem vid flera vårdcentraler framför allt avseende specialister i allmänmedicin, vilket medfört att hyrläkare anlitas.

Huvuddelen av de tillsvidareanställda läkarna vid respektive vårdcentral ska enligt Krav- och kvalitetshandboken vara specialister i allmänmedicin.

Ersättningssystem

I Hälsoval Örebro län tillämpas samma regelverk och ersättningar för samtliga vårdcentraler, oavsett driftsform. Merparten av ersättningen för vårdcentralens uppdrag erhålls i form av fast ersättning (85 procent) som följer medborgarens val av vårdcentral. Till detta kommer rörlig ersättning i form av besöksersättning för direkta besök (10 procent) och målrelaterad ersättning (5 procent). Respektive vårdcentral har ansvar för invånarna inom ett geografiskt område och har ingen extra ersättning för eventuella särskilda boenden inom det geografiska området. I den fasta ersättningen finns dock en viktning som innebär att ersättningen är högre ju fler äldre som finns inom området. När det gäller besöksersättningen har för att stimulera till fler hembesök ersättningen för

⁹ Verksamhetsberättelse Hälso- och sjukvårdsnämnden 2020.

¹⁰ Årsberättelse Hälsovalsenheten 2020

dessa höjts från 500 kr år 2020 till 755 kr från 1 januari 2021, för ett vanligt besök har ersättningen höjts från 119 kr till 170 kr.

Iakttagelser från intervjuerna

Som tidigare nämnts uttrycker flertalet av de intervjuade att läkarresurserna i form av normtalet en timme per tio boende och vecka inte är tillräckligt för att fullt ut tillgodose behoven hos de boende på säbo. Det uttrycks även att vårdbehovet ökat under senare år och att behoven har ökad komplexitet, varför det även finns ett stort behov av förbättrad samverkan med specialisterheter såsom medicinklinik och geriatrik. Det framförs också att det finns behov av ökade kontakter och förbättrad dialog med psykiatri. Under intervju uttrycks att de otillräckliga läkarresurserna medför att avvikelserapporter upprättas som kan handla om att läkare inte gör hembesök trots medicinskt behov, tidsbrist, bristande kontinuitet och kompetensbrist. Kompetensbristen upplevs bero på hyrläkare och bristande kontinuitet genom att man inte kan "erbjuda namngiven läkare" i enlighet med avtalet. Noteras bör dock att det under intervjuerna även framkommer exempel på välfungerande arbetssätt och rutiner med god kompetens och kontinuitet. Bilden är således inte entydig i ett länsperspektiv.

I intervjuerna nämns även att det i alla länsdelar utom de södra finns mobila närsjukvårdsteam som vid behov under dagtid kan kontaktas från boendet. Därutöver finns under kvälls-/natttid och helger distriktsläkarjour för kontakt.

4.3.2. Bedömning

Revisionsfrågan om det finns en koppling mellan förväntade/avtalade insatser och resurser för detta bedöms som **delvis uppfyllt**.

Bedömningen grundas på att det finns ett ersättningssystem som är kopplat till det uppdrag som respektive vårdcentral har och de aktiviteter som vårdcentralen genomför. I ersättningssystemet finns ingen specifik ersättning kopplad till läkarinsatserna på säbo utan dessa ingår i vårdcentralens generella åtagande. I ersättningssystemet finns dock en viktning som innebär att ersättningen är högre ju fler äldre som finns inom vårdcentralens geografiska ansvarsområde.

Merparten av de intervjuade uppger att normtalet för de resurser som anges i avtalet inte är tillräckligt för att tillgodose behovet.

4.4. Följer nämnden upp att avtalade insatser genomförs?

4.4.1. Iakttagelser

Enligt ramavtalet om läkarmedverkan sker "uppföljning av avtalet i samband med uppföljning av *'Samverkansavtal mellan kommunerna i och landstinget i Örebro län inom hälso- och sjukvård och socialtjänst'*". Fortlöpande avstämning görs vid Gränssnittsgruppens möten i frågor av övergripande karaktär. Frågor som gäller tillämpningen av ramavtalet följs upp lokalt mellan företrädare för berörda vårdcentraler och respektive kommun".

Samverkansavtalet mellan kommunerna i och landstinget i Örebro län inom hälso- och sjukvård och socialtjänst har dock ersatts av en ny samverkansöverenskommelse¹¹ då

regionbildningen och en mängd andra förändringar gjort det gamla avtalet inaktuellt. Den nya överenskommelsen gäller från 2019-05-24. Överenskommelsen beskriver de övergripande principer och gemensamma värderingar som är basen för samverkan mellan parterna inom de områden där man delar hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen samt samverkan mellan Region Örebro län och kommunerna. Det uttrycks att det inom ett stort antal områden finns och tillkommer överenskommelser som mera i detalj reglerar hur samverkan inom dessa områden ska ske. I den nya överenskommelsen uttrycks inte specifikt i vilket forum eller vilken grupp avstämmingar, uppföljningar och utvärderingar av olika överenskommelser och avtal ska göras.

Vi har under granskningen inte tagit del av någon dokumenterad uppföljning av tillämpningen av ramavtalet om läkarmedverkan. Ingen specifik uppföljning av läkarmedverkan vid särskilt boende görs i Hälso- och sjukvårdsnämndens delårs- eller årsredovisning 2020.

Beträffande vårdcentralernas *totala* åtaganden framgår av krav- och kvalitetsboken att uppföljning görs om respektive vårdcentral uppfyller kraven i enlighet med krav- och kvalitetsboken. En uppföljningsplan finns där olika parametrar följs månadsvis, per tertial eller årligen. Uppföljningen görs av hälsovalenheten.

Av hälsovalsenhetens årsrapport framgår att Hälsovalsenheten fortlöpande följer upp samtliga vårdcentralers resultat i enlighet med uppföljningsplanen i krav- och kvalitetsboken. Det sker genom insamling, sammanställning, analys och presentation av data på intranätet och på webben. Uppföljning genomförs årligen genom besök på vårdcentralen eller vid dialogmöten länsdelsvis. Rapportering sker till regionstyrelsens arbetsutskott.

Av årsrapporten framgår vidare att uppföljningsbesök har gjorts fysiskt eller digitalt med de privata vårdcentralerna en gång under året. För de offentligt drivna vårdcentralerna har uppföljning skett fysiskt eller digitalt och då samlat per närsjukvårdsområde gemensamt med ledningen för respektive område. En av de offentligt drivna vårdcentralerna har haft ett separat digitalt uppföljningsbesök. Vid uppföljningsbesöken fokuserades på uppdragen i Krav- och kvalitetsboken samt på olika medicinska områden och sjukskrivningsprocessen.

Uppföljningarna uppfattas av flertalet av de intervjuade som ett bra forum för att utbyta erfarenheter och få feedback på den verksamhet som bedrivs.

4.4.2. *Bedömning*

Revisionsfrågan om nämnden följer upp att avtalade insatser genomförs bedöms som **ej uppfylld**.

Bedömningen grundas på att vi inte under granskningen tagit del av någon dokumenterad uppföljning av tillämpningen av ramavtalet om läkarmedverkan.

¹¹ Överenskommelse om samverkan inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, elevhälsa, e-hälsa och kunskapsstyrning mellan Region Örebro län och kommunerna i Örebro län.

Vi noterar dock att uppföljning sker av vårdcentralernas *totala* åtaganden och om respektive vårdcentral uppfyller kraven i enlighet med krav- och kvalitetsboken. En uppföljningsplan finns där olika parametrar följs månadsvis, per tertial eller årligen. Uppföljningen görs av hälsovalenheten och dokumenteras i en årsrapport.

4.5. Har den enskilde möjlighet att påverka vilken läkarresurs som ska finnas?

4.5.1. *lakttagelser*

Alla personer som är folkbokförda i Sverige har möjlighet att lista sig på en vårdcentral var som helst i landet. Vårdcentralen ansvarar för listade patients behov av basal hälso- och sjukvård.

Av intervjuerna framgår att i stort sett alla som bor på ett säbo är listade på den vårdcentral som ansvarar för boendet. Under intervjuerna betonas att det är den enskilde som gör sitt självständiga val men att det finns stora fördelar om man är listad vid den ansvariga vårdcentralen. I något enstaka fall inträffar att den enskilde väljer att lista sig vid en annan vårdcentral, exempelvis beroende på att den enskilde har haft en långvarig läkarkontakt vid denna vårdcentral.

När det gäller *omfattningen* av läkarresursen så styrs den av normtalet i överenskommelsen om läkarinsatser vilket den enskilde inte kan påverka.

4.5.2. *Bedömning*

Revisionsfrågan om den enskilde möjlighet att påverka vilken läkarresurs som ska finnas bedöms som **delvis uppfylld**.

Bedömningen grundas på att den enskilde har rätt att lista sig på en vårdcentral var som helst i landet och därmed kan göra sitt självständiga val. Av intervjuerna framgår att i stort sett alla som bor på ett säbo är listade på den vårdcentral som ansvarar för boendet. Under intervjuerna betonas att det är den enskilde som gör sitt självständiga val men att det finns stora fördelar om man är listad vid den ansvariga vårdcentralen.

När det gäller *omfattningen* av läkarresursen så styrs den av normtalet i överenskommelsen om läkarinsatser vilket den enskilde inte kan påverka.

5. Revisionell bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Örebro län genomfört en granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden. Granskningens syfte har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer en individuellt behovsanpassad vård och behandling för boende på särskilda boenden.

Följande revisionsfrågor skulle besvaras av granskningen:

- Har nämnden i sin planering analyserat behov av läkarinsatser i särskilda boenden?
- Finns avtal som reglerar vilka insatser som ska göras och i vilken omfattning?
- Finns det en koppling mellan förväntade/avtalade insatser och resurser för detta?
- Följer nämnden upp att avtalade insatser genomförs?
- Har den enskilde möjlighet att påverka vilken läkarresurs som ska finnas?

Utifrån genomförd granskning och svaren på revisionsfrågorna är vår samlade bedömning att hälso- och sjukvårdsnämnden **delvis** säkerställer en individuellt behovsanpassad vård och behandling för boende på särskilda boenden.

5.1. Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning rekommenderar vi hälso- och sjukvårdsnämnden

- att nämnden i sin planering genomför en analys av behovet av läkarinsatser i särskilda boenden. Vi noterar att en översyn av gällande avtal har påbörjats och utgår från att nämnden säkerställer att en analys av behovet omfattas av översynen.
- att nämnden systematisk följer upp efterlevnaden av avtalet om läkarmedverkan
- att nämnden säkerställer att det i kommande avtal regleras hur uppföljning ska göras

2021-06-08

Rebecka Hansson

Uppdragsledare

Anders Törnqvist

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Region Örebro läns revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från 2021-02-19. PwC ansvarar inte utan

särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.



7

Svar på motion om att stärka tillgången och tillgängligheten till läkare i äldreomsorgen

20RS12715

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnd

Svar på motion om att stärka tillgången och tillgängligheten till läkare i äldreomsorgen

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen ska anses besvarad.

Sammanfattning

Ola Karlsson (M) har inkommit med en motion som föreslår att regionfullmäktige ska besluta att snabbt utveckla digitala verktyg och ordna en organisation så att det blir lätt för sjuksköterskan i äldreomsorgen att få snabb tillgång till och kunna konsultera en specialistläkare. Det pågår nu förändringsarbete på flera plan gällande regionens insatser inom området. Regionen arbetar även med att förstärka hemsjukvården genom mobila närsjukvårdsteam. Det pågår också arbete med att möjliggöra digital informationsdelning mellan länets kommuner och regionen samt digitala kontaktvägar och tjänster för länsinvånarna.

Ärendebeskrivning

Primärvården är den vårdnivå som i huvudsak ansvarar för läkarinsatserna på länets särskilda boenden. Just nu pågår förstärkning av läkarinsatserna inom hemsjukvården, bland annat genom att se över den tid som den kommunala hälso och sjukvården har tillgång till läkare. Ett arbete med att ta fram en ny modell för läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård har påbörjats. Det pågår även kompetenshöjande insatser i flera led och ett arbete med att stärka samverkan mellan läkare på geriatriska kliniken och läkare på länets vårdcentraler är påbörjat.

Region Örebro län är även på gång med att inrätta en tjänst som äldrevårdsöverläkare, vilket syftar till att stärka kompetensen och skapa en struktur för uppföljning, systematiskt kvalitetsarbete och utveckling inom äldreområdet i primärvården.

Vården inom äldreomsorg och hemsjukvård bygger på ett genomgående samspel och samarbete mellan regionens läkare och kommunernas sjuksköterskor. Att det finns väl fungerande arbetssätt och struktur för samarbete mellan huvudmännen är en grundläggande faktor för att ge en god och nära vård.

I handlingsplanen för samverkan inom området e-hälsa för regionen och kommunerna inom länet finns en riktlinje som beskriver möjligheten att använda digitala tjänster för möten över organisationsgränser. Här krävs nya arbetssätt för digitala tjänster med tillgång och tillgänglighet för att säkerställa att samverkan uppnås. Region Örebro län publicerar idag information till nationell patientöversikt (NPÖ), vilket kommunernas sjuksköterskor kan ta del av. Ett inriktningsbeslut i handlingsplanen för e-hälsa syftar till att även regionen ska få tillgång till kommunernas journaldokumentation. De juridiska perspektiven gällande informationsdelning över organisationsgränser är en prioriterad aktivitet i regionens digitaliseringsarbete.

Beredning

Beredning för närsjukvård har vid sitt sammanträde 2021-09-15 behandlat ärendet.

Beredning för närsjukvård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta att motionen ska anses besvarad

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Förslag till beslut har inga konsekvenser för dessa perspektiv.

Ekonomiska konsekvenser

Förslag till beslut har inga ekonomiska konsekvenser.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM
Förslag till yttrande
Motionen

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, Eva Åkesson Enebo

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 20RS12715

Skickas till:
Regionstyrelsen

Sammanträdesdatum Beteckning
2021-09-15 Dnr: 20RS12715

Ola Karlsson (M)

Svar på motion från Ola Karlsson (M) om tillgång och tillgänglighet till läkare i äldreomsorgen

Ola Karlsson (M) har inkommit med en motion som föreslår att regionfullmäktige ska besluta att snabbt utveckla digitala verktyg och ordna en organisation så att det blir lätt för sjuksköterskan i äldreomsorgen att få snabb tillgång till och kunna konsultera en specialistläkare. Med anledning av motionen får hälso- och sjukvårdsnämnden anföra följande.

Såväl regionerna som kommunerna har ansvar för att ge hälso- och sjukvård till sina invånare, men inom olika områden. Medan det största ansvaret ligger hos regionerna, ansvarar kommunerna exempelvis genom avtal med regionen för hälso- och sjukvård i särskilda boenden (SÄBO) och i hemsjukvård upp till sjuksköterskenivå. Regionen måste alltid ansvara för läkarvården.

Primärvården är den vårdnivå som i huvudsak ansvarar för läkarinsatserna på länets särskilda boenden. Läkarna utgår oftast från den vårdcentral som ligger geografiskt närmast aktuellt boende. Tillgången till läkare inom den kommunala hälso- och sjukvården regleras genom avtal mellan regionen och länets tolv kommuner, vilket kallas för normtid. I nuvarande avtal gäller 1 läkartimme för tio boenden per vecka på ett SÄBO, vilket bland annat ska inkludera rondtid, planerade besök och konsultationer med ansvarig sköterska. Den här normtiden motsvarar inte dagens behov och idag planerar en del vårdenheter sina läkarinsatser i betydligt större utsträckning.

Just nu pågår en förstärkning av läkarinsatserna inom hemsjukvården. Som en del i detta ska normtiden för läkarinsatser på SÄBO ses över, kompetenshöjande insatser genomförs i flera led och ett arbete med att stärka samverkan mellan läkare på geriatriska kliniken och läkare på länets vårdcentraler är påbörjat. En ny överens-

kommelse med länets kommuner avseende hälso- och sjukvård i hemmet har startat i projektform, där underlag till beslut beräknas vara klart i december år 2022. Regionen arbetar även med att förstärka hemsjukvården genom mobila närsjukvårdsteam. Förutom att utgöra en förlängning av den specialiserade vården i hemmen kan teamen även efterfrågas som stöd av primärvården.

Region Örebro län är även på gång med att inrätta en tjänst som äldrevårdsöverläkare, vilket syftar till att stärka kompetensen och skapa en struktur för uppföljning, systematiskt kvalitetsarbete och utveckling inom äldreområdet i primärvården.

Ett arbete med att ta fram en ny modell för läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård har påbörjats. Detta inkluderar en modell för när hembesök på jourtid skall göras och arbetsrutiner för hur samsyn kring behov av individuell bedömning jourtid ska uppnås. Kvalitetsindikatorer för god vård inom SÄBO ska tas fram och uppföljning av läkartillgång inom kommunal vård ska genomföras regelbundet.

På ett SÄBO arbetar regionens läkare tillsammans med kommunens sjuksköterskor, vilket innebär ett genomgående samspel och samarbete i de olika arbetsuppgifterna som rör vården av de boende, både på plats och på distans. Processen för arbetet mellan läkare och sjuksköterska påverkas av faktorer som exempelvis erfarenhetsgrad, prioriteringar, vårdtyngd och klientel på boendet. Även avstånd till boende, samt hur man lokalt kommit överens om att fördela arbetet är faktorer som spelar in. Tillsammans utför läkare och sjuksköterska sittronder, hembesök, inskrivningar, årskontroller och läkemedelsgenomgångar. Efter hembesöket ansvarar sjuksköterskan för att provtagningar och andra kontroller genomförs. Läkarens arbete fortsätter genom att diktera journaler, skriva remisser beställa prover. Sjuksköterskan och läkaren brukar sedan hålla kontakten under veckan, exempelvis för att gå igenom provsvar.

Det finns idag en handlingsplan för samverkan inom området e-hälsa för regionen och kommunerna inom länet, där en riktlinje är framtagen som beskriver möjligheten att redan idag använda digitala tjänster för möten över organisationsgränser. Utmaningen här är att implementera ett nytt arbetssätt kring digitala tjänster. Ett sådant arbetssätt kräver att tillgång och tillgänglighet säkerställs till de läkare som har ansvar för patienterna, för att uppnå den samverkan som krävs mellan kommunens sjuksköterska och regionens läkare.

Region Örebro län publicerar idag information till nationell patientöversikt (NPÖ). Idag är det främst kommunernas sjuksköterskor som tar del av information via NPÖ. Genom handlingsplanen för e-hälsa finns nu ett inriktningsbeslut om att även kommunerna ska ansluta och publicera information till NPÖ, så att regionen på motsvarande sätt kan ta del av kommunernas journaldokumentation. En

implementeringsplan för detta är under utarbetande. De juridiska perspektiven gällande informationsdelning över organisationsgränser är en prioriterad aktivitet i regionens digitaliseringsarbete.

I årets Krav- och kvalitetsbok för Hälsoval ställs det nu krav att vårdcentralerna ska ta fram en digital utvecklingsplan, som ska inkludera redovisning om omställningsarbetet till att digitalisering är en del av ordinarie verksamhetsutveckling och att invånare kan erbjudas digitala kontaktvägar och tjänster.

Regionen har också genomfört en förstudie gällande egenmonitorering, vilket handlar om att patienter med hjälp av digital teknik ska kunna följa värden hemifrån. Här finns förslag om att starta ett pilotprojekt för hjärtsviktpatienter, där också patienter som omfattas av den kommunala omsorgen ska kunna få stöd av undersköterska eller sjuksköterska inom kommunal omsorg gällande registreringar.

En väl fungerande samverkan mellan region och kommun är en nödvändig byggsten i det kontinuerliga utvecklingsarbetet för att ge en god och nära vård till länets äldre. Arbetet med att säkra att äldre får vård efter behov innebär också att det är regionen som behöver fördela och förstärka resurserna så att de hamnar där de bäst behövs.

Med anledning av ovan resonemang anses motionen besvarad.



Motion

Stärk tillgången och tillgängligheten till läkare i äldreomsorgen

Jag vill att Regionen snabbt utvecklar digitala verktyg och ordnar en organisation så att det blir lätt för sjuksköterskan i äldreomsorgen och på äldreboendet att snabbt få tillgång till, och kunna konsultera, en specialistläkare.

Corona-pandemin har satt blyxtbelysning på frågan om läkartillgång i äldreomsorgen. När så förfärande många gamla dör i en pandemi måste frågan ställas om hur vi kan förbättra tillgången till läkare och annan sjukvårdspersonal både i äldreomsorgen och på särskilda äldreboenden.

Det har varit väl känt under många, långa år att det finns brister i samverkan mellan sjukvården å ena sidan och äldreomsorgen och äldreboenden å den andra. Många åtgärder har gjorts, allt från Ädel-reformen, förändrad lagstiftning för utskrivningsklara, särskilda SKL-projekt till lokala och regionala samverkansprojekt.

Fortfarande är det så att sjuka äldre riskerar att "ramla mellan stolarna" och fara illa, eller inte få optimal behandling, när samverkan mellan den kommunala äldreomsorgen och regionens sjukvård brister. Det är också väl känt att sjukvården inte är särskilt väl anpassad, vare sig till äldre med kroniska sjukdomar, eller till gruppen "mest sjuka äldre". Bristen på kontinuitet och fasta läkare på vårdcentralerna slår hårt mot äldre med kroniska sjukdomar och specialistvårdens organisation i stuprör är sällsynt olämplig för många multisjuka äldre.

Ett annat mycket stort problem är svårigheten att dela information om den äldre patienten mellan äldreomsorg och sjukvård. Bokstavligen livsviktig information är inte alltid tillgänglig för personalen i sjukvården eller äldreomsorgen om de är på fel sida av organisationsgränsen. En förändrad lagstiftning skulle kunna rädda liv, men en handlingsförlamad minister agerar bromskloss.

Det som nu blivit akut aktuellt är bristen på tillgängliga läkare i äldreomsorgen. Många äldre i äldreomsorgen eller på äldreboenden lider av olika sjukdomar. Den kommunala (och privata) äldreomsorgen har inga egna läkare utan måste förlita sig på regionernas läkare på vårdcentralerna. Den planerade verksamheten fungerar ofta väl men vid mer akuta problem riskerar det att brista.

Många gånger blir lösningen en ambulanstransport till vårdcentralen. Där riskerar patienten att skickas vidare direkt till akutmottagningen och efter många, långa timmars väntan där, i förvirrat och uttorkat tillstånd, få träffa en stressad läkare, och då med sämre förutsättningar att behandlas och ges rätt diagnos.

Många distriktsläkare gör fantastiska insatser, men brist på fasta läkare och ibland brist på läkare över huvud taget skapar problem. Vi vet också att det skulle behövas fler med geriatrisk (åldrandet sjukdomar) kompetens för att bättre möta patienterna i äldreomsorgen och på särskilda boenden.



Hittills har arbetet gått ut på att stärka vårdcentralerna så att de lättare kan möta behoven hos de äldre i äldreomsorgen. Men många läkare med expertis inom viktiga områden för sjuka äldre jobbar på sjukhusen, långt från både vårdcentraler och äldreboenden.

Vi behöver göra det lättare för de kommunalt anställda sjuksköterskorna att snabbt få kontakt med och tillgång till läkarkompetens för att kunna få en läkarbedömning av den äldre patientens sjukdom och behov av behandling.

Jag vill att Regionen upphandlar eller utvecklar digitala verktyg och ordnar en organisation så att det blir lätt för sjuksköterskan i äldreomsorgen att snabbt få hänvisning till och kunna konsultera en specialistläkare, oavsett om det är en distriktsläkare, geriatriker eller invärtes medicinare, oavsett läkaren arbetar på vårdcentral eller sjukhus. De digitala teknikerna borde göra det enkelt att gå över organisationsgränserna och snabbt ge äldre tillgång till rätt diagnos och behandling.

Digitala läkare skulle stödja och underlätta för den medicinska personalen på plats på äldreboendet eller i hemmet och minska behoven av transporter och många timmars väntan i en miljö med stora smittrisker för den äldre. Men tillgång till digitala specialistläkare får inte leda till att vårdcentralernas och distriktsläkarnas ansvar för de sjuka äldre minskar.

Jag vill därför föreslå Regionfullmäktige besluta

Att snabbt utveckla digitala verktyg och ordna en organisation så att det blir lätt för sjuksköterskan i äldreomsorgen att få snabb tillgång till och kunna konsultera en specialistläkare.

Karlskoga den 4 december 2020

Ola Karlsson
Oppositionsråd (M)



8

Svar på remiss – En
sammanhållen god och
nära vård för barn och
unga, SOU 2021:34

21RS5692

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälsa- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS5692

Organ
Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Svar på remiss – En sammanhållen god och nära vård för barn och unga, SOU 2021:34

Förslag till beslut

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutar

att förslag till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Utredningen föreslår bland annat att det hälsofrämjande arbetet ska förtydligas i hälsa- och sjukvårdslagen och att ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga tas fram och implementeras i hälsa- och sjukvården. Utredningen föreslår även att lagstiftningen kring fast vårdkontakt till barn och unga skärps samt att ett tydligt krav på samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet införs. Utredningen presenterar även sex steg för hur barn och unga med psykisk ohälsa kan få ett mer ändamålsenligt och samordnat stöd i vården.

Region Örebro län ställer sig bakom utredningens förslag, men anser att utredningen saknar en lösning av samverkansfrågorna för de yngsta barnen samt att frivilligsektorn borde varit en del av utredningens steg för att ge ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa.

Ärendebeskrivning

Region Örebro län anser att remissen lämnar ett viktigt förslag som visar på att hälsofrämjande insatser behöver ges lika stor vikt som insatser för att förebygga ohälsa, samt att det är positivt att vikten av samverkan lyfts fram. Region Örebro län anser att det dock bör påpekas att lagförslaget till största delen endast förtydligar sådant som redan gäller.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälsa- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS5692

Region Örebro län anser att utredningen inte presenterar en plan för hur samverkansfrågorna ska lösas mellan huvudmännen vad gäller barn i åldersgruppen 0-5 år, på motsvarande vis som elevhälsan.

Region Örebro län ställer sig även positiva till att lagstiftningen kring fast vårdkontakt till barn och unga skärps, men lyfter fram att förslaget ställer höga krav på hälso- och sjukvården och tandvården.

Region Örebro län anser också att frivilligsektorn saknas i de steg som utredningen lägger fram för att ge ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Region Örebro läns remissvar har inga konsekvenser för dessa perspektiv, men utredningens förslag syftar till förbättringar för barn och unga.

Ekonomiska konsekvenser

Enligt utredningens bedömning innebär förslagen under några inledande år nettokostnader för regioner och kommuner, men även att intäkterna ökar efter hand i form av sänkta kostnader. Utredningen bedömer således att intäkterna överstiger kostnaderna på längre sikt.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM
Förslag till svar
Remissen

Jonas Claesson
Hälsa- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Socialdepartementet, s.remissvar@regeringskansliet.se och
s.fs@regeringskansliet.se
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen, ledning

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enele

Sammanträdesdatum
2021-09-29

Beteckning
Dnr: 21RS5692

Er beteckning

Regeringskansliet, Socialdepartementet. Enheten
för folkhälsa

103 33 Stockholm

Svar på remiss ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” SOU 2021:34

Region Örebro län anser att remissen lämnar ett viktigt förslag till lagändring i Hälso- och sjukvårdslagen, som visar på att hälsofrämjande insatser behöver ges lika stor vikt som insatser för att förebygga ohälsa. Region Örebro län ställer sig positiv till att vikten av samverkan lyfts fram. Det bör samtidigt påpekas att lagförslaget till största delen endast förtydligar sådant som redan gäller.

Region Örebro län står även bakom förslaget att ett nationellt hälsovårdsprogram tas fram som förtydligar vad barn och familjer kan förvänta sig inom området hälsofrämjande och förebyggande insatser. Region Örebro län efterfrågar dock större tydlighet gällande hur det förebyggande arbetet ska utföras. Ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga behöver vara så tydligt metodiskt att det blir en krav- och kvalitetsbok för verksamheterna som ska utföra arbetet.

Utredningen lyfter vikten av såväl tidig upptäckt som tidiga insatser. Region Örebro län vill här påpeka att även om utredningen har med förslag för samverkan mellan huvudmän där skolelever är målgruppen, saknas motsvarande förslag för barn i åldersgruppen 0-5 år. Regionen efterfrågar således dels ett förtydligande kring hur samverkansfrågorna är tänkta att lösas för de yngsta barnen samt dels en tydlighet gällande hur barnhälsovård och tandvård ska tillgängliggöras på motsvarande sätt som elevhälsan.

Region Örebro län ställer sig även positiva till att lagstiftningen kring fast vårdkontakt till barn och unga skärps. Att ha en fast vårdkontakt som utredningen föreslår ställer dock höga krav på hälso- och sjukvården och tandvården utifrån kunskapsläge om vård och insatser samt rätt placering av kontakten.

I utredningen framgår att barn, unga och deras närståendes delaktighet vid planering och utformningen av hälso- och sjukvården och tandvården behöver säkerställas på alla nivåer i enlighet med barnkonventionens bestämmelser. Region Örebro län anser att detta är ett område som kan utvecklas, samt att det är positivt och tydligt fastställt att det behöver prioriteras för att skapa större delaktighet för barn och unga i vården.

Region Örebro län vill även lyfta att även om de sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa som utredningen föreslår är tydliga och bra, så saknas frivilligsektorn i förslaget. Det finns flera stora organisationer som i sitt arbete har insatser mot psykisk ohälsa i fokus, som dels skulle kunna utgöra ett bra stöd för barn och unga samt dels fungera som ett komplement till hälso- och sjukvården.

Region Örebro län vill även lyfta att insatser och utfall av verksamheterna bör säkras i nationella register för kvalitetsutveckling av verksamheterna.

För Region Örebro län

Från: [Linda Torsbrink](#) för S FS

Till: kansli@akademssr.se; arbetsmiljoverket@av.se; info@astmaoallergiforbundet.se; info@autism.se; info@brist.se; info@barnombudsmannen.se; kommunen@bjurholm.se; kommunen@boden.se; bollnas@bollnas.se; dietisternasriksforbund@drf.nu; dsfsverige@gmail.com; registrator@ehalsomyndigheten.se; sara@flickaplattformen.se; info@folkhalsomyndigheten.se; forte@forte.se; info@friskola.se; jessica_sunesson@hotmail.com; info@funktionsratt.se; kansli@fysioterapeuterna.se; kansliet@ungarorelsehindrade.se; fub@fub.se; info@socialchefer.se; forvaltningsrattenifalun@dom.se; forvaltningsrattenimalmo@dom.se; stadsledningskontoret@stadshuset.goteborg.se; kommun@hammaro.se; kommun@herjedalen.se; registrator@his.se; kommun@hoor.se; info@ideburenskola.se; registrator.vss@ivo.se; imy@imy.se; registrator@jk.se; info@jamy.se; kommun@kalmar.se; registrator@ki.se; kommunledningsforvaltningen@katrineholm.se; kommun@kommun.kiruna.se; forbundet@kommunal.se; konkurrensverket@kkv.se; kommunen@kristinehamn.se; kommun@kuula.se; kommun@laholm.se; kommun@leksand.se; registrator@liu.se; arbetsgivare@lararforbundet.se; lr@lr.se; kontakt@maskrosbarn.org; motala.kommun@motala.se; info@mfd.se; info@mucf.se; info@mfof.se; registrator@vardanalys.se; nasp@ki.se; info@nsph.se; info@anhoriga.se; norrkoping.kommun@norrkoping.se; kommunstyrelsen@nynashamn.se; kundcenter@partille.se; regelradet@regelradet.se; region@regionblekinge.se; region.dalarna@regiondalarna.se; regiongottland@gottland.se; rg@regiongavleborg.se; regionen@regionhalland.se; region@regionjh.se; regionen@rjl.se; region@regionkalmar.se; region@kronoberg.se; regionnorrboten@norrboten.se; region@skane.se; regionstockholm@sl.se; post@regionsormland.se; region.uppsala@regionupsala.se; info@regionvarmland.se; regionen@regionvasterbotten.se; region.vasternorrland@rvn.se; region@regionvastmanland.se; Region Örebro län; region@regionostergotland.se; forbund@rfsi.se; info:kansliet@attention.se; rsmh@rsmh.se; ordforande@skolskoterskor.se; givar-service@rb.se; rbuf@rbuf.se; info:socialstyrelsen@socialstyrelsen.se; kommunstyrelsen@solna.se; spsm@spsm.se; S SMER; skolinspektionen@skolinspektionen.se; registrator@skolverket.se; info@allmannabarnhuset.se; registrator@statskontoret.se; kommun@stenungsund.se; registrator@su.se; ks@storuman.se; kansli@sfam.se; info@sfbup.se; ordforande@socialmedicin.se; kristina.kolterud@vgregion.se; webb@swenurse.se; ordf@barnlakarforeningen.se; kansli@barnmorskeforbundet.se; info@slf.se; info@logopedforbundet.se; sls@sls.se; kansliet@prematurforbundet.se; kanslisten@svenskpsykiatri.se; sekreterare@skollakarforeningen.com; kansli@arbetsterapeuterna.se; kansli@sduf.se; info@sverigeseleverad.se; carin.svensson@sverigesfarmaceuter.se; registrator@skr.se; info@slf.se; post@psykologforbundet.se; skolchef@skolledarna.se; kansli@tandlakarforbundet.se; info@sverigesungdomsrad.se; sodertalje.kommun@sodertalje.se; kommun@tibro.se; kommunstyrelsen@tierp.se; hej@teamtillia.se; kommun@tjorn.se; registrator@umu.se; klara.lundahl@ungaallergiker.se; hej@uh.se; info@ungsyn.se; kansliet@ungareumatiker.se; unicef@unicef.se; registrator@uhmynd.se; upplands.vasby.kommun@upplandsvasby.se; Kommunledningskontoret@upsala.se; vellinge.kommun@vellinge.se; registrator@vr.se; visiondirekt@vision.se; info@viunga.se; anders.printz@vardforbundet.se; info@vardforetagarna.se; kommunstyrelsen@vasteras.se; post@vgregion.se; kommunstyrelsen@vaxjo.se; kommun@arjang.se; kundcenter@ostersund.se; Lilo.lindquist@vgregion.se; anna.tornloof@liu.se; laura.korhonen@liu.se; ulf.rickardsson@rb.se; charlotta.berg@skane.se; marina.tuutma@slf.se; leena.bergstrom@slf.se; josef.milerad@gmail.com; post@sverigesfarmaceuter.se; maria.bergstrom@skolledarna.se; sylvia.nyremalm@vardforbundet.se

Kopia: [Sara Tunlid](#); [S Registrator](#); [Linda Torsbrink](#)

Ärende: Remiss av SOU 2021:34 Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

Datum: den 2 juni 2021 08:30:24

Bilagor: [image003.png](#)
[Remissmissiv Utr. om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.pdf](#)
[SOU_2021_34_webb_del_1_ny2.pdf](#)
[SOU_2021_34_webb_del_2.pdf](#)

Hej!

Skickar här ut remiss av *SOU 2021:34 Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*.

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 3 oktober 2021**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.fs@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2021/04102 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några

synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.
För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se. [Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga - Regeringen.se](#)

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett [beställningsformulär hos Elanders Sverige AB](#).

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissutskicket är beslutat av departementsrådet Torkel Nyman.

Hälsningar

Linda Torsbrink

Kanslisekreterare

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

103 33 Stockholm

Tfn 08-405 12 84

Mobil 070-667 18 86

linda.torsbrink@regeringskansliet.se

www.regeringen.se



Regeringskansliet



Socialdepartementet

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34)

Remissinstanser

Akademikerförbundet SSR

Arbetsmiljöverket

Astma- och Allergiförbundet

Autism- och Aspergerförbundet

Barnens rätt i samhället (Bris)

Barnombudsmannen

Bjurholm kommun

Bodens kommun

Bollnäs kommun

Dietisternas Riksförbund

Distriktssköterskeföreningen

E-hälsomyndigheten

Flickaplattformen

Folkhälsomyndigheten

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Friskolornas riksförbund

FSUM - Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna

Förbundet Unga rörelsehindrade

Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning

Föreningen Sveriges Socialchefer

Förvaltningsrätten i Falun

Förvaltningsrätten i Malmö

Göteborgs kommun

Hammarö kommun

Härjedalens kommun

Högskolan i Skövde

Höör kommun

Idéburna skolors riksförbund

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Integritetsskyddsmyndigheten

Justitiekanslern

Jämställdhetsmyndigheten

Kalmar kommun

Karolinska institutet

Katrineholms kommun

Kiruna kommun

Kommunal

Konkurrensverket

Kristinehamns kommun

Kumla kommun

Laholms kommun

Leksands kommun

Linköpings universitetet (Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum)

Läraryrket

Lärarnas Riksförbund

Maskrosbarn

Motala kommun

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

Nationellt kompetenscentrum anhöriga

Norrköpings kommun

Nynäshamns kommun

Partille kommun

Regelrådet

Region Blekinge

Region Dalarna

Region Gotland

Region Gävleborg

Region Halland

Region Jämtland Härjedalen

Region Jönköpings län

Region Kalmar län

Region Kronoberg

Region Norrbotten

Region Skåne

Region Stockholm

Region Sörmland

Region Uppsala

Region Värmland

Region Västerbotten

Region Västernorrland

Region Västmanland

Region Örebro

Region Östergötland

Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter (RFSL)

Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)

Riksförbundet Attention

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)

Riksföreningen för Skolsköterskor

Rädda Barnen

Rädda Barnens Ungdomsförbund

Röda Korset

Socialstyrelsen

Solna kommun

Specialpedagogiska skolmyndigheten

Statens medicinsk-etiska råd (Smer)

Statens skolinspektion

Statens skolverk

Statliga stiftelsen Allmänna barnhuset

Statskontoret

Stenungsunds kommun

Stockholms universitet

Storumans kommun

Svensk förening för allmänmedicin

Svensk förening för barn- och ungdomspsykiatri

Svensk Förening för Socialmedicin och Folkhälsa

Svensk Kuratorsförening

Svensk sjuksköterskeförening

Svenska Barnläkarföreningen

Svenska Barnmorskeförbundet

Svenska Distriktsläkarföreningen

Svenska Logopedförbundet

Svenska Läkaresällskapet

Svenska Prematurförbundet

Svenska Psykiatriska Föreningen

Svenska skolläkarföreningen

Sveriges Arbetsterapeuter

Sveriges Dövas Ungdomsförbund

Sveriges Elevråd

Sveriges Farmaceuter

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Sveriges läkarförbund

Sveriges Psykologförbund
Sveriges Skolledarförbund
Sveriges Tandläkarförbund
Sveriges Ungdomsråd
Södertälje kommun
Tibro kommun
Tierp kommun
Tillsammans för ungas psykiska hälsa (TILIA)
Tjörns kommun
Umeå universitet
Unga Allergiker
Unga Hörselskadade
Unga med synnedläggning
Unga Reumatiker
UNICEF
Upphandlingsmyndigheten
Upplands Väsby kommun
Uppsala kommun
Vellinge kommun
Vetenskapsrådet
Vision

Vi unga

Vårdförbundet

Vårdföretagarna

Västerås kommun

Västra Götalandsregionen

Växjö kommun

Årjängs kommun

Östersunds kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 3 oktober 2021**. Svaren bör lämnas per e-post till **s.remissvar@regeringskansliet.se** och med kopia till **s.fs@regeringskansliet.se**. Ange diarienummer S2021/04102 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett [beställningsformulär hos Elanders Sverige AB](#).

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Börja med barnen!

En sammanhållen god och nära vård
för barn och unga



DEL BETÄNKANDE AV UTREDNINGEN OM
EN SAMMANHÅLLEN GOD OCH
NÄRA VÅRD FÖR BARN OCH UNGA

1557 (2870)



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:34

Börja med barnen!

En sammanhållen god och nära vård för barn och unga

*Delbetänkande av Utredningen om
en sammanhållen god och nära vård för barn och unga*

Stockholm 2021



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:34

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0092-7 (tryck)

ISBN 978-91-525-0093-4 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till Statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 28 november 2019 att uppdra åt en särskild utredare att se över förutsättningarna för en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga (dir 2019:93). I utredningens uppdrag har ingått att föreslå insatser som ska bidra till en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. I uppdraget har även ingått att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa. Ett slutbetänkande ska lämnas senast den 1 oktober 2021.

Barnläkaren Peter Almgren förordnades den 1 december 2019 som särskild utredare. Utredningen har antagit namnet en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

Den 19 mars 2020 förordnades följande personer som sakkunniga att bistå utredningen: departementssekreteraren Christopher Carlson, kanslirådet Hedvig Feltelius, departementssekreteraren Linda Hindberg, departementssekreteraren Malin Nylén Bolinder och departementssekreteraren Jessika Yin.

Samma dag förordnades som sakkunniga: utredaren Rosita Claesson Wigand enhetschefen Anders Feijer, generalsekretaren Magnus Jägerskog, undervisningsrådet Timmy Larsson, och handläggaren Tyra Warfvinge.

Den 14 april 2020 förordnades kommundirektören Camilla Holmqvist att vara expert i utredningen. Den 6 juli 2020 förordnades direktören Charlotta Larsdotter som expert i utredningen.

Den 7 september 2020 entledigades kanslirådet Hedvig Feltelius som sakkunnig i utredningen och ersattes av kanslirådet Marie Törn. Den 1 oktober 2020 entledigades departementssekreteraren Linda Hindberg som sakkunnig i utredningen och ersattes av departementssekreteraren Andrea Larsson. Den 20 oktober 2020 entledigades departementssekreteraren Jessika Yin som sakkunnig i utredningen.

Den 14 november 2020 entledigades departementssekreteraren Andrea Larsson som sakkunnig i utredningen och ersättes av departementssekreteraren Kalle Brandstedt. Den 22 januari 2021 entledigades departementssekreteraren Malin Nylén Bolinder som sakkunnig i utredningen och ersattes den 1 mars 2021 av departementssekreteraren Nela Lalouni och ämnesrådet Tom Nilstierna.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 1 februari 2020 kanslirådet Klara Granat. Som sekreterare i utredningen anställdes den 10 februari 2020 utredaren Sandra Creutz. Sandra Creutz anställning som sekreterare i utredningen upphörde den 20 januari 2021. Som sekreterare i utredningen anställdes den 19 februari 2020 juristen Caroline-Olivia Elgán. Som sekreterare i utredningen anställdes den 1 april 2020 den digitala strategen Niklas Eklöf. Niklas Eklöfs anställning som sekreterare i utredningen upphörde den 29 januari 2021. Som senior rådgivare i utredningen anställdes den 1 april 2020 läkaren Göran Stiernstedt. Som sekreterare i utredningen anställdes den 1 december 2020 utredaren Ylva Malmquist och psykologen Antonia Reuter på deltid. Som sekreterare i utredningen anställdes den 1 januari 2021 strategen Frida Bjurström. Som sekreterare på deltid i utredningen anställdes den 11 januari 2020 juristen Nadja Zandpour.

Utredningen vill rikta ett särskilt tack till alla barn och unga som deltagit i utredningens arbete. Utredningen vill även tacka journalisten Ylva Mårtens för lån av frasen vi måste börja med barnen.

Utredningen överlämnar härmed delbetänkandet *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (2021:34).

Göteborg i maj 2021

/Peter Almgren

Klara Granat
Caroline-Olivia Elgán
Ylva Malmquist
Frida Bjurström
Nadja Zandpour
Antonia Reuter
Göran Stiernstedt

Innehåll

Sammanfattning	15
God och nära vård för barn och unga – enkel sammanfattning	33
1 Författningsförslag	39
1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	39
1.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)	41
1.3 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	42
2 Utredningens uppdrag, utgångspunkter och genomförande	43
2.1 Utredningens uppdrag	43
2.1.1 Avgränsningar	44
2.1.2 Tidigare utredningar ligger till grund för utredningens uppdrag	47
2.1.3 Utgångspunkter	50
2.1.4 Betänkandets disposition	55
2.2 Utredningens genomförande	56
2.2.1 Expert- och referensgrupper	57
2.2.2 Dialoguppdraget	58
2.2.3 Särskilt om genomförandet av uppdraget om psykiska hälsa	59
2.2.4 Barns och ungas delaktighet och bidrag till utredningen	60

2.2.5	Samarbete med Tilia.....	61
2.2.6	Samverkan med berörda statliga utredningar	61
3	Gällande rätt	63
3.1	Allmänt om kapitlet	63
3.2	Allmänt om hälso- och sjukvårdslagen	63
3.3	Särskilda skyldigheter i fråga om barn	64
3.4	Kort om regionens ansvar som huvudman	65
3.5	Kort om kommunens ansvar som huvudman.....	66
3.6	Samverkan mellan region och kommun.....	66
3.7	Övergripande om vissa bestämmelser i patientlagen.....	67
3.8	Övergripande om vissa bestämmelser i patientsäkerhetslagen	68
3.9	Övergripande om vissa bestämmelser i skollagen	69
3.10	Barnkonventionen	70
3.10.1	Kort historik.....	70
3.10.2	De grundläggande principerna i barnkonventionen	71
3.10.3	Särskilt om barns rätt till hälsa och sjukvård.....	75
3.10.4	Några andra relevanta artiklar	81
3.11	Övergripande om skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet.....	82
4	Bakgrund och nuläge	85
4.1	Inledning	85
4.1.1	Pandemins effekter på barn och unga.....	85
4.2	Barns hälsoutveckling.....	88
4.2.1	Hälsans bestämningsfaktorer	89
4.2.2	Barns och ungas hälsa i olika åldrar och olika grupper.....	108
4.2.3	Begrepp kring psykisk hälsa	120

4.3	Hälsofrämjande och förebyggande arbete.....	123
4.3.1	Föräldraskapsstöd och vårdnadshavares delaktighet.....	127
4.3.2	De folkhälsopolitiska målen	129
4.3.3	Agenda 2030.....	130
4.3.4	Vägledningar och kunskapsstöd	131
4.3.5	Organisation och styrning av hälsofrämjande och förebyggande insatser i de nordiska grannländerna	132
4.4	Barn- och ungdomshälsovården.....	133
4.4.1	Övergripande styrning av barn- och ungdomshälsovården.....	135
4.4.2	Beskrivning av barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet och uppdrag.....	139
4.5	Andra verksamheter som möter barn och unga.....	161
4.5.1	Vårdcentral.....	161
4.5.2	Första linjen för barns och ungas psykiska hälsa	163
4.6	Den specialiserade vården för barn och unga.....	166
4.6.1	Barn- och ungdomspsykiatri	166
4.6.2	Barn- och ungdomsmedicin.....	168
4.6.3	Barn- och ungdomshabilitering.....	171
4.7	Ytterligare verksamheter med hälsofrämjande och förebyggande uppdrag för barn och unga	172
4.7.1	Tandvården	172
4.7.2	Socialtjänsten	173
4.8	Samlokalisering av verksamheter för barn och unga.....	174
4.9	Myndigheternas roller	175
4.9.1	Folkhälsomyndighetens roll och uppdrag	176
4.9.2	Inspektionen för vård och omsorgs roll och uppdrag.....	177
4.9.3	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys roll och uppdrag.....	178
4.9.4	Socialstyrelsens roll och uppdrag	178

4.9.5	Specialpedagogiska skolmyndighetens roll och uppdrag	180
4.9.6	Statens skolinspektions roll och uppdrag	180
4.9.7	Statens skolverks roll och uppdrag	180
4.9.8	Ytterligare några myndigheter med särskilda uppdrag kring barn och unga.....	182
4.10	Sveriges Kommuner och Regioner	184
4.11	Kunskapsstyrning.....	187
4.11.1	Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.....	187
4.11.2	Professionsorganisationer	189
4.12	Civila samhället.....	190
4.13	Några pågående nationella utvecklingsarbeten.....	190
4.13.1	Tidiga samordnade insatser – TSI	191
4.13.2	Barn som anhöriga	191
5	Problembild	193
5.1	Ökande barnpopulation, ökad psykisk ohälsa och nya överlevare	193
5.2	Samhällstrender, skola, arbetsmarknad och utsatta grupper barn och unga	196
5.3	Reaktiv och sjukhustung vård med otillräckligt utbyggd primärvård	198
5.4	Ojämnt vård- och omsorgsutbud	201
5.5	Fragmentiserad hälso- och sjukvård med oklara uppdrag, ansvar och roller.....	202
5.5.1	Glapp i övergången till hälso- och sjukvård för vuxna.....	204
5.6	Koordinering och samordning av vård brister.....	204
5.7	Informationsdelning inom vård och omsorg brister	206
5.8	Barn och unga med vissa diagnoser eller problem får en sämre vård	209

5.9	Bristande stöd, delaktighet och inflytande på vården.....	210
5.10	Brister i kontinuitet och kompetens.....	211
5.11	Utmaningar i barn – och ungdomshälsovården och barn- och ungdomspsykiatri	213
5.11.1	Tillgång till och kvalitet i mödrahälsovården.....	213
5.11.2	Tillgång till och kvalitet i barnhälsovården	216
5.11.3	Tillgång till och kvalitet i elevhälsan	220
5.11.4	Tillgång till och kvalitet i ungdomsmottagningar	226
5.11.5	Tillgång till och kvalitet i barn- och ungdomspsykiatri	230
5.11.6	Brister i samverkan mellan samtliga vårdverksamheter.....	233
5.12	Sammanfattande analys.....	242
5.12.1	Reglering av barn-och ungdomshälsovård saknas	242
5.12.2	Alla barn och unga får inte del av hälsofrämjande och förebyggande stöd och insatser under hela sin uppväxt.....	244
5.12.3	Samordningen mellan verksamheter brister.....	248
5.12.4	Ökat ansvar, resurser och kompetenser till primärvården i omställningen till en god och nära vård.....	249
5.12.5	Psykisk ohälsa leder till allvarliga konsekvenser.....	250
5.12.6	Kunskapsstyrning för barn- och ungdomshälsovård är av varierande kvalitet och inte samordnad	251
5.12.7	Hälso- och sjukvården kan anpassas mer utifrån barns och ungas rättigheter och behov	252
5.12.8	I ett komplext system finns inga enkla lösningar på sammanhållen vård	253

6	Förslag och bedömningar.....	255
6.1	Sammanhållen god och nära vård för barn och unga.....	255
6.2	Förtydligande av skyldigheten att arbeta för att främja hälsa	257
6.2.1	Det behöver förtydligas att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa.....	257
6.2.2	Förslaget ska bidra till att det hälsofrämjande arbetet ökar.....	262
6.2.3	Bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga....	264
6.3	Nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga	271
6.3.1	Inriktningen på det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga.....	273
6.3.2	Uppdrag att sammanställa evidens för hälsofrämjande insatser.....	289
6.4	Organisation, planering och samverkan i hälso- och sjukvården som riktar sig till barn och unga	290
6.4.1	Förstärkt samverkan mellan region och skolhuvudmän	291
6.4.2	Hälso- och sjukvårdens samverkan och samordning med socialtjänst och tandvård behöver stärkas.....	296
6.4.3	Systematiskt arbetssätt med barns och ungas rättigheter och behov.....	303
6.4.4	Omställningen till en god och nära vård behöver stärkas med ett barnrättsperspektiv.....	307
6.4.5	Tryggare övergång från hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna	309
6.5	Fast vårdkontakt för barn och unga	310
6.5.1	Fast vårdkontakt är en lagreglerad funktion	310
6.5.2	Flera uppföljningar av fast vårdkontakt har gjorts.....	312
6.5.3	Om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt.....	317

6.6	Vägledning för rektorer och skolhuvudmän	330
6.7	Sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa.....	334
6.7.1	Steg 1 – Ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa	336
6.7.2	Steg 2 – Ett nationellt hälsovårdsprogram, med skärpt fokus på psykisk hälsa, som erbjuds av en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård.....	342
6.7.3	Steg 3 – Ökad tydlighet i primärvårdsuppdraget när det gäller psykiska vårdbehov hos barn och unga	344
6.7.4	Steg 4 – Stärkta kompetenser och resurser i primärvården för att möta barn och unga med psykisk ohälsa	352
6.7.5	Steg 5 – En nära och tillgänglig specialiserad vård	355
6.7.6	Steg 6 – Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskola/skola och elevhälsa behöver samordna sig kring barn och unga med stora och långvariga behov.....	359
6.8	Förutsättningar för ett samlat huvudmannaskap för barn- och ungdomshälsovården	362
6.8.1	Primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser bör inte samlas under ett regionalt huvudmannaskap	363
6.8.2	Olika huvudmannaskap för ungdomsmottagningarna har prövats.....	371
6.9	Bör regionen ansvara för sammanhållen hälsouppföljning för barn och unga?	375
6.9.1	Vissa barn och unga får inte hälsofrämjande och förebyggande insatser.....	376
6.9.2	Bör regionen ansvara för hälsouppföljningen av barn och unga?.....	380
6.9.3	Vad skulle en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman innebära?	382

6.9.4	Konsekvensbeskrivningar av sammanhållen hälsouppföljning.....	402
7	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	411
8	Konsekvensanalyser av utredningens förslag	413
8.1	Utredningens uppdrag och problembeskrivning.....	413
8.2	Konsekvenser för barn och unga	416
8.2.1	Barnkonsekvensanalys	416
8.2.2	Konsekvenser för unga personer över 18 år	420
8.3	Samhällsekonomiska konsekvenser.....	421
8.3.1	Ekonomiska och andra konsekvenser för staten.....	423
8.3.2	Ekonomiska och andra konsekvenser för regioner.....	424
8.3.3	Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna	425
8.4	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	426
8.5	Konsekvenser för vårdens professioner	427
8.6	Konsekvenser för företagen.....	429
8.7	Konsekvenser för sysselsättningen.....	431
8.8	Konsekvenser för jämlikhet och jämställdhet mellan könen och de integrationspolitiska målen	431
8.9	Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet	433
8.10	Konsekvenser för miljön.....	434
8.11	Konsekvenser för EU-rätten	434
8.12	Konsekvenser för den personliga integriteten.....	435
8.13	Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag.....	437
8.13.1	Inledning.....	437
8.13.2	Metodfrågor	438
8.13.3	Utgångsläget.....	443

8.13.4	Förslagets kostnader.....	448
8.13.5	Förslagets kostnader och intäkter till följd av ökad inriktningseffektivitet	452
8.13.6	Utförarnivån	457
8.13.7	En kvantitativ sammanställning.....	460
8.13.8	En sammanfattande kvalitativ bedömning av förslagen	464
8.13.9	Avslutande diskussion.....	466
9	Författningskommentarer	467
9.1	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	467
9.2	Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)	470
	Referenser	473
	Bilagor	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2019:93	501
Bilaga 2	Sammanställning av barns förslag till utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (SOU 2019:05).....	519
Bilaga 3	Rapport God och nära vård.....	543
Bilaga 4	Att organisera för jämlik hälsa, effektivitet och investeringar för framtiden.....	569
Bilaga 5	Underlag till överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri BUP	663
Bilaga 6	Sammanställning dialogmöten	675

Sammanfattning

Sverige behöver en hälsoreform som börjar med barnen!

Just nu pågår en av de största omställningarna av hälso- och sjukvården på många decennier med syfte att skapa en god och nära vård. Denna process behöver systematiskt beakta barns rättigheter enligt Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnskonventionen). Som ett led i detta tillsattes utredningen En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Utredningen lämnar förslag som ger regeringen möjlighet att bana väg för en hälsoreform för barn och unga i Sverige som ska bidra till att minska fragmentiseringen och glappen i hälso- och sjukvården och bryta trenden med ökad psykisk ohälsa hos barn och unga. Utredningen föreslår att det hälsofrämjande arbetet ska förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen och att ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga tas fram och implementeras i hälso- och sjukvården. Programmet ska bidra till att barns och ungas hälsa och utveckling kontinuerligt följs upp och stötts på ett likvärdigt sätt och med kvalitet under hela uppväxten, från graviditet till vuxen ålder. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska vara i fokus och utgöra en plattform för tidiga samordnade insatser med möjlighet till fördjupade insatser inom övrig vård och omsorg vid behov. Utredningen föreslår vidare att lagstiftningen kring fast vårdkontakt till barn och unga skärps samt att ett tydligt krav på samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet införs. Sex steg beskriver också hur barn och unga med psykisk ohälsa kan få ett mer ändamålsenligt och samordnat stöd i vården. Sammantaget bildar detta ett mer ändamålsenligt och resurseffektivt system som främjar hälsan hos barn och unga och frigör resurser till de som har störst behov. Ett fortsatt och mångårigt arbete på alla nivåer kommer dock att krävas i vård och omsorg om detta ska kunna bli den vändpunkt

och den nationella samling som behövs. Pandemins effekter på barn och unga har ökat angelägenheten i att detta arbete påbörjas nu.

Uppdrag och genomförande

Utredningen En sammanhållen god och nära vård för barn och unga har haft i uppdrag att se över förutsättningarna för en mer sammanhållen vård för barn och unga. Syftet är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (BUP). I enlighet med direktivet har utredningen prövat lämpligheten och möjligheten med ett samlat huvudmannaskap för vissa primärvårdsaktörer och elevhälsans medicinska insatser (dir 2019:93).

Utredningsarbetet har huvudsakligen bedrivits i dialog med företrädare för berörda myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), huvudmän, professioner och barn och unga.

Utredningen har genomfört särskilda insatser för att göra barn och unga delaktiga i utredningsprocessen. I samarbete med Bris och Tilia har över 800 barn och unga bidragit till utredningens arbete. Med stöd av Bris egen metod Expertgrupp barn genomfördes fyra expertgrupper på olika högstadieskolor i Göteborg, Umeå och Linköping i årskurs 7–9. Samtalet med barn och unga byggde på ett strukturerat arbetssätt och ett antal frågeställningar om hälsa och vilket stöd som barn och unga efterfrågar från skolan, elevhälsan och hälso- och sjukvården i övrigt. För att utredningen skulle få en fördjupad insikt och kunskap om barns och ungas psykiska hälsa har utredningen dessutom genomfört ett samarbete med Tilia, en ideell organisation som arbetar för ungas psykiska hälsa.

Utredningsarbetet har till övervägande del genomförts under en pågående pandemi. Detta har medfört vissa begränsningar i utredningens arbete och olika möten har genomgående hållits i digital form.

Börja med barnen!

Barndomen är en unik period i livet, präglad av anknytning, beroende, tillväxt, utveckling och varierande autonomi. Tidsperspektivet är långt och händelser i barndomen kan ge livslånga konsekvenser. Barn är mer sårbara och systemberoende än vuxna och därför behöver hälso- och sjukvården arbeta familjecentrerat utifrån ett helhetsperspektiv med kunskap om barnets närmiljö. Vårdnadshavare och nära viktiga vuxna har en central roll i barns och ungas liv. Att få en bra start i livet främjar en allsidig utveckling, stärker färdigheter och ger förutsättningar för en god hälsa och välbefinnande under hela livet. Att barn ges förutsättningar för en hälsosam utveckling ger vinster för individ, familj och hela samhället. Om barns problem hanteras rätt i ett tidigt skede bidrar det till goda förutsättningar för hälsa, utveckling och lärande under uppväxtåren, men också för livskvalitet, mående, autonomi, föräldraskap och arbetsliv i vuxen ålder. *Därför måste vi börja från början, med barnen.*

Barns och ungas hälsa

Barn och unga i Sverige har generellt en god hälsa. De flesta barn och unga uppger själva att de har en bra eller mycket bra hälsa. Andelen minskar dock med stigande ålder och en lägre andel flickor i åldrarna 13 och 15 rapporterar att de har en mycket bra hälsa jämfört med pojkarna i samma ålder. Ojämligheter i hälsa hos barn och unga rapporteras också på grund av olika livsvillkor och skilda möjligheter.

Hälsan hos barn och unga liksom hos befolkningen kan ses som ett samspel mellan individ och samhälle. En individs hälsa är beroende av faktorer hos individen, till exempel kön, ålder, ärftlighet med mera, men också av andra faktorer som relationer, uppväxt- och levnadsförhållanden, levnadsvanor, utbildning, samt samhällets stödssystem.

För att uppnå en god och jämlik hälsa krävs att människor ges likvärdiga villkor och förutsättningar. Risk- och skyddsfaktorer är centrala begrepp för att beskriva vad som påverkar utvecklingen av ohälsa hos barn och unga. Riskfaktorer är sådana förhållanden som ökar sannolikheten för att ett barn eller ung person ska utveckla problem. Skyddsfaktorerna är motsatsen och är de förhållanden som ökar barnets eller den unges motståndskraft mot belastningar eller

dämpar effekten av riskfaktorer. För att minska skillnader i uppväxtvillkor är tidiga insatser i hem-, förskole- och skolmiljön av stor vikt.

Omkring 2 miljoner individer är mellan 0 och 17 år i Sverige och utgör cirka 20 procent av befolkningen. Barn och unga med långvariga och stora vårdbehov utgör ungefär en femtedel av barnpopulationen. Skillnaderna inom gruppen är stora när det gäller medicinsk komplexitet, funktionsnedsättning och resursbehov. Av barn med långvariga och stora behov har ungefär en femtedel tre eller fler kroniska diagnoser. Andelen barn och unga med psykiatriska tillstånd såsom depression, ångest och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har ökat över tid och därmed också antalet barn och unga som behandlas med psykofarmaka.

Psykiska besvär hos barn och unga ökar också, framför allt i skolåldern. Fler yngre barn än tidigare rapporterar psykiska besvär som nedstämdhet och sömnsvårigheter. Flickor i alla åldersgrupper och pojkar i 15-årsåldern uppger att de upplever en ökad skolstress som relaterar till psykiska och somatiska symtom. Unga hbtq-personer har en ökad risk för psykisk ohälsa, särskilt depression, ångest och självmordsbeteende jämfört med unga heterosexuella och cispersoner¹.

För närvarande pågår en pandemi som kommer att få långtgående effekter på barns och ungas hälsa under många år framåt i tiden. Även om pandemin vanligen inte drabbar barn och unga genom egen sjuklighet, har barn och unga på flera sätt påverkats av de samhällsförändringar som följt. I Sverige har många barn och unga fått en förstärkt utsatthet i hemmet och en försämring av den psykiska hälsan under krisen. Det har blivit tydligt att pandemin slår hårdast mot barn och unga som redan innan krisen befann sig i en utsatt situation eller hade psykisk ohälsa.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Med *hälsofrämjande insatser* avses åtgärder för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Ett hälsofrämjande förhållningssätt kännetecknas av ambitionen att identifiera, stärka och ta hänsyn till individens egna resurser och mål för att främja sin

¹ Cispersoner = personer vars kön som tilldelats vid födseln överensstämmer med det juridiska, sociala och upplevda könet

hälsa och förebygga och hantera sjukdom. Det innebär också ett salutogent perspektiv som ökar individens delaktighet och tilltro till den egna förmågan. Förhållningssättet ska genomsyras av dialog, delaktighet och jämlikhet i mötet med individen.

Med *förebyggande insatser* avses åtgärder för att förhindra uppkomsten sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem och på så sätt minska risken för ohälsa. Målet är att stärka skyddsfaktorernas och minska riskfaktorernas inverkan på hälsan.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser kan ges på universell, selektiv och indikerad nivå. På universell nivå avses insatser som riktas till alla i en population. På selektiv nivå riktas insatser till riskgrupper. Insatser på indikerad nivå riktas till individer som behöver fördjupade insatser.

Med *hälsouppföljning* avses insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa, identifiera vårdbehov och att initiera insatser.

Hälso- och sjukvård för barn och unga – ett komplext system

Mödrahälsovård och *barnhälsovård* utgör en del av primärvården. Regionerna är huvudmän och beslutar om mål, prioriteringar, uppdrag, budget och driftsramar för verksamheten. Mödrahälsovården och barnhälsovården arbetar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande och med hälsouppföljning och föräldraskapsstöd. Mödrahälsovården svarar för uppföljning av barns hälsa från tillblivande till födsel. Barnhälsovården svarar för sådan uppföljning vanligtvis under barnets första fem år.

Från det år barnet börjar förskoleklass vilar ansvaret för hälsouppföljning på *elevhälsans medicinska insatser*. Elevhälsan och dess medicinska insatser regleras i skollagen (2010:800). Av skollagen framgår att eleverna i de obligatoriska skolformerna och gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska ha tillgång till elevhälsan och att elevhälsa bland annat omfattar medicinska insatser. För de medicinska insatserna ska det finnas tillgång till skolläkare och skolsköterska. Elevhälsan ska främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande och stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Den verksamhet som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser definieras i regel som hälso- och sjukvård. Den som bedriver hälso-

och sjukvård inom elevhälsa är vårdgivare, ofta är det skolhuvudmannen. Elevhälsans medicinska insatser omfattas därmed av de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller vårdgivare.

Ungdomsmottagningarna organiseras på flera sätt och huvudmannskapet för ungdomsmottagningar skiljer sig åt över landet. Det är vanligast att regionen är huvudman, då en stor del av verksamheten innehåller medicinska insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det förekommer även att kommuner driver ungdomsmottagning och levererar då insatser enligt socialtjänstlagen.

Primärvården ansvarar för att tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. I primärvårdens grunduppdrag ingår förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens som patientens individuella behov och förutsättningar. Primärvården har också, från den 1 juli 2021, ett skärpt samordningsansvar för olika insatser. Vård- eller hälsocentralen utgör i dag primärvårdens kärnverksamhet och ansvarar för grundläggande behandling i alla åldrar inklusive barn och unga. Många kommuner och regioner har under de senaste åren arbetat med att bygga upp en *första linje* som ansvarar för barn och unga med lindrig till måttlig psykisk ohälsa oavsett orsak.

Den specialiserade vården för barn och unga består av en mängd specialistverksamheter och specialistkompetenser, som varierar i utformning över landet. Utredningen ser barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomsmedicin och barn och ungdomshabiliteringen som de mest relevanta aktörerna för utredningens systemöversyn.

Barn- och ungdomspsykiatri riktar sig till barn och unga upp till 18 år med medelsvåra till svåra psykiatriska tillstånd där funktionsnivån i vardagen är påverkad. Barn- och ungdomspsykiatri ska erbjuda god tvärprofessionell kompetens för utredning, differentialdiagnostik och behandling av barn och ungdomar utifrån symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosocial situation.

Barn- och ungdomsmedicin tillhandahåller planerad och akut specialiserad barn- och ungdomssjukvård. Specialiteten består av många olika grenspecialiteter. Barn- och ungdomsmedicinsk vård är tvärprofessionell och präglas av en helhetssyn på barn och unga vars hälsa och utveckling som är beroende av många kringliggande faktorer. Den medicintekniska utvecklingen har också skapat nya vårdbehov och möjligheter att utreda och behandla olika kroniska sjukdomar. Sjukdoms-

tillstånden är i dag alltmer komplexa och kroniska tillstånd blir allt vanligare.

Barn- och ungdomshabiliteringen arbetar med prevention, utredning, diagnostik, behandling, habilitering och rehabilitering vid medfödda och förvärvade sjukdomar och skador i nervsystemet. I uppdraget ingår att stärka patientens förmåga att hantera sin situation, och ge verktyg och strategier som kompenserar patientens funktionsnedsättning. En ny målgrupp som vuxit till antalet är barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

I ett komplext system finns inga enkla lösningar för en sammanhållen vård

Enligt direktivet ska utredningen se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet.

Bakgrunden till uppdraget är problem med en fragmentiserade hälso- och sjukvården utan tillräcklig koordinering på nationell, regional och lokala nivå. Detta leder till att barn och unga inte alltid får sina behov av vård tillgodosedda. Fragmentiseringen är särskilt tydlig på primärvårdsnivå där det förekommer en rad olika huvudmän och vårdverksamheter som ansvarar för hälsouppföljning och vårdinsatser för barn och unga under olika delar av uppväxttiden. Till dessa verksamheter hör ett antal primärvårdsaktörer med regionen som huvudman, mödrahälsovården, barnhälsovården och ungdomsmottagningarna samt elevhälsans medicinska insatser som tillhandahålls i skolor ofta i skolhuvudmannens regi. Ungdomsmottagningarna arbetar ofta utifrån otydliga uppdragsbeskrivningar från respektive huvudman och tillgängligheten till ungdomsmottagningarnas verksamhet varierar över landet. För barn och unga med psykisk ohälsa tillkommer dessutom ett antal första linjeverksamheter som är organiserade på olika sätt i landet. Det finns stora brister i likvärdigheten, inte minst gäller det förutsättningarna för elevhälsans medicinska insatser att tillhandahålla hälsofrämjande och förebyggande insatser på likvärdiga grunder i landet.

Hälsouppföljningen av barn och unga är inte heller sammanhållen och insatser skiljer sig åt både mellan vårdverksamheter och över tid

under barns och ungas uppväxt. Det finns brister när det gäller tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser, särskilt för barn och unga i skolåldern. Skolans elevhälsa har alltmer utvecklats mot att hantera skolsvårigheter och stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Barn och unga kan dock behöva hälsofrämjande och förebyggande insatser oavsett sina skolresultat. Inte heller barn och unga som vare sig arbetar eller studerar efter fullgjord skolplikt tas om hand naturligt i systemet. Det finns också brister i samverkan mellan vårdverksamheterna, både inom de verksamheter som i första hand tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser, dvs. primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser och mellan dessa aktörer och den övriga hälso- och sjukvården som huvudsakligen bistår med vård och behandling. Bristande samverkan leder till att barns och ungas vårdinsatser inte samordnas i tillräckligt hög grad och att barn bollas mellan olika vårdverksamheter.

För att komma tillrätta med problemen med fragmentisering och tillgången till jämlik vård har utredningen utrett flera alternativa möjligheter. I enlighet med direktivet har lämpligheten och möjligheten med ett samlat huvudmannaskap för de aktuella vårdverksamheterna prövats. Utredningen har dock bedömt att det inte finns tillräckliga förutsättningar för ett sådant samlat huvudmannaskap. Utredningen har även prövat förutsättningarna för en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman men även när det gäller detta bedömt att tiden inte är mogen för en sådan förändring.

För att öka förutsättningarna för en mer sammanhållen god och nära vård och likvärdig tillgång till de verksamheter som erbjuder hälsofrämjande och förebyggande insatser har utredningen även övervägt möjligheten att lagreglera vissa eller samtliga av de berörda primärvårdsverksamheterna. Utredningen har dock gjort bedömningen att en sådan lagreglering skulle innebära en inskränkning i regioners och kommuners möjligheter att planera och organisera hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att det i stället är centralt att säkra tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga under hela uppväxttiden samt samordning och koordinering av det sådana insatser på nationell nivå. Dessutom bedömer utredningen att det behövs ytterligare åtgärder för att stärka samverkan mellan de aktuella vårdverksamheterna och samordning av vårdinsatser för barn och unga.

Utredningens bedömningar och förslag

Hälsofrämjande arbete befästs i lag

Utredningen bedömer att det behövs en tydligare och mer enhetlig styrning av hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga. Utgångspunkten ska vara att ett helhetsperspektiv på hälsa där alla barns och ungas behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser ska säkras under hela uppväxttiden oavsett bostadsort, sysselsättning, val av skola eller vårdenhet. Utredningen föreslår därför ett förtydligande i lag av att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete med att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. På så sätt kan en mer sammanhållen och likvärdig vård i ett fragmentiserat och komplicerat system komma till stånd.

Nationellt hälsovårdsprogram från 0–20 års ålder

Utredningen föreslår dessutom att ett nationellt hälsovårdsprogram som tar ett helhetsgrepp om barns och ungas hälsa, utveckling och välmående under hela uppväxttiden, ska tas fram. Samtliga berörda myndigheter, huvudmän för hälso- och sjukvård och skola, professions-, patient- och närståendeorganisationer bör vara delaktiga i detta arbete. Det nationella hälsovårdsprogrammet ska vara vägledande för verksamheterna och tydliggöra vad barn och unga och deras vårdnadshavare kan förvänta sig av barn- och ungdomshälsovården i form av hälsofrämjande och förebyggande insatser. I detta ska hälsouppföljning, hälsobesök och föräldraskapsstöd vara centrala beståndsdelar som bör erbjudas under hela uppväxttiden, från graviditet till vuxen ålder. Syftet med hälsovårdsprogrammet är också att vara det sammanhållande kitt som binder samman de verksamheter inom primärvården och elevhälsans medicinska insatser som i dag utgör barn- och ungdomshälsovården, och bidra till att verksamheterna arbetar utifrån samma mål och uppdrag.

En nationell samling kring ett hälsovårdsprogram statuerar att samhället börjar med barnen och tydliggör den grundläggande plattformen i hälso- och sjukvården som behövs för att barns och ungas behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser ska kunna

tillgodoses. Det lägger också grunden för att barn och unga med mer omfattande behov ska kunna uppmärksammas och insatser sättas in i ett tidigt skede. Det stärker därmed även primärvårdens uppdrag som bas i hälso- och sjukvården och elevhälsans centrala uppdrag när det gäller hälsa, utveckling och välmående. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen och skolhuvudmännen behöver skapa förutsättningar för att ett partnerskap kan utvecklas mellan primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser. Dessutom behövs förutsättningar för att den specialiserade vården kan utgöra ett konsultativt stöd för primärvården och elevhälsan.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) ska få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa.

Ansvar för skolhuvudmän och rektorer behöver tydliggöras

Utredningen konstaterar att det förekommer brister när det gäller vårdgivaransvaret i skolverksamheten avseende till exempel det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Kunskapen om hälso- och sjukvårdslagstiftningen är i vissa fall otillräcklig och skolhuvudmän som är vårdgivare utför inte alltid sina skyldigheter i enlighet med gällande regelverk.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att utforma en vägledning om skolhuvudmäns och rektorers ansvar när det gäller hälso- och sjukvård. Vägledningen ska sammanställa de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller för hälso- och sjukvårdsverksamheten inom elevhälsan och ge vägledning om hur dessa bestämmelser ska tolkas. I vägledningen bör även ingå tydlig information om vad bestämmelsen om fast vårdkontakt innebär för skolverksamheterna.

Hälso- och sjukvården behöver stärka sin samverkan med andra aktörer för barns och ungas hälsa

Myndighetsrapporter visar att det på många håll brister när det gäller samverkan och samordningen av vårdinsatser för barn och unga. Detta är särskilt tydligt när det gäller samverkan mellan primärvården, barn- och ungdomspsykiatri och elevhälsan. När samverkan brister mellan vårdens aktörer lämnas familjer och barn och unga att själva samordna vårdinsatserna och att fungera som informationsbärare.

Samverkan med skolhuvudmän behöver utvecklas

Utredningen ser behov av en mer strukturerad samverkan mellan de regionala hälso- och sjukvårdshuvudmännen och skolhuvudmännen. Utredningen föreslår därför ett förtydligande i lag att regionen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården för barn och unga ska samverka med huvudmän för skolväsendet. En mer strukturerad samverkan på huvudmannanivå ska skapa förutsättningar för samordning av vårdinsatser mellan de aktuella vårdverksamheterna.

Samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver stärkas

Utredningen ser behov av att samverkan mellan hälso- och sjukvården för barn och unga och socialtjänsten stärks. Utredningen konstaterar att det finns juridiska förutsättningar för samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men att huvudmännen behöver se till att samverkan utvecklas på alla nivåer i systemet i syfte att ändamålsenligt samordna vård- och omsorgsinsatser för barn och unga.

Hälso- och sjukvården och tandvården behöver samordna sina insatser

Regionen bör i sitt arbete med att planera hälso- och sjukvård och tandvård för barn och unga utgå från en bred ansats för barns och ungas hälsa. Utredningen ser därför behov av att regionen skapar

förutsättningar för att hälso- och sjukvården och tandvården samordnar sina vårdinsatser som riktas till barn och unga. Samordning behöver ske på alla nivåer i systemet för att barns och ungas vårdbehov ska kunna tillgodoses. Utredningen bedömer att det finns goda förutsättningar att stärka utvecklingen mot en mer samordnad hälso- och sjukvård och tandvård, eftersom regionen är huvudman för både hälso- och sjukvården och tandvården.

Patientkontrakt behöver utvecklas för att anpassas till barns och ungas behov

Regeringen har tagit initiativ till ett utvecklingsarbete med patientkontrakt. Patientkontrakt ska på sikt utgöra en sammanhållen överenskommelse över patientens samtliga vård- och omsorgsin-satser och visualiseras via 1177 Vårdguiden. Utredningen anser att patientkontrakt kan vara ett värdefullt verktyg för att underlätta samordningen av barns och ungas vårdinsatser. Utredningen be-dömer dock att arbetet med patientkontrakt behöver utvecklas för att i högre grad anpassas till barn och ungas behov. I detta bör ingå att pröva hur elevhälsan kan medverka som en aktiv part i arbetet.

Barns rättigheter och behov behöver beaktas systematiskt när regionen planerar och organiserar hälso- och sjukvården

Utredningen konstaterar att hälso- och sjukvården inte alltid möter barns och ungas behov. Vid planering och utformning av hälso- och sjukvården som helhet utgör vanligen vuxna norm, vilket riskerar att bli alltför begränsat för att tillgodose barns och ungas rättigheter och behov. Personcentreringen behöver öka i hälso- och sjukvården för barn och unga, för att skapa förutsättningar för delaktighet vid beslut om vård och behandling. Barn och unga upplever i ofta att de inte får förutsättningar att vara delaktiga på sina egna villkor.

Systematiskt arbetsätt för att tillgodose barns och ungas rättigheter och behov av delaktighet

Utredningen bedömer att regionen på ett tydligare och mer systematiskt sätt behöver integrera barns och ungas rättigheter och behov i planeringen av hälso- och sjukvården, för att i sin organisation göra de anpassningar som krävs.

Barns och ungas och deras närståendes delaktighet vid planeringen och utformningen av hälso- och sjukvården behöver säkerställas på alla nivåer i enlighet med barnkonventionens bestämmelser. Det handlar om delaktighet när hälso- och sjukvården organiseras och planeras. Det kan till exempel ske genom dialoger eller referensgrupper. Det handlar också om att skapa förutsättningar för att barn och unga ska kunna vara delaktiga i sin egen vård och behandling.

Omställningen till en god och nära vård behöver stärkas med ett barnrättsperspektiv

Utredningen bedömer att den pågående omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård behöver kompletteras och förstärkas utifrån barnets rättigheter enligt barnkonventionen. Det gäller såväl på nationell som regional och lokal nivå.

Omställningen till en god och nära vård är en omfattande reform som kommer att få stor betydelse för befolkningens tillgång till vård. Det är därför mycket angeläget att alla aspekter av omställningsarbetet analyseras ur ett barnrättsperspektiv. Utredningen bedömer att barnrättsperspektivet behöver synliggöras i överenskommelser med SKR och i uppdrag till myndigheterna som har en roll i omställningen. Dessutom bedömer utredningen att huvudmännens handlingsplaner för omställningen bör analyseras och kompletteras ur ett barnrättsperspektiv.

Tryggare övergång från hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna

Utredningen bedömer att ett nationellt kunskapsstöd som stödjer en trygg övergång från barn- till vuxensjukvård behöver tas fram och att det lämpligen genomförs inom ramen för regionernas organisation för kunskapsstyrning.

Hälso- och sjukvårdens ansvar att utse fast vårdkontakt skärps

Utredningen ser behov av att skärpa kraven på att utse en fast vårdkontakt för barn och unga inom den regionfinansierade hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår därför att det ska framgå av patientlagen att det ska utses en fast vårdkontakt för en patient som inte har fyllt 21 år, om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa

Utredningen presenterar sex steg som behöver vidtas för att utveckla hälso- och sjukvården för barn och unga med psykisk ohälsa, både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Målet är att alla barn och unga ska få insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykisk ohälsa. Insatserna ska ges på universell nivå och riktade insatser ska ges till de som behöver få mer fördjupade insatser. Målet är också att utveckla den nära vården, där de olika vårdnivåerna samspelar med varandra i vård, stöd och behandling.

Steg 1 handlar om ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa. Hela samhället har ett ansvar för hur den psykiska hälsan i befolkningen utvecklas. Hälso- och sjukvården behöver ha ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa samt initiera och aktivt delta i breda hälsofrämjande insatser och tvärspektoriell samverkan för att främja psykisk hälsa. Hälso- och sjukvården behöver ha en beredskap för att möta barn och unga tidigt, på deras villkor och utifrån deras behov. Även förskolan och skolan har viktiga roller för barns och ungas förutsättningar att utveckla god hälsa. Det finns ett starkt dubbelriktat samband mellan studieresultat och hälsa.

Steg 2 handlar om utredningens förslag som syftar till en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Det är av central betydelse för en likvärdig vård och likvärdiga förutsättningar för hälsa och utveckling. En mer sammanhållen barn- och ungdomshälsovård som arbetar strukturerat med utgångspunkt från det tidigare beskrivna nationella hälsovårdsprogrammet skapar förutsättningar att fånga upp barn och unga med psykisk ohälsa i ett tidigt skede och förebygga en allvarlig utveckling som kan kräva mer insatser vård i ett senare skede.

Steg 3 handlar om ökad tydlighet i primärvårdsuppdraget när det gäller hälso- och sjukvården avseende psykisk ohälsa. Utredningen bedömer att förslaget från utredningen En samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) som innebär ett förtydligande av primärvårdens ansvar för vård och behandling för psykiska vårdbehov bör genomföras. Huvudmännen behöver komma överens om vilka psykiska vårdbehov som ska mötas i primärvården och vilka kompetenser som behövs för uppdraget. Utredningen bedömer dessutom att pågående och utbyggda projekt kring första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa behöver integreras i primärvårdsuppdraget. Det är en förutsättning för att skapa en mer enhetlig, likvärdig och tillgänglig vård för barn och unga enligt principen en väg in.

Steg 4 handlar om stärkt kompetens och stärkta resurser i primärvården för att möta barn och unga med psykisk ohälsa. En stark primärvård med tillräcklig barnkompetens gör det möjligt att möta barns och ungas psykiska vårdbehov utifrån individuella förutsättningar och behov och att utveckla ett familjecentrerat arbetssätt som bygger på ett psykosocialt omhändertagande av hela familjen. En systematisk kompetens- och kunskapsöverföring mellan specialiserad vård och primärvård skapar förutsättningar för en alltmer ändamålsenlig barnkompetens i primärvården.

Steg 5 handlar om en nära och tillgänglig specialiserad vård. Utredningen bedömer att den specialiserade vården behöver ha en tydligare konsultativ och stöttande roll i primärvården och elevhälsan, i enlighet med inriktningen mot en nära och tillgänglig vård. Det ger en effektivare triagering av vilka barn och unga som behöver insatser i den specialiserade vården och vilka som kan få hjälp och stöd på primärvårdsnivån. Utvecklingen mot en mer nära speciali-

serad vård av barn och unga med psykisk ohälsa, bidrar också till att höja primärvårdens kompetens att möta psykisk ohälsa.

Steg 6 handlar om att den specialiserade vården för barn och unga, socialtjänsten, förskolan/skolan och elevhälsan i högre utsträckning än i dag behöver samordna sig runt barn och unga med långvariga och stora behov.

Ett samlat huvudmannaskap för vårdverksamheterna bör inte införas

I enlighet med direktivet har utredningen prövat lämpligheten och möjligheten med ett samlat regionalt huvudmannaskap för mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna, vårdcentralen och elevhälsans medicinska insatser. Utredningen har bedömt att det inte finns förutsättningar för ett sådant samlat huvudmannaskap och att skolhuvudmännen fortsatt ska vara huvudman för elevhälsans medicinska insatser. Bedömningen bygger på flera skäl. Ett helt avgörande skäl är att det innebär ett delat huvudmannaskap för elevhälsans olika verksamhetsgrenar där ett regionalt huvudmannaskap riskerar att skapa en ny gräns mellan elevhälsans medicinska insatser, de övriga verksamhetsgrenarna inom elevhälsan och den elevvårdande verksamheten i övrigt. Utredningen bedömer att en sådan förändring av huvudmannskapet skulle innebära inskränkningar i de enskilda, kommunala och de statliga skolhuvudmännens möjlighet att organisera, planera, styra och följa upp delar av skolverksamheten. En annan avgörande nackdel är de försvärande omständigheter som vård- och skolvelet innebär för regionens möjlighet att tillhandahålla de medicinska insatserna på ett samordnat sätt i skolans lokaler.

Utredningen har också prövat ett samlat huvudmannaskap för ungdomsmottagningar och funnit att den hälso- och sjukvård som bedrivs på ungdomsmottagningar endast kan ha regionen som huvudman och att socialtjänst endast kan bedrivas med kommunen som huvudman. I de fall verksamheten erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänst, behöver huvudmännen samverka utifrån respektive ansvar. Utredningen bedömer att ungdomsmottagningar som erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänst har bättre förutsättningar att ge den unge ett ändamålsenligt och brett stöd.

Regional huvudman för hälsouppföljning kan vara ett möjligt framtida vägval

Utredningen har även utrett möjligheten att införa en sammanhållen hälsouppföljning av barn och unga med regionen som huvudman. Med hälsouppföljning avses de hälsobesök som i sker i mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser. Det skulle innebära att den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen ansvarar för hälsouppföljning under barns och ungas hela uppväxttid från tillblivande till vuxen ålder. Utredningen bedömer att förslaget skulle skapa bättre förutsättningar för en mer sammanhållen och kontinuerlig och likvärdig hälsouppföljning oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare, vilket skulle gynna utvecklingen av barns och ungas hälsa och välmående. Regionerna skulle också få en överblick över barns och ungas hälsoutveckling under hela uppväxten och kunna planera och samordna hälsouppföljningen med vård- och behandlingsinsatser med utgångspunkt från barns och ungas behov på ett mer effektivt sätt. Det skulle skapa bättre förutsättningar för att samordna barns vårdprocesser när vårdbehov uppmärksammas vid hälsouppföljningen. En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle dessutom underlätta uppföljningen av hälsan på såväl individuell som aggregerad nivå på ett systematiskt sätt. Skolan skulle i högre grad kunna fokusera på elevernas utveckling mot utbildningens mål, att skapa goda lärandemiljöer och andra förutsättningar för lärande.

Utredningen bedömer dock att tiden inte är mogen för att genomföra en sådan förändring. Det beror bland annat på att primärvården ännu inte är tillräckligt resurssatt för ett sådant uppdrag. En viktig förutsättning för att en sådan sammanhållen hälsouppföljning ska kunna genomföras är regionens möjligheter att tillhandahålla hälsobesök och vaccinationer i skolan. Detta gäller särskilt för vaccinationer. Det finns hinder för en sådan utveckling till följd av skol- och vårdval. En annan viktig förutsättning är en resursstark elevhälsa med ett tydligare uppdrag att arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att främja barns och ungas hälsa och förebygga ohälsa både på grupp- och individnivå.

Utredningen bedömer att lagförslagen ovan som syftar till att skapa en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga och

det nationella hälsovårdsprogrammet ska ha högsta prioritet. Men om arbetet med det nationella hälsovårdsprogrammet inte skulle ge önskat resultat i form av effektiva samverkansstrukturer och likvärdig tillgång till programmets insatser oavsett huvudman eller vårdverksamhet bedömer utredningen att regeringen kan överväga möjligheten att införa en samlad hälsouppföljning med regionen som huvudman. Det i kräver dock att omställningen har kommit längre och att primärvården stärkts med resurser och kompetenser. Även elevhälsans resurser behöver säkras och de medicinska insatsernas roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet stärkas för att kunna stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål.

Utredningen återkommer om uppföljning

I slutbetänkandet kommer utredningen i enlighet med direktivet att återkomma till frågan om uppföljning. Det handlar både om förutsättningarna för att följa upp barns och ungas hälsa och att följa upp hur huvudmännen arbetar med att genomföra det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga och utredningens förslag i övrigt.

God och nära vård för barn och unga – enkel sammanfattning

Alla barn och unga har rätt att få stöd för att må bra och få hjälp när de inte mår bra. Men i dag arbetar många olika verksamheter med barns och ungas hälsa. Därför kan det vara svårt att veta vart man ska vända sig. Stödet kan också skilja sig beroende på var man bor eller söker vård. Den här utredningen ger förslag på hur vården för barn och unga kan bli mer sammanhållen och lika för alla.

När vården görs om behövs ett barnperspektiv

Vården i Sverige håller på att göras om. Det ska vara lätt att söka och få vård. Vården ska finnas nära patienterna och vara lika i hela landet. De som ger vård ska också samarbeta mer om patienterna och utgå från det som är viktigt för patienterna. Det här kallas en god och nära vård.

När vården görs om behöver man undersöka hur den kan bli så bra som möjligt för barn och unga. Därför har regeringen bett oss göra den här utredningen. Syftet är att ta fram förslag på hur vården för barn och unga kan bli mer sammanhållen, och hur den psykiska ohälsan bland barn och unga kan minska.

Barn och unga har hjälpt oss med utredningen

Vi som jobbar med utredningen har besökt skolor tillsammans med Bris för att prata med elever. Vi har också samarbetat med organisationen Tilia för att få veta mer om psykisk ohälsa bland barn och unga. På så sätt har vi fått veta vad mer än 800 barn och unga säger om sin hälsa och hur de tycker att vården borde fungera.

Vi har också pratat med myndigheter och personer som arbetar med barn och unga. De har berättat hur de tycker att vården fungerar nu och hur den skulle kunna fungera bättre.

Alla ska få goda möjligheter att må bra

Att barn och unga mår bra är förstås viktigt för dem själva och deras familjer, men också för hela samhället. Om barn mår bra är det större chans att de mår bra även senare i livet. Därför behöver alla få goda möjligheter att må bra redan som barn. Till exempel behöver de ha bra vuxna nära sig som kan lyssna och hjälpa till. Barn som mår dåligt behöver få hjälp tidigt, innan problemen blir ännu större.

Barnkonventionen ger också alla barn upp till 18 år en rad rättigheter som påverkar hälsan och vården. Till exempel ska det som är bäst för barnet påverka allt arbete och alla beslut som rör barnet, och barnet har rätt att uttrycka sin åsikt och bli lyssnad på.

Pandemin visar att det behövs ett bättre stöd

Coronapandemin har gjort att många barn och unga mår sämre psykiskt. Det gäller särskilt dem som mådde dåligt redan före pandemin. Det har blivit tydligt att Sverige behöver ett bättre stöd för barns och ungas hälsa – och att vi behöver börja nu.

De flesta mår bra – men psykisk ohälsa ökar

De flesta barn och unga i Sverige mår bra. Men bland äldre ungdomar är det fler som mår dåligt. Det är också fler tjejer än killar som mår dåligt. Var man bor och går i skolan påverkar också hur man mår – i utsatta områden har barn och unga större risk att må dåligt.

Allt fler barn och unga mår psykiskt dåligt. Många känner sig till exempel stressade över skolan, särskilt tjejer. Fler yngre barn än tidigare säger också att de känner sig ledsna och sover dåligt.

Fler barn och unga överlever svåra sjukdomar i dag, men behöver sedan ändå mycket hjälp under lång tid. Det gäller också de barn och unga som har kroniska sjukdomar.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete för bättre hälsa

Man kan arbeta för en bättre hälsa på olika sätt, till exempel hälsofrämjande och förebyggande. Syftet är att skapa bättre förutsättningar för att alla ska må bra.

Hälsofrämjande arbete är sådant som stärker människors egna resurser för att må bra. Det kan till exempel vara att få kunskap om hur man håller sig frisk och hur man kan undvika stress.

Förebyggande arbete är sådant som hindrar att någon drabbas av sjukdomar och andra hälsoproblem, eller som lindrar sjukdomar och hälsoproblem. Det är till exempel vaccinationer och råd om hur man kan hålla en hälsosam vikt.

Uppdelad vård skapar problem

Många verksamheter arbetar i dag hälsofrämjande och förebyggande och ger vård till barn och unga, exempelvis:

- mödrahälsovården och barnhälsovården
- elevhälsan med skolsköterskor och skolläkare
- ungdomsmottagningarna
- primärvården, oftast vårdcentralen
- specialiserad vård, till exempel barn- och ungdomspsykiatri, BUP.

Verksamheterna har olika uppdrag och styrs av olika lagar. Det här ökar bland annat risken för att barn och unga faller mellan stolarna, alltså att ingen tar fullt ansvar för den som mår dåligt. Det här kan vara särskilt jobbigt för den som mår psykiskt dåligt eller har flera problem och sjukdomar samtidigt.

Det kan också vara olika vad till exempel ungdomsmottagningarna och elevhälsan erbjuder, beroende på var man bor eller går i skolan. Det innebär att alla inte har samma förutsättningar för att ha en god hälsa.

Våra förslag och rekommendationer

Här sammanfattar vi utredningens huvudförslag och räknar kort upp några av våra andra förslag och rekommendationer. Vi presenterar också sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa.

Förtydliga vad som gäller om hälsofrämjande och förebyggande arbete

Barn och unga behöver få hälsofrämjande och förebyggande vård. Vi föreslår därför regler som gör att vårdens ansvar för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet mot barn och unga blir mer lika över landet och i olika skolor. Då kan vården bli mer sammanhållen och lika för alla, även om den är uppdelad på flera verksamheter.

Ta fram ett hälsovårdsprogram som säger vad alla bör få

Vi föreslår ett hälsovårdsprogram som gör det tydligt vad barn och unga och deras föräldrar bör erbjudas, exempelvis vilka hälsobesök och vilket stöd de bör få under hela uppväxten.

Programmet gör det också tydligt för vården och elevhälsan vad de bör göra och hur de kan hjälpas åt för att ge barnen och föräldrarna så bra stöd som möjligt.

Det här gör att vården för barn och unga blir mer lika, oavsett var i landet de bor eller vilken skola de går i. Det blir också lättare att tidigt hitta och hjälpa de barn och unga som mår dåligt.

Fler förslag och rekommendationer i korthet

- Gör det enklare för barn och unga att få en fast vårdkontakt, alltså en person som hjälper till att samordna vården.
- Stärk samverkan mellan vården och skolan.
- Stärk samverkan mellan vården, socialtjänsten och tandvården.
- Gör barn och unga mer delaktiga i att planera och utforma vården.
- Skapa en tryggare övergång från vård för barn till vård för vuxna.

Sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa

Vi föreslår att vården för barn och unga som mår psykiskt dåligt utvecklas i sex steg:

1. Hela samhället har ett ansvar för den psykiska hälsan. Exempelvis är förskolan och skolan viktiga för att minska risken att barn och unga börjar må dåligt.
2. En sammanhållen vård som arbetar utifrån hälsovårdsprogrammet kan tidigt hitta och hjälpa barn och unga med psykisk ohälsa.
3. Primärvården får ett tydligare ansvar. De som mår psykiskt dåligt ska kunna vända sig dit i första hand.
4. Primärvården får bättre kunskap och resurser för att möta barn och unga med psykisk ohälsa och deras familjer.
5. Den specialiserade vården bör stötta primärvården och elevhälsan, och hjälpa till att avgöra vilka som kan få hjälp av primärvården och vilka som behöver specialiserad vård.
6. Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskolan och skolan behöver samarbeta kring barn och unga som behöver mycket hjälp under lång tid.

Förslagen lämnas till regeringen

Våra förslag innebär att lagar behöver skrivas om. Förslagen lämnas nu till regeringen. Regeringen väljer om de vill lämna förslag om ändrade lagar till riksdagen. Om riksdagen godkänner ändringarna i lagarna blir våra förslag verklighet.

Verksamheter som arbetar med barn och unga runt om i landet får också tycka till om förslagen och rekommendationerna. Vi hoppas att de tycker som vi och att alla kan börja jobba mot samma mål.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) att 3 kap. 2 §, 6 kap. 2 § och 7 kap. 7 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

2 §¹

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att *främja hälsa och* förebygga ohälsa.

6 kap.

2 §²

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,

2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning,

3. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns 3. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns

¹ Senaste lydelse 2017:30.

² Senaste lydelse 2017:30.

behov av katastrofmedicinska insatser, *och*

4. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.

behov av katastrofmedicinska insatser,

4. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda, *och*

5. hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

7 kap.

7 §³

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga ska regionen särskilt samverka med huvudmän inom skolväsendet.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

³ Senaste lydelse 2019:973.

1.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientlagen (2014:821) att 1 kap. 2 § och 6 kap. 2 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

2 §¹

Bestämmelserna i 1 kap. 9 §, 6 kap. 4 § och 7 kap. 1 och 2 §§ gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller en kommun som huvudman.

Bestämmelserna i 2 kap. 3 och 4 §§, 6 kap. 3 §, 8 kap. 1 § och 9 kap. 1 § gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

Bestämmelserna i 2 kap. 3 och 4 §§, 6 kap. 2 § *andra stycket*, 6 kap. 3 §, 8 kap. 1 § och 9 kap. 1 § gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

6 kap.

2 §²

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det, eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

¹ Senaste lydelse 2019:964.

² Senaste lydelse 2014:821.

1.3 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) att det ska införas en ny paragraf, 8 kap. 3 §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 kap.

3 §

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2022.

2 Utredningens uppdrag, utgångspunkter och genomförande

2.1 Utredningens uppdrag

Regeringen tog den 28 november 2019 beslut om direktiv om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (dir 2019:93).

Enligt direktiven ska utredningen se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, BUP.

I detta ingår bland annat att:

- utreda förutsättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur en sådan reform ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt,
- bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, till exempel genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården,
- föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll,

- i dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå,
- ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri, med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), och
- lämna nödvändiga författningsförslag och säkerställa att de förslag som ämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

Barnrätts- och ungdomsperspektivet ska beaktas i utredningen och konsekvenser för barn och unga ska belysas. Utredaren ska särskilt belysa hur eventuella organisatoriska förändringar påverkar elevhälsan och ungdomsmottagningarna och förutsättningarna att stödja barn och unga. Utredaren ska även belysa och analysera konsekvenserna av förslagen för barn och unga, med särskilt fokus på grupper som i dagens system inte får sina behov av sjukvårdande och hälsofrämjande insatser tillräckligt tillgodosedda, bland andra späda barn, barn och unga med psykisk ohälsa och barn och unga med funktionsnedsättningar, kroniska sjukdomar och samsjuklighet som har behov av samordnade insatser från olika aktörer.

2.1.1 Avgränsningar

Utredningens uppdrag är brett och rör flera huvudmän och ett stort antal vårdverksamheter inom hälso- och sjukvårdens och skolans område. Det har därför varit nödvändigt att avgränsa dess innehåll och omfattning.

Uppdraget tar i första hand sikte på verksamheter som tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga, det vill säga mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna, nedan benämnd barn- och ungdomshälsovården. Särskilt fokus läggs också på primärvården medan den övriga hälso- och sjukvården inte fått samma utrymme i utredningen. Utredningen beaktar dock den specialiserade vården och synliggör den i flera bedömningar. Det beror på att den specialiserade vården är en stor del av vårdsystemet och den

nära vården i enlighet med den omställningsprocess som nu pågår i hälso- och sjukvården. När det gäller uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bland annat psykisk ohälsa, ingår dessutom uttryckligen insatser som ska bidra till att korta köerna till barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Utredningen menar att psykisk hälsa kan vara ett strategiskt område för insatser eftersom det rör hela hälso- och sjukvårdssystemet, hälsovården i primärvården, den specialiserade sjukvården, elevhälsans medicinska insatser i skolan och socialtjänsten. Det är också ett område där det finns stora problem framför allt när det gäller samordning av vårdinsatser och ansvarsfördelning mellan de berörda vårdverksamheterna. Dessutom finns anledning att särskilt titta på detta område mot bakgrund av att barn och unga med psykisk ohälsa är en ökande grupp i samhället. Tandvården och socialtjänsten ingår inte i utredningens huvudsakliga uppdrag.

Med barn avses i Sverige varje människa under 18 år, enligt barnkonventionens artikel 1 jämfört med 9 kap. 1 § föräldrabalken och det är i denna mening som begreppet barn används av utredningen genomgående i betänkandet. Begreppet unga har inte en lika självklar innebörd. Utredningen använder begreppet både för lite äldre barn, det vill säga personer som ännu inte fyllt 18 år, men framförallt för att beskriva unga vuxna som fyllt 18 år, ibland utan någon skarp övre åldersgräns. Utredningen är dock tydlig med att det med barn och unga i utredningens författningsförslag avses personer som ännu inte fyllt 21 år. Syftet med att inte begränsa förslagen till 18 år är att utredningen anser det motiverat att värna unga vuxna från 18 år till 21 år, liksom barn som är särskilt skyddsvärda och att gränsen vid 18 års ålder i hälso- och sjukvårdssammanhang ofta blir för tidig och skarp. I skälen till författningsförslagen motiverar utredningen varför åldersgräns vid 21 år bedömts som lämplig i de förslagen.

Förslag och bedömningar som gäller sammanhållen och samordnad vård har prioriterats eftersom det ligger i linje med utredningens uppdrag, framför till exempel förslag som leder till ökad tillgänglighet och kvalitet.

Frågor som rör specifika former av vård, omsorg och myndighetsutövning såsom tvångsvård, behandlingshem, hemsjukvård, korttidsboende och liknande ingår inte i utredningens uppdrag. I uppdraget ingår inte heller att föreslå vårdinsatser för barn och unga med specifika diagnoser, funktionsnedsättningar eller långvariga

sjukdomar. I övrigt ingår inte frågor som gäller breda samhällsområden med bäring på barns och ungas livssituation som skola, förskola, familjeförhållanden, kriminalitet, utanförskap, integration, fritidssysselsättning med mera.

Utredningen har också funnit det lämpligt att avgränsa uppdraget i förhållande till andra pågående eller nyss avslutade utredningar.

Utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) fick den 15 augusti 2019 i uppdrag att utreda förutsättningarna för en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården för personer mer lättare psykisk ohälsa (dir. 2019:49). Detta uppdrag tangerar utredningens uppdrag att bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag. De båda utredningarna har kommit överens om att gränsdragningen mellan utredningarnas uppdrag i första hand handlar om gränsen mellan barn- och vuxensjukvården och att denna gräns bör gå vid 18 års ålder.

Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) har vissa uppdrag som gäller elevhälsan. I uppdraget ingår bland annat att analysera regleringen av tillgång till elevhälsa och föreslå en ändring så att det förtydligas vad som är en acceptabel lägstanivå. Utredningen ska även föreslå hur det kan göras obligatoriskt att till en myndighet redovisa uppgifter om hur många skol-läkare, skolsköterskor, psykologer och kuratorer det finns i förhållande till antalet elever och föreslå hur denna redovisning ska gå till. Utredningarna har kommit överens om att frågor som rör elevhälsans medicinska insatsers ansvar för hälso- och sjukvård i första hand hanteras inom ramen för den här utredningen.

Den 13 augusti 2020 beslutade regeringen om en delegation för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. I delegationens uppdrag ingår bland annat att utreda om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti samt hur målet om en köfri BUP ska uppnås (dir 2020:81). I förhållande till delegationens uppdrag kommer denna utredning att föreslå insatser som ska bidra till en köfri BUP på en mer övergripande systemnivå och som ska ligga till grund för en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKR). I detta ingår inte att ta fram författningsförslag.

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) har bland annat i uppdrag att utreda och lämna förslag som rör personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. I sitt delbetänkande Informationsöverföring inom vård och omsorg (SOU 2021:04) föreslår utredningen en ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning dit bestämmelserna i patientdatalagen om sammanhållen journalföring och kvalitetsregister överförs. Utredningen lämnar även flera andra förslag, bland annat i fråga om sekretessbrytande bestämmelser. Utredningen fortsätter sitt arbete enligt direktiven (dir. 2019:37 och dir. 2020:112) och ska slutredovisa uppdraget den 31 maj 2021. Mot bakgrund av det nyligen redovisade och det pågående arbetet på området har denna utredning valt att inte fokusera på frågor om informationsdelning, personuppgiftsbehandling och sekretess i detta betänkande.

2.1.2 Tidigare utredningar ligger till grund för utredningens uppdrag

Mot bakgrund av en alltmer fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård har flera tidigare utredningar sett behov av att förutsättningarna för en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga utreds. Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar konstaterade i delbetänkandet Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar (SOU 2017:9) att hälsa har stor betydelse för ungas etablering i samhället och att många unga som varken arbetar eller studerar har haft hälsoproblem från tidig ålder. Samordnaren konstaterade också att samhället inte har kunnat möta de behov av tidiga och samordnade insatser som dessa barn och unga har, vilket har resulterat i skolmisslyckanden och svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden. Samordnaren bedömde att det fanns behov av ett förstärkt stöd och ett systemsynsätt på hälsa och vård för barn och unga. Samordnaren lyfte fram att både de generella förebyggande insatserna till alla barn och unga och de individuellt riktade insatserna behövde stärkas. Stödet borde vara likvärdigt och kompensatoriskt och systemen behövde hänga ihop från tidig ålder fram till vuxen ålder.

Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar föreslog att en statlig utredning skulle få i uppdrag att lämna förslag om hur

en sammanhängande barn- och ungdomshälsovård från 0 till 25 års ålder borde utformas som inkluderar främjande och förebyggande arbete för alla barn och unga. Samordnaren såg främst behov av att se över organiseringen av dagens stödsystem, aktörers uppdrag och mandat samt att lämna förslag om hur samhällets samlade stöd kunde organiseras för att bättre möta behov av främjande, förebyggande och åtgärdande insatser.

Kommissionen för jämlik hälsa föreslog i slutbetänkandet Nästa steg på väg mot en mer jämlik hälsa – förslag för ett långsiktigt arbete för en god jämlik hälsa (SOU 2017:47) att en utredning borde tilläts för att utreda hur en sammanhängande barn-, elev- och ungdomshälsovård skulle kunna utformas. Kommissionen menade att syftet med en sådan utredning borde vara att skapa förutsättningar för en jämlik vård genom att elevhälsans resurser samlas centralt och inte avgörs av varje skola. I den samlade barn- och ungdomsvården borde även ungdomsmottagningarna ingå. Utredningen borde utgå från befintliga aktörers organisering, deras uppdrag och mandat, samt undersöka hur ett geografiskt områdesansvar skulle kunna kombineras med befintliga vård- och skolvalssystem. Kommissionen konstaterade att mängden aktörer inom barn- och ungdomshälsovården ökar risken för fragmentisering av vårdkedjan och att det förebyggande arbetet förbises. Det offentliga systemet borde se till helheten med barnet i centrum och en samlad organisation för hälsoarbetet är nödvändig. Syftet med en samlad barn-, elev- och ungdomshälsovård borde enligt kommissionen, vara att säkerställa en jämlik tillgång till och ett sammanhållet ansvar för hälsofrämjande insatser, både generella och riktade, under hela uppväxttiden och att underlätta för vårdnadshavare att stödja barns hälsoutveckling. Vidare borde syftet vara att möjliggöra för barn att söka hjälp för sin hälsa oavsett vårdnadshavarnas resurser genom en tillgänglig form av hälsostöd i barns närhet, att minska antalet övergångar mellan olika verksamheter samt att samla kunskap, kompetens och metoder för att kunna möta barnets behov av hälsoinsatser.

SKR framhöll i rapporten Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar från 2017 att det fanns anledning att se över om vissa förändringar i organisering och arbetsätt skulle kunna bidra till att barn- och ungdomshälsovården på ett ännu mer träffsäkert sätt än i dag kan tillgodose alla flickors och pojkers rättigheter till hälsa oavsett bakgrund. SKR ansåg vidare att det borde utredas om

elevhälsan även borde omfatta barn i förskoleålder eftersom kunskapen om barnets hälsa går hand i hand med det stöd barnet får i förskolan. SKR menade också att inrättande av en ungdomshälsa för barn och unga i åldern 13–24 år behöver ses över eftersom hälsovården (via ungdomsmottagningar) för denna grupp är ojämnt fördelat i landet och för att alla flickors och pojkars rättigheter till hälsa, oavsett bakgrund skulle kunna tillgodoses.

Den nationella samordnaren för den sociala barn och ungdomsvården föreslog en barn- och ungdomsreform för en hållbar framtid, i sitt slutbetänkande. Reformen skulle bidra till att stärka barns och ungas ställning i förhållande till välfärdssektorns utbud och tillgänglighet. I reformen ingick bland annat alla barns och ungas rätt till delaktighet och medskapande i frågor som rör dem och alla barns och ungas rätt till jämlik hälso- och sjukvård samt tandvård. Reformen skulle möta barns, ungas och deras familjers behov och bidra till att förstärka ordinarie strukturer i samhället. Det handlade till exempel om att minska mellanrum mellan olika lagstiftningar, aktörer och samhällsnivåer.

Den nationella samordnaren för statens insatser på området psykisk hälsa föreslog i rapporten Ungas beställning till samhället (dnr. 2018/04669/FS), att frågan om en modell för en samlad barn- och ungdomshälsovård för barn och unga i åldern 0–25 år skulle utredas. Enligt samordnaren upplevde barn och unga med psykisk ohälsa svårigheter i kontakten med vården, det handlade både om mångfalden aktörer och bristen på samordning mellan dessa aktörer. Samordnaren lyfte fram att barn och unga efterfrågade en ingång till all barn- och ungdomshälsa och en sammanhållen vårdkedja som har barns och ungas behov i centrum. Den nationella samordnaren ansåg att det borde utredas om i första hand elevhälsan och i andra hand primärvården borde ha ansvar för att samordna barns och ungas hälsovård.

Hjälpmedelsutredningen uttryckte behov av en mer sammanhållen vård för barn och unga i betänkandet På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen (SOU 2017:43).

Även utredningar inom det utbildningspolitiska området har sett behov av insatser för att främja en mer sammanhållen vård och omsorg för barn och unga. Redan i början av 1980-talet lyfte skolförfattningsutredningen (U 1979:12) fram behovet av en mer sam-

manhållen barn- och ungdomshälsovård och föreslog att de dåvarande landstingskommunerna skulle ta över huvudmannskapet för den dåvarande skolhälsovården i grund- och gymnasieskolan. Utredningen föreslog vidare att ”vården skulle ombesörjas av landstingskommunerna med egen personal men bedrivs i skolans lokaler och i nära samarbete med skolan, dess personal, elever och elevernas föräldrar”. Ett tiotal år senare lyfte elevvårdsutredningen fram behovet av en försöksverksamhet med sådan sammanhållen barn- och ungdomshälsovård i betänkandet Från dubbla spår till elevhälsan (SOU 2000:19). Även 2015 års skolkommision pekade på behovet av en mer sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Skolkommisionen konstaterade i sitt slutbetänkande, Samling för skolan Nationell strategi för kunskap och likvärdighet (SOU 2017:35) att frågor som har bäring på barns och ungas hälsa och samhällets förutsättningar att förebygga och möta barns och ungas behov hade aktualiserats i flera statliga utredningar. Flertalet av dessa utredningar hade särskilt beaktat elevhälsans uppdrag och funktion. Skolkommisionen bedömde i likhet med dessa utredningar att det fanns ett behov av att utreda hur ett långsiktigt hållbart system som tog sin utgångspunkt i alla barns och ungas behov av stöd skulle kunna utformas.

2.1.3 Utgångspunkter

Förutom vad som framgår av direktiv och avgränsningar, har utredningen identifierat några väsentliga förhållanden och perspektiv som utgör kompletterande utgångspunkter för utredningens arbete.

Barn och unga har specifika behov och förutsättningar

Barndomen präglas av anknytning, beroende, tillväxt, utveckling och varierande autonomi. Tidsperspektivet är långt, händelser i barndomen kan ge livslånga konsekvenser. Barn och unga har olika behov i olika utvecklingsstadiet. Behoven varierar också utifrån andra aspekter, som till exempel socioekonomiska förhållanden. Barns uttryck för svårigheter, nedsatt hälsa eller sjukdom skiljer sig från vuxnas, men skiljer sig också mellan olika åldrar. Det är till exempel

stor skillnad mellan ett spädbarns uttryck vid ohälsa jämfört med en fjortonåring.

Barn är mer sårbara och beroende av det system och sammanhang som de lever i, det vill säga familj och närmiljö, än vuxna.

Även i barns behov av stöd och deras begränsning i rättslig handlingsförmåga skiljer de sig från vuxna.¹ I samhället har barn vanligtvis ingen egen röst eller eget mandat utan är beroende av goda och lyssnande vuxna talespersoner. Vårdnadshavare och nära viktiga vuxna har en central roll i barns liv.

Barn kan inte vänta, tidiga insatser ger stora vinster

Det finns åtskilligt med evidens för att tidiga insatser i livet ger vinster för individen, för familjen och för samhället. Ju tidigare man upptäcker och agerar desto större är det hälsoekonomiska utfallet.² Detta gäller för tvärssektoriella insatser mellan olika arenor i samhället som ansvarar för insatser till barn och unga och deras familjer. Hälso- och sjukvården är en sådan central arena.

Hälsofrämjande insatser tidigt i livet har historiskt sett gjort stor nytta, till exempel genom barnhälsovårdens vaccinationsprogram och fokus på näringsintag hos de små.

De allra flesta sjukdomstillstånd är också enklare att behandla tidigt i förloppet. Obehandlade kroniska sjukdomar leder ofta till förvärrade besvär, och skador som inte får läka kan ge nedsatta funktionsförmåga och långvariga besvär.

Levnadsvanor etableras ofta i tidig ålder och många risker för hälsan som beror på ohälsosamma levnadsvanor kan undvikas. En stor del av sjukvårdens samlade resurser går till behandling av olika undvikbara sjukdomstillstånd (ohälsosam vikt, cancer, hjärt-kärlsjukdomar, typ 2 diabetes).

¹ SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*.

² Heckman, J. J. (2000) 'Policies to foster human capital', *Research in Economics*, 54(1), s. 3–56.

Personcentrering och delaktighet ska gälla för barn och unga

Barn och unga ska betraktas som individer med kompetens och resurser, snarare än utifrån deras ohälsa, risk för ohälsa eller funktionsnedsättning. Barn och unga är inte heller en homogen grupp med samma behov utan insatser behöver adresseras universellt, selektivt och indikerat, det vill säga både genom breda insatser till många och mer riktat efter behov till de som behöver mer.³ Delaktighet är en grundläggande aspekt i personcentrerad vård.⁴ Det som skiljer barn från vuxna i detta hänseende är det faktum att delaktighet och stöd samt erbjudandet om vård måste anpassas efter ålder, mognad och allvarlighetsgrad.

En annan väsentlig del av personcentrerad vård är att involvera närstående.⁵ Det är särskilt angeläget när det handlar om barn och unga. Familjens hälsa, trygghet och välbefinnande är central. Vårdnadshavare är enligt föräldrabalken ansvariga för barnets hälsa fram till 18 årsdagen men under uppväxten finns också lagstadgad rätt att själv söka vård och få tillgång till sina hälsodata. Många barn lever också i utsatta förhållanden eller med bristande omsorg från vårdnadshavare, vilket gör att integritets- och skyddsaspekter blir särskilt viktiga i allt arbete som rör barn.

Arbetet med barns och ungas delaktighet i vård och behandling kräver särskild kompetens, metodik och hänsyn samt ofta mer tid. Lyssnande närvaro med tillitsfullt bemötande i mötet med barn och unga är nödvändigt för att uppnå en god delaktighet.

Holistiskt synsätt ska präglade vården

Barnet eller den unge ska ses som en hel människa – inte uppdelad i ett psyke och en kropp. Psykisk ohälsa kan ge fysisk ohälsa och tvärtom. Ett holistiskt synsätt behöver integreras i ett sammanhållet system i alla led.

³ Folkhälsomyndigheten (2019): *preventionstriangeln*.

⁴ Vårdhandboken (2021) (Hämtad 2021-02-05).

⁵ Vårdhandboken (2021) (Hämtad 2021-02-05).

Barnperspektivet före verksamhetsperspektivet

Att tillgodose barns och ungas behov av en god hälso- och sjukvård med goda resultat, är utgångspunkten. Hälso- och sjukvården som system, organisation och enskilda verksamheter finns inte till för sin egen skull utan tjänar endast syftet att möta invånarnas och patienternas behov. Systemet behöver formas i långsiktigt hållbara strukturer så att det möter behoven och skapar en jämlik vård. Då krävs att hälso- och sjukvården inte uppfattas som uppdelad i olika rum och nivåer, med gränser som utgör hinder.

Det innebär till exempel att utredningen väljer att fokusera på hur barns och ungas psykiska välbefinnande kan främjas och hur barn och unga bättre kan tas omhand vid psykisk ohälsa, snarare än hur barn- och ungdomspsykiatri kan avlastas eller bli köfri.

Barnrättsperspektivet är centralt

Barn är rättighetsbärare enligt lag. Barnets fulla människovärde och integritet ska respekteras. Barnet ska inte diskrimineras på grund av kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Barnets bästa, både på lång och kort sikt ska uppmärksammas, utredas och övervägas i alla åtgärder och beslut som berör barn. Barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling ska också beaktas. Barns röster ska höras och ges inflytande i frågor som rör dem. Information om och delaktighet i vården ska erbjudas och anpassas efter ålder och mognad. Mer om barnets rättigheter enligt barnkonventionen utvecklas i Gällande rätt, kap. 3.

Barnets perspektiv ska beaktas

Enligt barnkonventionen artikel 12 har barn rätt att höras och att uttrycka sin åsikt i alla frågor som rör barnet. Det är inte bara en rättighet för det enskilda barnet i egna ärenden, utan även för gruppen av barn, i frågor som berör dem. Barns perspektiv är deras

egna berättelser och tolkningar av sin situation, och kan därmed bidra med unik och värdefull kunskap.⁶

En sammanhållen vård är samordnad och har kontinuitet

Med sammanhållen vård avser utredningen en integrerad, effektiv och väl fungerande vård som tar ett samlat grepp om barns och ungas hälsa och utveckling under hela uppväxttiden. I en sammanhållen vård ingår att koordinera och samordna vårdinsatser från olika aktörer. En sammanhållen vård innebär att berörda vårdverksamheter samverkar för att få till stånd en samordnad vårdprocess med sömlösa övergångar där barnet eller den unge är i centrum. Samverkan i sig har inget egenvärde om det inte leder till samordning.

I en sammanhållen vård kan barnets och den unges hälsa och utveckling följas. Kontinuitet är en kvalitetsfaktor för en effektiv god och nära vård. Regeringens och den nationella inriktningen mot En nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, baseras på en stark primärvård med kontinuitet och personcentrering.⁷ I dagens situation med allt mer specialiserad vård, stor personalomsättning och svårigheter med kompetensförsörjning kan personkontinuitet också i viss mån ersättas och stöttas av data- och systemkontinuitet. Barn och unga betonar dock att det är viktigt med tillit till de vuxna som ska hjälpa, varför även personkontinuitet alltid är att eftersträva.

Omställningen till en god och nära vård – behöver anpassas för barn och unga

Samma principer som gäller för den pågående omställningen till en god och nära vård ska gälla även för hälso- och sjukvården till barn och unga. En stärkt primärvård ska vara navet i hälso- och sjukvården och samspela med den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten med patienten i centrum. Ett särskilt fokus ska ligga på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Denna utredning kan ses som en förstärkning av barnperspektiven i omställningen till den nära vården. Det är utredningens

⁶ Socialstyrelsen (2020): *Barns medverkan i Socialstyrelsens arbeten. Ett stödmaterial för att inhämta barns kunskaper och erfarenheter.*

⁷ Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

bedömning att omställningens vägval och strategier också gynnar barns och ungas hälsa. Primärvården är den verksamhet som möter flest barn, eftersom den är hemvist för både mödrahälsovård, barnhälsovård och de flesta ungdomsmottagningar. Elevhälsans medicinska insatser möter alla barn och unga under skolåldrarna och utgör bredvid primärvården en viktig del av den nära vården för barn och unga. Den specialiserade öppenvården (barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomspsykiatri) har sedan decennier tillbaka varit en föregångare för en utbyggd nära vård.

2.1.4 Betänkandets disposition

Betänkandet består av några centrala delar, uppdrag och genomförande, bakgrund och nuläge, problembild och problemanalys samt förslag och bedömningar.

I kapitel 1 redogörs för författningsförslag.

I kapitel 2 redogörs för utredningens uppdrag, utgångspunkter och genomförande.

I kapitel 3 redogör utredningen för gällande rätt.

I kapitel 4 redogör utredningen för utvecklingen av barns och ungas hälsa, grunderna för det hälsofrämjande arbetet inom hälso- och sjukvården samt barn- och ungdomshälsovårdens organisation, relevanta myndigheter och nationellt system för kunskapsstyrning.

I kapitel 5 redogör utredningen för den problembild och den problemanalys som ligger till grund för utredningens förslag.

I kapitel 6 redogör utredningen för förslag och bedömningar som ska leda till en mer sammanhållen, likvärdig och effektiv god och nära vård för barn och unga. Särskild fokus har lagts på det hälsofrämjande och förebyggande arbete och ett antal bedömningar om hur vården för barn och unga med psykisk ohälsa bör utvecklas.

I kapitel 7 redogör utredningen för ikraftträdande och övergångsbestämmelser.

I kapitel 8 redogör utredningen för konsekvensanalyser av utredningens förslag.

Slutligen i kapitel 9 redogör utredningen för författningskommentarer.

Till betänkandet har lagts ett antal bilagor.

Bilaga 1 är utredningens direktiv, kommittédirektiv 2019:93.

Bilaga 2 är en rapport sammanställd av Bris som summerar barns förslag till utredningen och samarbetet kring expertgrupp barn.

Bilaga 3 är en rapport sammanställd av Tilia som summerar resultatet av ungas röster om vården och psykisk hälsa i samarbete med utredningen.

Bilaga 4 är en rapport från Uppsala universitet, som gjorts på beställning av utredningen, om hälsoekonomisk evidens för tidiga och samordnade insatser med särskilt fokus på hälso- och sjukvård och psykisk hälsa och en omvärldsanalys av samverkansmodeller för barn och unga.

Bilaga 5 är en redovisning av utredningens uppdrag att lämna underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri.

Bilaga 6 är en kortfattad sammanställning av svaren på de fyra öppna frågor som ställts i alla dialogmöten som utredningen genomfört (se nedan 2.2.2).

2.2 Utredningens genomförande

Utredningsarbetet har huvudsakligen bedrivits i dialog med företrädare för berörda myndigheter, SKR, huvudmän, professioner och barn och unga. Utredningen har bedömt att problembilden som ligger till grund för utredningens uppdrag är väl etablerad och beskriven i tidigare utredningar och myndighetsrapporter. Utredningen har därför inte genomfört några egna kartläggningar av barn- och ungdomshälsovården. Stort fokus har i stället lagts vid att gå igenom myndighetsrapporter och annan litteratur. Därutöver har utredningen tagit hjälp av forskare vid Uppsala universitet för att sammanställa information om hälsoekonomiska analyser och evidens gällande tidiga samordnade insatser kopplade till fysisk och psykisk hälsa och samverkansmodeller kring barn och unga (bilaga 4).

2.2.1 Expert- och referensgrupper

Till utredningen har en expertgrupp knutits med företrädare för berörda myndigheter, SKR, huvudmän och Bris. Utredningen har hållit sex möten med expertgruppen med anledning av det utredningsuppdrag som ska redovisas i delbetänkandet. Syftet med dessa möten har varit att diskutera väsentliga teman för utredningen och redovisa och få synpunkter på utredningens förslag och bedömningar.

Därutöver har utredningen knutit tre referensgrupper till utredningsarbetet, en med professionsföreträdare, en med patientföreträdare och en med personer med juridisk kompetens. Referensgruppen för professionsföreträdare har bestått av representanter för Akademikerförbundet SSR, Svenska Barnläkarföreningen, Svenska Barnmorskeförbundet, Dietisternas riksförbund, Distriktssköterskeföreningen, eHälsoläkarföreningen, Fysioterapeuterna, Riksföreningen för Barnsjuksköterskor, Riksföreningen för Skolsköterskor, Svenska skolläkarföreningen, Svensk sjuksköterskeförening, Svensk förening för allmänmedicin, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Svenska Logopedförbundet, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, Sveriges Tandläkarförbund, Vårdförbundet, NPO Barn och ungas hälsa, NPO Tandvård, NPO Psykisk hälsa och Sveriges Farmaceuter.

Referensgruppen för patientföreträdare har bestått av representanter från Autism- och Aspergerförbundet, Förbundet Unga Rörelsehindrade, Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning, Föreningen Tilia, Maskrosbarn, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, Unga reumatiker, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Svenska prematurförbundet, Attention, Unga allergiker, Unga med synnedläggning, Unga med hörselnedsättning och Synskadades riksförbund.

Utredningen har träffat referensgrupperna för professions- och patientföreträdare vid fyra tillfällen med anledning av delbetänkandets uppdrag. Vid dessa tillfällen har relevanta teman för utredningen diskuterats och synpunkter inhämtats på utredningens förslag och bedömningar.

Utredningen har också inrättat en juridisk referensgrupp som har lämnat synpunkter på utvecklingen av utredningens författningsförslag.

Dessutom har utredningen genomfört ett stort antal bilaterala möten med berörda intressenter inom olika delar av hälso- och sjukvården inklusive elevhälsans medicinska insatser för att få en ökad inblick och kunskap om förutsättningarna inom barn- och ungdomshälsovården.

Samtliga grupperingar har haft stor betydelse för utvecklingen av utredningens förslag och bedömningar.

2.2.2 Dialoguppdraget

Utredningen har i enlighet med direktivet fört dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän för att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå. Dessutom har utredningen fört dialog med flera företrädare för civila samhället, SKR, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter liksom den nationella kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård. Syftet med dialogen var att fånga upp svårigheter och framgångsfaktorer samt att diskutera alternativa vägar framåt för att få till stånd en mer sammanhållen god och nära vård.

Utredningen har sammantaget genomfört ett 50-tal dialogmöten. Mot bakgrund av de särskilda förhållanden som pandemin inneburit för alla verksamheter och medborgare i Sverige har dialogmötena uteslutande genomförts digitalt. För att skapa struktur och systematik har dialogmötena utformats med utgångspunkt från följande fyra frågeställningar:

- Om din organisation skulle prioritera barns och ungas hälso- och sjukvård extra mycket under ett års tid – vilka aktiviteter/insatser skulle ni satsa på?
- För att börja med barnen måste olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet samverka. Hur samverkar ni i dag och med vilka aktörer?
- För att börja med barnen måste uppdrag och ansvar i hälso- och sjukvården hänga ihop med barnet i centrum – hur fungerar samverkan mellan aktörer och ansvarsfördelning hos er?

- För att börja med barnen måste vi veta mer om deras hälsa. Därför behövs statistik över barns mående och hälsa på nationell nivå. Hur mäter ni barns hälsa i dag?

En sammanställning över de inspel som lämnats under dialogmötena finns i bilaga 6.

2.2.3 Särskilt om genomförandet av uppdraget om psykiska hälsa

När det gäller utredningens uppdrag att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bland annat psykisk ohälsa har utredningen särskilt samrått med olika myndigheter såsom Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering och Inspektionen för vård och omsorg. Utredningen har flera gånger träffat en så kallad basgrupp som samlar alla berörda aktörer på nationell nivå inom psykisk ohälsa, samma gruppering leder regeringsuppdraget att ta fram en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention.⁸ Utredningen har också samrått med flera avdelningar och berörda nätverk inom SKR bland annat SKR:s psykiatrisamordnare och projektchef för uppdrag psykisk hälsa, avdelningarna för vård och omsorg och för utbildning och arbetsmarknad, nätverket för ledning och styrning av psykiatri och de nationella programområdesgrupperingarna för psykisk hälsa och primärvård. Utredningen har även fört täta samtal med regeringens tidigare samordnare för psykisk hälsa och den tidigare psykiatrisamordnaren.⁹ Dessutom har utredningen fört en dialog med Svensk Förening för Barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) och det nationella chefsnätverket för BUP. Därutöver har utredningen deltagit i flera olika bilaterala möten och mindre grupperingar med stark koppling till aktuell forskning på området och med särskilt fokus på små barns psykiska hälsa, anknytning, utvecklingspsykologi och föräldraskap.

⁸ Regeringen (2020): *Uppdrag till Socialstyrelsen att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicid-prevention* (dnr S2020/06171/FS).

⁹ Regeringen (2012): *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016* (dnr: S2012.006).

2.2.4 Barns och ungas delaktighet och bidrag till utredningen

Samarbete med Bris

Barn och unga är experter på sina egna liv. I barnkonventionen artikel 12 fastläs att barn och unga har rätt till delaktighet och inflytande i frågor som rör dem. Att göra barn och unga delaktiga, att få komma till tals, berätta om sina egna erfarenheter samt idéer och förbättringsförslag har varit en central och viktig del för utredningen. I samarbete med Bris har nära 700 barn och unga bidragit till utredningens arbete. Frågeställningarna till de unga togs fram av utredningens och Bris medarbetare med utgångspunkt från direktivet och uppdraget och anpassades för att skapa öppenhet och delaktighet.

Underlaget till utredningen har samlats in på olika sätt, dels enligt Bris egen metod *Expertgrupp barn* med fyra workshops på högstadieskolor i Göteborg, Umeå och Linköping i årskurs 7–9, dels genom klassrumsinterventioner och en enkät via Bris webbplats.¹⁰ Expertgrupperna bestod av 10–12 elever per skola och eleverna hade olika erfarenhet och förförståelse för hälso- och sjukvården och de vårdverksamheter som ingår i utredningens uppdrag. Samtalet med barn och unga byggde på ett strukturerat arbetssätt och ett antal frågeställningar om hälsa och vilket stöd som barn och unga efterfrågar från skolan, elevhälsan och hälso- och sjukvården i övrigt. Därutöver fick alla skolklasser i de aktuella skolorna möjlighet att diskutera frågorna tillsammans med sin lärare och lämna ytterligare inspel och bidrag till utredningen.

Under två veckor kunde barn och unga dessutom svara på en enkät med motsvarande frågor som ställdes i skolklasserna om hälsa på Bris webbplats. Nära 400 barn och unga i åldrarna 8–18 svarade på enkäten. Syftet med enkäten var få ett bredare svarsunderlag från barn och unga. Bris har sammanställt resultaten från expertgrupper och enkäten på Bris webbplats har i rapporten *Ta psykisk hälsa på lika stort allvar som fysisk hälsa*. För att läsa rapporten i sin helhet se bilaga 2.

¹⁰ Bris (2019): *Expertgrupp barn – metodhandbok*.

2.2.5 Samarbete med Tilia

För att utredningen skulle få en fördjupad insikt och kunskap om barns och ungas psykiska hälsa har utredningen också genomfört ett samarbete med Tilia, en ideell organisation som arbetar för barns och ungas psykiska hälsa.¹¹ Med hjälp av Tilia samlades barns och ungas synpunkter in på flera sätt, bland annat genomfördes en 60 minuter lång live-sändning via det sociala mediet Instagrams funktion instagram stories med 95 anonyma unga deltagare. Dessutom genomfördes två workshops med barn och unga i åldrarna 16–20 år om barns och ungas erfarenheter av psykisk ohälsa och möten med hälso- och sjukvården via e-mötestjänsten Zoom. Utredningen fick bland annat återkoppling på förslag och bedömningar med särskild fokus på bedömningar inom området psykisk hälsa. Mer information om detta samarbete finns i bilaga 3.

2.2.6 Samverkan med berörda statliga utredningar

Utredningen har samverkat med flera pågående och avslutade statliga utredningar, till dessa hör:

- Utredningen om samordnad utveckling för en god och nära vård (S 2017:01) med anledning av utredningens uppdrag att utreda införandet av en ny form av insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa (dir. 2019:49),
- Utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03) med anledning av uppdraget att göra en översyn av socialtjänstlagen (dir 2017:39).
- Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) med anledning av uppdraget att analysera regleringen av tillgång till elevhälsa och föreslå en ändring så att det förtydligas vad som är en acceptabel lägstanivå. (dir. 2020:18).
- Barnkonventionsutredningen (S 2018:03) med anledning av uppdraget att kartlägga hur svensk lagstiftning och praxis överensstämmer med barnkonventionen (dir. 2018:20).

¹¹ Tilia (2020): <https://teamtilia.se/> (Hämtad 20-12-21).

- Utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning (S 2018:12) med anledning av uppdraget analysera och lämna förslag på en samlad uppföljning av hälso- och sjukvården inom ramen den befintliga myndighetsstrukturen (tilläggsdir. 2019:78).
- Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) med anledning av uppdraget att göra en översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (dir. 2019:37).
- Utredningen om fler barn i förskolan för bättre språkutveckling i svenska (U 20019:01) med anledning av uppdraget att lämna förslag som syftar till att öka deltagandet i förskolan bland barn i 3–5 års ålder och föreslå hur förskolans arbete med barnens språkutveckling i svenska kan stärkas, bl.a. när det gäller nyanlända barn (dir 2019:71).
- Utredningen om ett statligt huvudmannaskap för skolan (U 2020:07) med anledning av uppdraget att se över och lämna ett beslutsunderlag som kan ligga grund för fortsatt beredning av frågan (dir. 2020:140).
- Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08) med anledning av uppdraget att samordna insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd (dir. 2020:68).
- Delegationen för en ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12) med anledning av uppdraget att utreda bedöma om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti samt hur målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri ska nås (dir 2020:81).
- Den nationella samordnaren för Agenda 2030 med anledning av uppdraget att ska stödja regeringen i arbetet med att genomföra Agenda 2030 och FN:s globala mål för hållbar utveckling nationellt (dir 2020:17).

3 Gällande rätt

3.1 Allmänt om kapitlet

I detta kapitel redogörs för några av de bestämmelser som varit relevanta att beakta i utredningens arbete. Kapitlet utgör inte en uttömmande beskrivning av regelverket på hälso- och sjukvårdens område eller av de bestämmelser som gäller hälso- och sjukvård för barn och unga. I samband med att vissa frågor behandlas i övriga delar av betänkandet finns vissa ytterligare beskrivningar av bestämmelser och andra rättskällor som är relevanta för just de frågorna.

3.2 Allmänt om hälso- och sjukvårdslagen

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, finns bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas.

Med hälso- och sjukvård avses, enligt 2 kap. 1 § HSL, p. 1 åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, p. 2 sjuktransporter, och p. 3 omhändertagande av avlidna. I förarbetena till bestämmelsen utvecklas vad som ingår i definitionen av hälso- och sjukvård. Enligt dessa ingår bland annat sjukdomsförebyggande åtgärder av både miljöinriktad och individinriktad karaktär. Detta innefattar dels insatser för att fastställa hur kemiska, biologiska, fysiska, sociala och psykologiska faktorer inverkar på befolkningens hälsotillstånd, dels allmänna och riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsouppllysning samt mödra- och barnhälsovård.¹

Enligt 3 kap. 1 § HSL är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda män-

¹ Se prop. 1981/82:97 s. 110–112.

niskans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska, enligt 3 kap. 2 § HSL, arbeta för att förebygga ohälsa.

I 5 kap. 1 § HSL regleras att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på god vård uppfylls. Med god vård avses att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, att den ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och att den ska vara lätt tillgänglig. Av 5 kap. 2 § HSL framgår att där det bedrivs hälso- och sjukvård, ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Kvaliteten i verksamheten ska, enligt 5 kap. 4 § HSL, systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

3.3 Särskilda skyldigheter i fråga om barn

I 5 kap. 6–8 §§ HSL regleras särskilda skyldigheter när det gäller hälso- och sjukvård som avser barn. Dessa bestämmelser gör ingen åtskillnad på vilken vårdform, verksamhet eller huvudman som tillhandahåller vården utan omfattar all hälso- och sjukvårdsverksamhet.

I 5 kap. 6 § HSL regleras den grundläggande principen att barnets bästa särskilt ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn.²

I 5 kap. 7 § HSL regleras att ett barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med, enligt p. 1 har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, p. 2 har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller p. 3 har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar, eller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

I 5 kap. 8 § HSL regleras att hälso- och sjukvården, på socialnämndens initiativ ska samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs i frågor som rör barn som far illa eller som riskerar att fara illa. Skyldigheter för anmälan till socialnämnden att

² En likalydande bestämmelse finns också i 1 kap. 8 § patientlagen.

ett barn kan behöva nämndens skydd regleras i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

3.4 Kort om regionens ansvar som huvudman

I 8 kap. HSL regleras regionens ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Regionen ska erbjuda god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen, enligt 8 kap. 1 § HSL. Därutöver har regionen även en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård åt andra personer under vissa förutsättningar enligt 8 kap. 2–4 §§ HSL. Regionen ansvarar inte för sådan hälso- och sjukvård som kommunen har ansvar för enligt 12 kap. 1 § eller 14 kap. 1 § HSL, vilket anges i 8 kap. 6 § HSL.

I 7 kap. HSL finns bestämmelser om organisation och planering av den hälso- och sjukvård som regionen är huvudman för. Där anges bland annat, i 7 kap. 2 § HSL, att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar och beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Vidare stadgas bland annat, i 7 kap. 2 a § HSL, att regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl får vården koncentreras geografiskt.

I 7 kap. 3 § HSL regleras grunderna för vårdvalssystemet vilket bland annat innebär skyldigheter för regionen att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

I 7 kap. HSL finns också bestämmelser om regionens skyldighet att samverka. Regionen ska bland annat samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården enligt 7 kap. 7 § HSL. Regionerna ska också, enligt 7 kap. 8 § HSL, samverka i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner.

3.5 Kort om kommunens ansvar som huvudman

Kommunen ansvarar enligt 12 kap. 1–2 §§ HSL för att erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer, bostäder och verksamheter och, om det överenskommits med regionen, hemsjukvård. Undantag gäller för sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare, enligt 12 kap. 3 § HSL. Kommunen har också ansvar för att erbjuda viss annan hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 4–6 §§ HSL.

I 11 kap. 3 § HSL regleras skyldigheten för kommunen att samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Av 11 kap. 2 § HSL framgår att kommunen har en skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård och ska beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

3.6 Samverkan mellan region och kommun

Bestämmelser om samverkan mellan huvudmännen finns i 16 kap. HSL. Av 16 kap. 1 och 2 §§ HSL framgår bland annat vad som gäller i fråga om samverkan rörande sådan hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder enligt 12 kap. 1 och 2 §§ HSL. Bland annat anges i 16 kap. 1 § att regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård inom ramen för det kommunala ansvaret.

När den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska regionen, enligt 16 kap. 4 § HSL, tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan (en så kallad samordnad individuell planering, förkortad SIP). Motsvarande ansvar för SIP för socialtjänsten finns i 2 kap. 7 § SoL. Enligt ovan nämnda bestämmelser ska en SIP upprättas om regionen eller kommunen bedömer att det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Vidare regleras i bestämmelserna att när det är möjligt ska planen upprättas tillsammans med den enskilde och om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig detta, ska närstående till den enskilde också ges möjlighet att delta i arbetet med planen. Av planen ska det särskilt framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller

kommunen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

3.7 Övergripande om vissa bestämmelser i patientlagen

Enligt 1 kap. 1 § patientlagen (2014:821) syftar lagen till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Flera av bestämmelserna i patientlagen återspeglar sådan reglering som finns i annan hälso- och sjukvårdslagstiftning, t.ex. i HSL och patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Det gäller t.ex. beskrivningen av målet med hälso- och sjukvården i 1 kap. 6 § patientlagen, bestämmelsen i 1 kap. 7 § patientlagen om att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och bestämmelsen i 1 kap. 8 § patientlagen om att barnets bästa ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn.

I patientlagens tredje kapitel finns bestämmelser om information. I 3 kap. 1 och 2 §§ patientlagen anges vilken information patienten ska få. Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället, såvitt det är möjligt, lämnas till en närstående till denne i enlighet med 3 kap. 4 § patientlagen. Av 3 kap. 3 § patientlagen framgår att när patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få motsvarande information som patienten ska få enligt 3 kap. 1 och 2 §§. Enligt 3 kap. 5 § patientlagen får information däremot inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns sekreteshinder eller råder tystnadsplikt.

Enligt 3 kap. 6 § patientlagen ska informationen anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Det finns också en skyldighet i 3 kap. 7 § patientlagen för den som ger informationen att så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Informationen kan lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om patienten ber om det.

I patientlagens fjärde kapitel finns bestämmelser om samtycke. I 4 kap. 1 § patientlagen anges att patientens integritet och självbestämmelse ska respekteras. Av 4 kap. 2 § framgår att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information. När patienten är ett barn, ska barnets inställning till aktuell vård och behandling så långt som möjligt kartläggas och tillmätas betydelse i förhållande till dennes ålder och mognad. Detta framgår av 4 kap. 3 § patientlagen.

I patientlagens femte kapitel finns bestämmelser om delaktighet. Hälso- och sjukvården enligt 5 kap. 1 § patientlagen så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Av 5 kap. 2 § patientlagen framgår att patientens medverkan ska utgå ifrån patientens önskemål och individuella förutsättningar. Närstående till patienten ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården om det är lämpligt och om inte bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta. Detta regleras i 5 kap. 3 § patientlagen.

I patientlagens sjätte kapitel finns bestämmelser om fast vårdkontakt och individuell planering. Där anges bland annat, i 6 kap. 1 § patientlagen, att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses samt att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Av 6 kap. 2 § patientlagen framgår att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om denne begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.

3.8 Övergripande om vissa bestämmelser i patientsäkerhetslagen

Av 1 kap. 1 § PSL, framgår att lagen syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. Vad som avses med hälso- och sjukvård i lagen regleras i 1 kap. 2 § PSL.

I 3 kap. PSL regleras vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Där anges bland annat att vårdgivaren, enligt 3 kap. 1 § PSL, ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL

respektive tandvårdslagen upprätthålls. I 3 kap. 4 § PSL regleras att vårdgivaren också ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

I kap. 6 kap. PSL regleras skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. Där anges bland annat, i 6 kap. 1 § PSL, att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

3.9 Övergripande om vissa bestämmelser i skollagen

Skollagen (2010:800) innehåller bestämmelser om skolväsendet. Av 2 kap. 2–5 §§ skollagen framgår vem som är huvudman inom skolväsendet. Av 2 kap. 8 a § skollagen framgår att huvudmannen ska utse en skolchef som ska biträda huvudmannen med att tillse att de föreskrifter som gäller för utbildningen följs. Det pedagogiska arbetet vid en förskole- eller skolenhet ska ledas och samordnas av en rektor enligt 2 kap. 9 § skollagen.

I 2 kap. 25 § regleras att det för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska finnas elevhälsa. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Elevernas mål mot utveckling ska stödjas. För alla dessa insatser ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator.

Varje elev ska under sin skoltid erbjudas ett visst specificerat antal hälsokontroller genom hälsobesök. Av 2 kap. 27 § skollagen framgår att även syn, hörsel och andra begränsade hälsokontroller ska erbjudas eleven mellan hälsobesöken. Eleverna får enligt 2 kap. 28 § skollagen också anlita elevhälsan vid behov för enkla sjukvårdsinsatser.

Även HSL, PSL och patientlagen är relevanta när det gäller elevhälsans medicinska insatser, eftersom vårdgivare inom elevhälsan omfattas av flera av bestämmelserna i de lagarna.

3.10 Barnkonventionen

3.10.1 Kort historik

Förenta nationernas (FN:s) generalförsamling antog den 20 november 1989 konventionen om barnets rättigheter (barnkonventionen). Denna trädde i kraft den 2 september 1990 och genom dess ratificering skapades ett internationellt regelverk som anger de rättigheter som barn har och de skyldigheter som det allmänna har gentemot personer som är under 18 år. Genom barnkonventionen ges barn ett fullständigt erkännande som rättighetsbärare. Rättigheterna som barn tillförsäkras bygger på allmänna mänskliga rättigheter som fastställts genom flera internationella överenskommelser.

Till barnkonventionen tillkommer också tre fakultativa protokoll med fördjupade åtaganden. De två första avser indragning av barn i väpnade konflikter och försäljning av barn, barnprostitution och barnpornografi. Dessa protokoll antogs av FN:s generalförsamling den 25 maj 2000 och trädde i kraft i Sverige den 20 mars 2003 respektive den 19 februari 2007. Det tredje protokollet om ett individuellt klagomålsförfarande har ännu inte ratificerats av Sverige.

Barnkonventionen och de fakultativa protokollen är en del av den internationella folkrätten vilket innebär att alla stater som har ratificerat dem är skyldiga att uppfylla dem. I Sverige är såväl riksdag, regering, regioner, kommuner som andra myndigheter ansvariga för att inom ramen för sina verksamhetsområden säkerställa att barns rättigheter enligt konventionen respekteras.³

FN har också inrättat en särskild kommitté, FN:s kommitté för barnets rättigheter (Barnrättskommittén) för att kunna granska konventionsstaternas uppfyllande av barnkonventionen och de därtill hörande fakultativa protokollen. Till Barnrättskommitténs uppgifter hör bland annat att ge stöd till konventionsstaterna i form av vägledning om tolkning av regelverken genom exempelvis juridiskt icke-bindande allmänna kommentarer som ger uttryck för kommitténs samlade syn på konventionen, genom periodiska uppföljningar av respektive stats förverkligande av konventionen samt genom rekommendationer och sammanfattande slutsatser (utifrån

³ Se artikel 4 barnkonventionen vari anges att staten ska vidta alla lämpliga lagstiftnings-, administrativa och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen. Däremot är det upp till varje stat som har ratificerat konventionen att bedöma på vilket sätt dessa åtgärder ska genomföras och säkerställas.

uppföljningarna) i form av s.k. Concluding Observations, utifrån var respektive stat bör uppmärksamma och prioritera i fortsatt arbete med genomförandet av barnkonventionen.

Regeringen har sedan ratificeringen av konventionen genomfört såväl lagstiftningsåtgärder som andra åtgärder för att främja och stärka barns rättigheter inom olika områden, inte minst utifrån den av riksdagen antagna Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige (2010). Bland annat innebär strategin att all lagstiftning som rör barn ska utformas i överensstämmelse med barnkonventionen.

År 2016 överlämnade Barnrättighetsutredningen betänkandet Barnkonventionen blir svensk lag (SOU 2016:19) till regeringen. I mars 2018 överlämnade regeringen en proposition⁴ om inkorporering av barnkonventionen till riksdagen och från och med 1 januari 2020 utgör barnkonventionen svensk lag genom lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

3.10.2 De grundläggande principerna i barnkonventionen

Barnkonventionen består av 54 artiklar, varav 41 är s.k. sakartiklar som fastslår barnets rätt att få sina grundläggande rättigheter och behov tillgodosedda, medan övriga artiklar fastslår hur konventionsstaterna ska arbeta med konventionen. Sakartiklarna ska läsas i sin helhet och inte som separata delar.⁵

Barnrättskommittén har lyft fram fyra grundläggande rättigheter i barnkonventionen som utgör konventionens grundprinciper, artiklarna 2, 3, 6 och 12. Även om ingen av konventionens rättigheter är över- eller underordnad andra rättigheter, beaktas dessa som konventionens ”fyra pelare” som ska genomsyra övriga rättigheter och alltid beaktas i fråga om barn.

⁴ Se prop. 2017/18:186, Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter.

⁵ Se exempelvis www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/barnkonventionen där barnkonventionen beskrivs som ”hel och odelbar”.

Artikel 2, Lika rättigheter och icke-diskriminering

1. Konventionsstaterna ska respektera och tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion de rättigheter som anges i denna konvention utan åtskillnad av något slag, oavsett barnets eller dess förälders eller vårdnadshavares ras, hudfärg, kön, språk, religion, politiska eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, funktionsnedsättning, börd eller ställning i övrigt.
2. Konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga åtgärder för att säkerställa att barnet skyddas mot alla former av diskriminering eller bestraffning på grund av föräldrars, vårdnadshavares eller familjemedlemmars ställning, verksamhet, uttryckta åsikter eller tro.

Den första punkten i artikel 2 innebär att alla barn som befinner sig i Sverige ska få sina rättigheter tillgodosedda, oavsett var barnet bor eller vilken skola barnet går på. Barnet får inte utsättas för diskriminering på grund av omständigheter som rör barnet eller dess föräldrar, såsom exempelvis religion, ursprung eller politiska åsikter.

I den andra punkten skyddas barn mot alla former av diskriminering⁶, dvs. barn får inte diskrimineras på de grunder som anges i barnkonventionen.⁷

Artikel 3, Barnets bästa

1. Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa.
2. Konventionsstaterna åtar sig att tillförsäkra barnet sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för dess välfärd, med hänsyn tagen till de rättigheter och skyldigheter som tillkommer dess

⁶ Diskrimineringsgrunderna i barnkonventionen är: ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, funktionsnedsättning, börd eller ställning i övrigt. Jfr diskrimineringsgrunderna i diskrimineringslagen (2008:567) som är *sju* till antalet och utgörs av: kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning samt ålder.

⁷ I Sverige gäller även förbud mot diskriminering på de grunder som anges i diskrimineringslagen (2008:567).

föräldrar, vårdnadshavare eller andra personer som har juridiskt ansvar för barnet, och ska för detta ändamål vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder och administrativa åtgärder.

3. Konventionsstaterna ska säkerställa att institutioner, tjänster och inrättningar som ansvarar för omvårdnad eller skydd av barn uppfyller av behöriga myndigheter fastställda normer, särskilt vad gäller säkerhet, hälsa, personalens antal och lämplighet samt behörig tillsyn.

Artikeln innebär att vid alla åtgärder som rör barn, ska det beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Enligt Barnrättskommittén finns det tre dimensioner på barnets bästa; en rättighet för barnet att få sina intressen (barnets bästa) bedömda och beaktade, en rättslig tolkningsprincip om en rättsregel är öppen för flera tolkningar samt ett tillvägagångssätt för att konstatera och redogöra för vilka konsekvenser ett beslut som rör barn kan få och hur barnets bästa har beaktats i beslut om en åtgärd.

Vad som utgör barnets bästa i tidig ålder och under ungdomsåren skiljer sig åt. Barnrättskommittén har därvid skrivit två kommentarer till genomförandet av artikel 3. När det gäller den tidiga barndomen⁸ har kommittén betonat att barn är rättighetsbärare och sociala aktörer från livets början och att små barn har en särskild sårbarhet men också egna intressen och förmågor. De har rätt till skydd, vägledning och stöd i deras utövande av sina rättigheter och det är viktigt att det skapas förutsättningar för att de små barnen ska kunna uttrycka sina åsikter, att de tillfrågas i frågor som berör dem med utgångspunkt i deras förmågor, deras bästa och deras rätt till skydd mot skadliga upplevelser. Ungdomstiden⁹ är däremot ett stadium i livet som kännetecknas av ökade möjligheter, förmågor, strävanden, energi och kreativitet, men också av en betydande utsatthet. Ungdomar upplever större förväntningar kring sin roll i samhället och mer betydelsefulla vänskapsrelationer när de övergår från en beroendesituation till att vara mer självständiga. Det är därför

⁸ FN:s barnrättskommitté har definierat den tidiga barndomen såsom tiden från 0 till 8 år. Se GENERAL COMMENT No. 7 (2005), *Implementing child rights in early childhood*. CRC/C/GC/7/Rev.1 20 september 2006, s. 2.

⁹ FN:s barnrättskommitté har inte formellt definierat ungdomstiden (adolescence) på samma sätt som den "tidiga barndomen" men fokus läggs på perioden mellan 10 och 18 års ålder för att underlätta enhetlighet vid insamling av data. Se GENERAL COMMENT No. 20 (2016), *Implementing child's right in adolescence*.

viktigt att tänka på att när barnets ålder och mognad ökar, utvecklas också dess kompetens, insikter och förmåga att agera. Vuxna ska stödja ungdomar så att de kan ta större ansvar för sina egna liv.

Artikel 6, Rätt till liv, överlevnad och utveckling

1. Konventionsstaterna erkänner varje barns inneboende rätt till livet.
2. Konventionsstaterna ska till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets överlevnad och utveckling.

Varje barn har alltså rätt till liv, överlevnad och utveckling. Rätten till utveckling omfattar en helhetssyn på barnet där såväl fysisk, psykologisk som social utveckling ingår.

Artikel 12, Rätt att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande

1. Konventionsstaterna ska tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.
2. För detta ändamål ska barnet, i alla domstolsförfaranden och administrativa förfaranden som rör barnet, särskilt beredas möjlighet att höras, antingen direkt eller genom en företrädare eller ett lämpligt organ och på ett sätt som är förenligt med nationella procedurregler.

Enligt denna artikel har varje barn som kan bilda egna åsikter rätt att uttrycka dessa åsikter i alla frågor som rör barnet. Åsikterna ska få betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Den vuxne har därmed ett ansvar att göra barnet delaktigt och anpassa sättet att lyssna utifrån barnets ålder, mognad och funktionsförmåga.

Barnet ska vidare, enligt andra punkten, i domstols- och myndighetsärenden ha möjlighet att höras på ett sätt som är lämpligt för barnet vilket kan innebära att barnet hörs direkt, exempelvis genom en företrädare eller på annat sätt.

Barnrättskommittén har utifrån artikel 12 förtydligat att barnets rätt att göra sin röst hörd innebär en rättighet till både delaktighet och inflytande. Rätten att komma till tals är en rättighet och inte en skyldighet vilket innebär att barnet måste få välja, utan påtryckningar, om det önskar delta eller inte. Rätten att komma till tals är också absolut för alla barn, vilket innebär att den inte får begränsas utifrån landets resurser. Det måste också finnas förutsättningar för att barn ska kunna komma till tals, och för detta behövs strukturer och trygga miljöer som möjliggör detta.

3.10.3 Särskilt om barns rätt till hälsa och sjukvård

I artikel 24 barnkonventionen behandlas barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering, främst genom att exemplifiera på vilket sätt en stat ska sträva efter att förverkliga denna rätt. Artikel 24 stadgar därutöver en skyldighet för staten att vidta åtgärder för att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa. Genom artikel 24 åtar sig en stat också att främja och uppmuntra ett internationellt samarbete i syfte att förverkliga rätten till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering.

När primärvård uttrycks i artikel 24 är utgångspunkten det synsätt på primärvården som formulerades under Alma-Ata-deklarationen¹⁰ som sedan förstärktes av Världshälsoförsamlingen (WHA)¹¹. Detta synsätt betonar behovet av att avskaffa utanförskap och minska sociala skillnader i hälsa, att organisera hälso- och sjukvård utifrån människors behov och förväntningar, att införliva hälsa i andra samhällssektorer, att föra policydialoger enligt samarbetsmodell samt att utöka intressenternas deltagande, även när det gäller efterfrågan och hur hälso- och sjukvård lämpligen bör utnyttjas.

Genomförandet av artikel 24 måste alltid ta hänsyn till samtliga människorättsprinciper, i synnerhet konventionens vägledande principer, och styras av evidensbaserade folkhälsosnormer och bästa praxis.¹²

¹⁰ Alma-Ata-deklarationen vid den Internationella konferensen om primärvård, Alma-Ata (Kazakstan), 6–12 september 1978.

¹¹ Världshälsoförsamlingen, Primary health care, including health systems strengthening, document A62/8.

¹² Se Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr. 15 (2013) om Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24), vidare refererad till som *CRC/C/GC/15*.

Artikel 24

1. Konventionsstaterna erkänner barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.
2. Konventionsstaterna ska sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt och ska särskilt vidta lämpliga åtgärder för att:
 - a) minska spädbarns- och barnadödligheten,
 - b) säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig hälso- och sjukvård med tonvikt på utveckling av primärvården,
 - c) bekämpa sjukdom och undernäring, bland annat inom ramen för primärvården, genom utnyttjande av lättillgänglig teknik och tillhandahållande av lämpliga och näringsrika livsmedel och rent dricksvatten, med beaktande av de faror och risker som miljöförstöring innebär,
 - d) säkerställa tillfredsställande hälso- och sjukvård för mödrar före och efter förlossningen,
 - e) säkerställa att alla grupper i samhället, särskilt föräldrar och barn, får information om och har tillgång till undervisning om barnhälsovård och näringslära, fördelarna med amning, hygien och ren miljö och förebyggande av olycksfall och får stöd vid användning av sådana grundläggande kunskaper,
 - f) utveckla förebyggande hälso- och sjukvård, föräldrarådgivning samt undervisning om och hjälp i familjeplaneringsfrågor.
3. Konventionsstaterna ska vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa.
4. Konventionsstaterna åtar sig att främja och uppmuntra internationellt samarbete i syfte att gradvis uppnå det fulla förverkligandet av den rätt som erkänns i denna artikel. Särskild hänsyn ska härvid tas till utvecklingsländernas behov.

Barns rätt till hälsa omfattar alltså en uppsättning av fri- och rättigheter. De omfattar rätten att bestämma över den egna hälsan och

kroppen, inklusive den sexuella och reproduktiva friheten att göra ansvarsfulla val. I rättigheterna ingår också tillgång till olika inrättningar, varor, tjänster och villkor som ger alla barn samma möjligheter till bästa uppnåeliga hälsa. I begreppet bästa uppnåeliga hälsa ingår barnets biologiska, sociala, kulturella och ekonomiska förutsättningar, men även statliga resurser och resurser från andra håll, såsom exempelvis icke-statliga organisationer, det internationella samfundet och den privata sektorn.¹³

I barns rätt till god hälso- och sjukvård ingår förebyggande och hälsofrämjande åtgärder, behandling, rehabilitering och palliativ vård. På primärvårdsnivå måste dessa tjänster vara tillgängliga med tillräcklig omfattning och kvalitet. De ska vara fungerande samt fysiskt och ekonomiskt tillgängliga för alla grupper av barn, och godtagbara för alla. Hälso- och sjukvårdssystemet bör inte endast erbjuda vård, utan även rapportera rättighetskränkningar och orättvisor till berörda myndigheter. I den utsträckning det är möjligt bör också sekundär- och tertiärvård göras tillgänglig med fungerande remissystem som kopplar samman lokalsamhällen och familjer på alla nivåer i vården.¹⁴

Vidare bör heltäckande primärvårdsprogram erbjudas tillsammans med beprövade lokalt förankrade insatser, till exempel förebyggande vård, behandling av specifika sjukdomar, och kostrelaterade åtgärder. Insatserna på lokalsamhällsnivå bör omfatta information, tjänster och varor, samt förebyggande av sjukdomar och skador, exempelvis genom investeringar i trygg offentlig miljö, trafiksäkerhet och utbildningar i att förhindra skador, olyckor och våld.¹⁵ Staterna bör vidare säkerställa att det finns personal i tillräckligt antal och med rätt utbildning för att alla barn ska ha tillgång till barnhälsovård. Det krävs också reglering och tillsyn samt rimlig ersättning och rimliga tjänstevillkor även för vårdpersonal på lokalsamhällsnivå. Kapacitetsutveckling ska utformas så att hälso- och sjukvårdsleverantörer arbetar på ett barnanpassat sätt och inte förvägrar barn några tjänster de har laglig rätt till. Mekanismer för ansvarskontroll bör införlivas i verksamheten så att kvalitetssäkringsnormer upprätthålls.¹⁶

¹³ Se CRC/C/GC/15 punkt 23.

¹⁴ Se CRC/C/GC/15 punkt 25.

¹⁵ Se CRC/C/GC/15 punkt 26.

¹⁶ Se CRC/C/GC/15 punkt 27.

Artikel 24.1 innebär att konventionsstaterna har en strikt skyldighet att säkerställa att alla barn har tillgång till hälso- och sjukvård samt andra relevanta tjänster. Denna skyldighet gäller särskilt i missgynnade områden och befolkningar. Artikel 24.1 ställer krav på att det ska finnas ett heltäckande primärvårdssystem med fullgoda rättsliga ramar och att kontinuerlig uppmärksamhet riktas på de underliggande faktorer som påverkar barns hälsa.¹⁷

I enlighet med artikel 24.2 bör staterna införa en process för att identifiera och hantera andra frågor som är relevanta för barns rätt till hälsa. Detta kräver bland annat en fördjupad analys av den nuvarande situationen vad gäller prioriterade hälsoproblem och insatser samt att man identifierar och genomför evidensbaserade åtgärder och policyer som svarar mot nyckelfaktorer och hälsoproblem. När det är lämpligt ska barn konsulteras i arbetet.¹⁸ Arbetet för barns rätt till hälsa bör särskilt fokusera på missgynnade barn, och barn i områden med dålig tillgång till tjänster. Staterna bör identifiera de faktorer på nationell och regional nivå som skapar utsatthet för barn eller missgynnar vissa grupper av barn. Dessa faktorer bör finnas med när man tar fram lagar, regleringar, policyer, program och tjänster som rör barns hälsa, och arbetar med att främja rättvisa.¹⁹

I enlighet med 24.2. [b] bör staterna bör prioritera allmän tillgång till primärhälsovård för barn, i så nära anslutning som möjligt till barnens och deras familjers hem, främst inom lokalsamhällen. Det krävs effektiva hälsovårdssystem med en robust finansieringsmekanism, en välutbildad och skäligen avlönad arbetsstyrka, tillförlitlig information att grunda beslut och policyer på, välskötta anläggningar och logistiksystem som levererar mediciner och teknik av god kvalitet, samt starkt ledarskap och styrning. Att tillhandahålla hälso- och sjukvård i skolor skapar en viktig möjlighet för hälsofrämjande arbete och screening för sjukdomar och ökar tillgängligheten till hälsovård för barn som går i skolan.²⁰

Barnrättskommittén har uttryckt bekymmer över den ökande psykiska ohälsan bland ungdomar, inklusive utvecklings- och beteendestörningar, depression, ätstörningar, ångest, psykologiska trauman efter övergrepp, vanvård, våld eller utnyttjande, bruk av alkohol, tobak och droger, tvångsbeteenden som till exempel överdrivet

¹⁷ Se CRC/C/GC/15 punkt 28.

¹⁸ Se CRC/C/GC/15 punkt 32.

¹⁹ Se CRC/C/GC/15 punkt 11.

²⁰ Se CRC/C/GC/15 punkt 36.

bruk och beroende av internet och annan teknik, samt självsador och självmord.

Det finns en växande insikt om behovet av ökad uppmärksamhet kring beteendemässiga och sociala problem som undergräver barns psykiska hälsa, psykosociala välmående och emotionella utveckling. Kommittén varnar för övermedicinering och institutionalisering, och uppmanar staterna att tillämpa ett synsätt som utgår från folkhälsa och psykosocialt stöd för att möta psykisk ohälsa bland barn och ungdomar, och att investera i primärvårdsmetoder som underlättar tidig upptäckt och behandling av barns psykosociala, emotionella och psykiska problem.²¹

Staterna är därvid skyldiga att tillhandahålla lämplig behandling och rehabilitering åt barn med psykiska och psykosociala störningar, och samtidigt undvika onödig medicinering. WHO:s resolution från 2012 om den globala bördan av psykiska störningar och behovet av en övergripande och samordnad respons från hälsosektorer och sociala sektorer på nationell nivå konstaterar att det finns allt fler belägg för att insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykiska störningar, i synnerhet hos barn, är verkningsfulla och kostnadseffektiva. Kommittén uppmanar staterna att öka omfattningen av sådana insatser genom att inlemma dem i policyer och program i olika sektorer, till exempel hälsa, utbildning och skydd (straffrätt), och att engagera familjer och lokalsamhällen i processen. Barn som på grund av sina familjer och sociala miljöer tillhör riskgrupper kräver särskild uppmärksamhet för att de ska ges bättre förutsättningar att hantera svårigheter och klara av vardagslivet och för att man ska främja skyddande och stödjande miljöer.²²

När det gäller 24.2. [d] anför kommittén bland annat att ett hälsoperspektiv bör anläggas av staterna som tar hänsyn till barns förutsättningar under olika perioder,

... till exempel a) amningsvänliga sjukhus där spädbarn får vara hos sina mammor dygnet runt, b) barnanpassade hälsopolicyer med fokus på att utbilda vårdpersonal i att ge god vård på ett sätt som minskar risken för rädsla, oro och lidande för barn och deras familjer och c) ungdomsanpassad hälsovård, som kräver att vårdpersonal och mottagningar är välkomnande och lyhörda för ungdomar, respekterar sekretessen och levererar tjänster som ungdomar kan acceptera.²³

²¹ Se CRC/C/GC/15 punkt 38.

²² Se CRC/C/GC/15 punkt 39.

²³ Se CRC/C/GC/15 punkt 52.

Barn behöver vidare information och undervisning om alla aspekter av hälsa för att kunna göra informerade val angående livsstil och tillgång till hälsovård.²⁴

I enlighet med 24.2. [e] bör exempelvis undervisning om sexuell och reproduktiv hälsa handla om självmedvetenhet och kunskap om kroppen och innehålla både anatomiska, fysiologiska och känslomässiga aspekter. Den ska också vara tillgänglig för alla barn, flickor som pojkar. Den bör vidare innehålla fakta kring sexuell hälsa och välbefinnande, till exempel om kroppsförändringar och mognadsprocesser och bör vara utformad på ett sådant sätt att barn kan få kunskap om reproduktiv hälsa och förebyggandet av könsrelaterat våld, och anta ett ansvarsfullt sexuellt beteende.²⁵ Information om barns hälsa bör vidare ges till alla föräldrar, individuellt eller i grupp, samt till släktingar och andra omvårdare, genom olika metoder såsom hälsokliniker, föräldraundervisning, informationsblad, yrkes-samfund, föreningar och medier.²⁶

När det gäller 24.2. [f] har kommittén bland annat anfört att förebyggande och hälsofrämjande åtgärder bör inriktas på de huvudsakliga hälsorisker barn utsätts för i sina lokalsamhällen och landet som helhet. I detta ingår sjukdomar och andra hälsorisker som olyckor, våld, drogmissbruk, samt psykosociala och psykiska hälso-problem. I förebyggande hälsovård bör det ingå hantering av smittsamma och icke smittsamma sjukdomar och en kombination av biomedicinska, beteendemässiga och strukturella åtgärder. Arbetet med att förebygga icke smittsamma sjukdomar bör inledas tidigt i livet genom att man främjar och stöder en sund livsstil och en våldsfri miljö för gravida kvinnor, deras makar/partner, och för små barn.²⁷ Föräldrar bedöms vidare vara den viktigaste källan till tidig diagnostisering och primär omsorg av små barn. De är också den viktigaste skyddande faktorn mot högriskbeteenden hos ungdomar, till exempel drogbruk och oskyddat sex. Föräldrar spelar även en central roll i att främja en sund utveckling hos barn, skydda barn från faror i form av olyckor, skador och våld, samt lindra de negativa effekterna av riskbeteenden. Barns socialiseringsprocesser, som är avgörande för att de ska förstå och anpassa sig till den värld de växer upp i, påverkas starkt av deras föräldrar, släkt och andra omvårdare.

²⁴ Se CRC/C/GC/15 punkt 59.

²⁵ Se CRC/C/GC/15 punkt 60.

²⁶ Se CRC/C/GC/15 punkt 61.

²⁷ Se CRC/C/GC/15 punkt 62.

Staterna bör använda evidensbaserade insatser för att stödja ett gott föräldraskap, till exempel föräldrautbildning, stödgrupper och familjerådgivning. Det gäller i synnerhet familjer som ställts inför utmaningar vad gäller barnens hälsa, och andra sociala förhållanden.²⁸

Utöver detta bör familjeplanering ingå i heltäckande paket med vård av sexuell och reproduktiv hälsa, och bör omfatta sexualundervisning, inklusive rådgivning. Detta kan betraktas som en del av den fortlöpande hälsovård som beskrivs i artikel 24.2 [d], och bör vara utformade så att alla par och individer får information och förutsättningar för att fritt och ansvarsfullt kunna fatta sexuella och reproduktiva beslut, inklusive hur många barn de vill ha, när och med vilka tidsintervall. Både gifta och ogifta ungdomar, såväl pojkar som flickor, ska ha allmän och konfidentiell tillgång till varor och tjänster. Staterna bör säkerställa att ungdomar inte undanhålls någon sexuell eller reproduktiv information eller tjänst på grund av samvetsbetänkligheter hos dem som tillhandahåller dessa tjänster.²⁹

3.10.4 Några andra relevanta artiklar

Av artikel 1 framgår att ett barn är varje människa upp till 18 år om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet. Artikel 41 skapar därmed ramen för tillämpligheten av konventionen. I artikel 41 regleras att barnkonventionen är en miniminivå och inte ett tak. Inget i konvention ska därför inverka på bestämmelser som är mer långtgående vad gäller barnets rättigheter och som kan finnas i (a) en konventionsstats lagstiftning, eller (b) för den staten gällande internationell rätt.

I enlighet med artikel 4 ska alla stater vidta alla lämpliga lagstiftnings, administrativa och andra åtgärder för att genomföra rättigheterna. Artikel 4 omfattar på så sätt samtliga rättigheter i konventionen och har en övergripande karaktär. Medborgerliga och politiska rättigheter ska genomföras fullt ut oavsett tillgängliga resurser. Ekonomiska sociala och kulturella rättigheter ska staten genomföra så långt det är möjligt utifrån tillgängliga resurser. Detta innebär att länder som har stora resurser har högre krav än länder med mindre resurser. I Barnrättskommitténs allmänna kommentar

²⁸ Se CRC/C/GC/15 punkt 67.

²⁹ Se CRC/C/GC/15 punkt 69.

nr. 5 anges att statens ansvar för genomförandet av barns rättigheter delegeras vid decentraliserat styre vilket innebär att kommuner, regioner och statliga myndigheter har samma ansvar för genomförandet som staten.

Enligt artikel 5 ska en stat respektera det ansvar, rättigheter och skyldigheter som tillkommer föräldrar och andra att, på ett sätt som står i överensstämmelse med den fortlöpande utvecklingen av barnets förmåga, ge lämplig ledning och råd då barnet utövar de rättigheter som erkänns i konventionen. Att familjen är den grundläggande enheten framgår även av konventionens preambel.

Utöver de ovan redovisade artiklarna finns ett antal ytterligare sakartiklar av relevans för utredningens arbete. Ett exempel är artikel 16 varav framgår att barn har rätt till lagens skydd mot godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens samt mot olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende. Ett annat exempel är artikel 23, som anger att ett barn med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning bör åtnjuta ett fullvärdigt och anständigt liv.

3.11 Övergripande om skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet

Skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet skyddas både av internationella regelverk och av nationell rätt. På internationell nivå kan bland annat FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna nämnas. Den är inte formellt bindande, men ger till stora delar uttryck för gällande sedvanerätt. Enligt förklaringens artikel 12 får ingen utsättas för godtyckligt ingripande i fråga om privatliv, familj, hem eller korrespondens och inte heller för angrepp på sin heder eller sitt anseende, och var och en har rätt till lagens skydd mot sådana ingripanden och angrepp. Inskränkningar är endast möjliga under vissa förutsättningar, enligt artikel 29. Som nämnts ovan framgår också av artikel 16 i barnkonventionen att barn har rätt till lagens skydd mot godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens samt mot olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende.

Även artikel 8 i den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europa-

konventionen) skyddar rätten till privat- och familjeliv. Europakonvention gäller som lag i Sverige enligt lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Ingen lag eller föreskrift får meddelas i strid med Sveriges åtaganden enligt Europakonventionen (2 kap. 19 § regeringsformen (1974:152)). Europarådets ministerkommitté har också antagit en konvention (nr 108) till skydd för enskilda vid automatisk databehandling av personuppgifter (dataskyddskonventionen), som syftar till att skydda den enskildes rätt till integritet och privatliv vid behandling av personuppgifter.

Vidare skyddar den Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (EU-stadgan) bl.a. individers rätt till personlig integritet, främst genom artiklarna 3, 7 och 8. Ett centralt regelverk om behandling av personuppgifter är också Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (dataskyddsförordning). Dataskyddsförordningen syftar till att skydda fysiska personerna grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd för personuppgifter.

På nationell nivå är skyddet för den personliga integriteten reglerad i grundlag. Enligt målsättningsstadgandet i 1 kap. 2 § första stycket regeringsformen ska den offentliga makten utövas med respekt för bland annat den enskilda människans frihet. I fjärde stycket samma paragraf anges att det allmänna ska värna om den enskildes privat- och familjeliv. I 2 kap. 6 § regeringsformen finns en grundlagsstadgad rätt till skydd mot bland annat påtvingat kroppsligt ingrepp och skydd för den personliga integriteten.

Det finns också andra författningar på nationell nivå som syftar till att skydda den personliga integriteten. Relevanta författningar när det gäller behandling av personuppgifter är exempelvis lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen), som kompletterar dataskyddsförordningen, och patientdatalagen (2008:355), som bland annat reglerar vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården.

Skyddet för den personliga integriteten upprätthålls även av bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt, till exempel i offentlig-

hets- och sekretesslagen (2009:400) och PSL som bland annat innehåller bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt för uppgifter om enskilda hälsotillstånd och andra personliga förhållanden inom hälso- och sjukvården.

Även i hälso- och sjukvårdslagstiftningen finns bestämmelser som rör den personliga integriteten. Kraven på god vård innebär, enligt 5 kap. 1 § HSL, bland annat att vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Patientlagen syftar, enligt 1 kap. 1 §, bland annat till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. I lagen anges bland annat i 4 kap. 1 § att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras och i 10 kap. 1 § att personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras. Enligt 6 kap. 1 § PSL, som handlar om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter, ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten, och patienten ska visas omtanke och respekt.

4 Bakgrund och nuläge

4.1 Inledning

I detta avsnitt beskrivs barns och ungas hälsoutveckling i Sverige i förhållande till olika åldrar och grupper och faktorer som påverkar barns och ungas hälsa och mående. Dessutom redogörs för centrala utgångspunkter och begrepp för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Avsnittet inleds med en kort redogörelse för covid-19-pandemins effekter på barn och unga och barn- och ungdomshälsovårdens centrala roll i arbetet med att motverka negativa effekter av pandemin. Avsnittet innehåller också beskrivningar av de verksamheter som möter barn och unga, med särskilt fokus på barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter. Därefter beskrivs flera aktörer som utredningen bedömer har centrala roller för utvecklingen av hälso- och sjukvården för barn och unga såsom statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner och civila samhället. Avsnittet avslutas med beskrivningar av några pågående nationella utvecklingsarbeten.

4.1.1 Pandemins effekter på barn och unga

Strax efter utredningens start drabbades Sverige och världen av covid-19-pandemin. Utbrottet har lett till ett svårhanterligt läge i Sveriges hälso- och sjukvårdssystem. Akut- och intensivvårdskapaciteten har behövt utökas och annan vård har fått stå åt sidan för vård av covid-19-patienter. Även om barn och unga generellt löper mindre risk att själva drabbas av covid-19, kan pandemin komma att få många och allvarliga konsekvenser för barns och ungas hälsa och utveckling. Barn- och ungdomshälsovården har en central roll för att uppmärksamma behov hos barn och unga och tillhandahålla insatser för att förebygga de långsiktiga effekterna.

Bris med flera barnrättsorganisationer har flaggat för att barn och unga som lever i social utsatthet riskerar att fara illa vid minskad eller förlorad kontakt med viktiga och trygga vuxna utanför hemmet till följd av pandemin.¹ Under 2020 har Bris haft över 30 000 kurativa kontakter med barn och unga upp till 18 år vilket är fler än någonsin tidigare. Särskilt stora ökningar noteras när det gäller barns och ungas samtal om ångest (+61 procent), nedstämdhet (+55 procent) och familjekonflikter (+43 procent). Det har även skett en stor ökning av samtal om samhällets stödinsatser och om psykiskt och fysiskt våld. Bris bedömer att de stora samtalsökningarna inom ovan nämnda kategorier har en koppling till de förändringar som skett i omvärlden och i många barns liv under året. Barn och unga har beskrivit hur avsaknaden av distraktioner och social samvaro lett till att deras dåliga mående tagit större plats i vardagen och att tidigare psykisk ohälsa gjort sig påmind. Den sociala distanseringen som pågått under lång tid har inneburit påfrestningar för många familjer.² Det har också skett en ökning av antalet anmälningar till socialtjänsten när det gäller barn som far illa eller riskerar att fara illa, med cirka 5 procent 2020 jämfört med 2019.³

Restriktioner till följd av pandemin påverkar barns och ungas hälsa och utveckling. Gymnasieelever har fått ta ett stort eget ansvar för att strukturera sin vardag och bedriva sina studier när fjärr- och distansundervisning har införts. Tänkbara negativa effekter såsom lärandeförlust och påverkan på den psykiska och fysiska hälsan har lyfts fram. Även här riskerar de negativa konsekvenserna att slå hårdast mot de barn som redan är utsatta, såsom barn med funktionsnedsättning, underliggande sjukdomar, eller barn som lever i social och ekonomisk utsatthet.⁴ Fritiden har också förändrats för barn och unga på grund av pandemins restriktioner, bland annat genom inställda aktiviteter och minskade sociala kontakter. Dessa restriktioner drabbar inte minst tonåringar som befinner sig i en period i livet där social interaktion är avgörande för utveckling och välmående.⁵ I en studie från Uppsala universitet framkommer också att

¹ Bris (2020): *Pandemin är en barnrättskris*.

² Bris (2021): *Första året med pandemin – om barns mående och utsatthet. Årsrapport 2020*.

³ Socialstyrelsen (2021): *Effekter av covid-19 på anmälningar gällande barn till socialtjänsten*.

⁴ Folkhälsomyndigheten (2020): *Covid-19 hos barn och unga – En kunskapssammanställning Version 2*.

⁵ Sveriges Barnläkarförening (2021): *Nedstängningar slår hårt mot barn och unga*.

barn och unga känner oro för både egen eller någon närståendes sjukdom och död.⁶

En mycket liten andel fall av covid-19 har diagnostiserats bland barn upp till sex år både i Sverige och globalt, men små barn har inte heller testats i någon större utsträckning. I takt med stigande ålder ses ett ökat antal fall bland tonåringar, men inte lika många som bland personer över 19 år. Barn får generellt sett mildare symtom än vuxna och en stor andel visar milda eller inga symtom. Mycket få barn och unga mellan 0–19 år har behövt intensivvård och ännu färre har avlidit, både i Sverige och internationellt. Ett ovanligt men allvarligt hyperinflammatoriskt tillstånd, som med stor sannolikhet har koppling till covid-19, förekommer i åldrarna 0–19 år. Sjukdomsgraden varierar och en del barn har blivit svårt sjuka och krävt intensivvård, men behandling finns att tillgå.⁷ Det har också rapporterats om fall av långvariga symtom efter covid-19 hos barn och unga, där trötthet är det vanligaste. Kunskapsläget inom området utvecklas ständigt.⁸

Barns och ungas tillgång till hälso- och sjukvård har påverkats av pandemin. Enligt sammanställning från nationellt programområde (NPO) barn och ungdomars hälsa framgår att det inom både barnhälsovården och barnsjukvården funnits sämre tillgång till personal bland annat till följd ökad sjukfrånvaro och omplacering till annan verksamhet, framför allt till vuxensjukvården. Tillgången till anestesikompetens har varit särskilt påverkad. Den minskade personaltillgången har krävt prioriteringar i verksamheterna. Inom barnsjukvården har telefonbesök och digitala besök till stor del ersatt fysiska besök och icke akuta undersökningar och vård har skjutits upp. Detta medför en risk för försämrad diagnostik, uppföljning och behandling. Antalet barn och unga som söker akutsjukvården har minskat påtagligt, vilket lett till att en del barn fått vård sent med allvarliga konsekvenser. Tillgänglighet för patienter med kroniska sjukdomar varierar, men flera regioner beskriver undanträngning av dessa patientgrupper. Generellt har stora undanträngningseffekter drabbat barn i behov av kirurgi. Inom flera regioner har en omställning skett från sjukhusvård till mer hemsjukvård. Det är viktigt att fortsatt utvärdera vilka konsekvenser undanträngningen av icke

⁶ Sarkadi, A (2020): *Barn och ungas röster om Corona*.

⁷ Folkhälsomyndigheten (2020): *Covid-19 hos barn och unga – En kunskapssammanställning Version 2*.

⁸ Sveriges Barnläkarförening (2021): *Nedstängningar slår hårt mot barn och unga*.

covid-19 patienter har på långsiktig sjuklighet och livskvalitet samt ökad risk för komplikationer i samband med uppskjutna utredningar, behandlingar och operationer.

4.2 Barns hälsoutveckling

Barn och unga i Sverige har generellt en god hälsa. De flesta barn och unga uppger också själva att de har en bra eller mycket bra hälsa. Det visar till exempel Folkhälsomyndighetens enkätstudie som genomförs vart fjärde år sedan 1985/1986, bland 11-, 13- och 15-åringar. En lägre andel flickor i åldrarna 13 och 15 rapporterade att de hade en mycket bra hälsa jämfört med pojkarna i samma ålder. Bland 11-åringarna uppgav de flesta att de kände sig friska.⁹

Samtidigt rapporteras även om ojämlikheter i hälsa hos barn och unga, på grund av olika livsvillkor och skilda möjligheter. Förutsättningarna för att främja barns hälsa, förebygga ohälsa och insatser vid tecken på ohälsa förbättras genom ökad kunskap om och förståelse för symtom på ohälsa, skydds- och riskfaktorer hos barnet eller den unge, dess familj och närmiljö.

Barnpopulationen i Sverige

Omkring 2 miljoner individer i Sverige är mellan 0–17 år och utgör cirka 20 procent av befolkningen.¹⁰ Under de senaste sex åren har det fötts cirka 115 000 barn årligen, vilket är knappt 25 000 fler barn per år än under början av 2000-talet.¹¹ Antalet födda barn i landet förväntas också öka de kommande åren. Det beror stor del på att de personer som föddes under babyboomen kring 1990-talet kommer att vara i barnafödande åldrar.¹² Invandringen av ensamkommande unga har också påverkat och kommer att påverka barnpopulationen.

Mot slutet av 2020-talet och början av 2030-talet väntas barnafödandet gå ner då ålderskullarna i barnafödande ålder är mindre, för att sedan återigen öka från mitten av 2030-talet.¹³

⁹ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsövanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

¹⁰ SCB (2020): *Befolkningsstatistik i sammandrag 1960–2019*. (Hämtad 2020-04-01).

¹¹ SCB (2021): *Födda i Sverige*. / (Hämtad 2021-02-09).

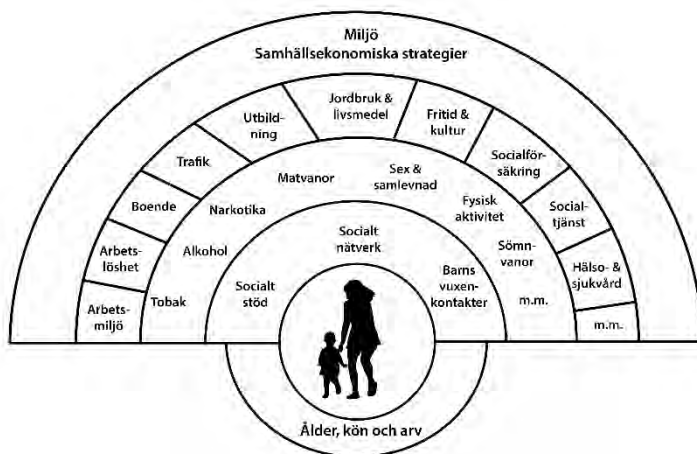
¹² SCB (2020): *Fler barn bor i storstäder i framtiden*. (Hämtad 2020-04-01).

¹³ Ibid.

4.2.1 Hälsans bestämningsfaktorer

Hälsan hos barn och unga liksom hos befolkningen i stort beror på många olika faktorer och kan ses som ett samspel mellan individ och samhälle. För att uppnå en god och jämlik hälsa krävs att människor ges likvärdiga villkor och förutsättningar. Dessa villkor och förutsättningar benämns ofta som hälsans bestämningsfaktorer.¹⁴

Figur 4.1 Hälsans bestämningsfaktorer



Källa: Dahlgren G, Whitehead M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

Sambanden mellan bestämningsfaktorerna och hälsan är komplexa och samma bestämningsfaktorer ligger ofta till grund för flera olika hälsoutfall. Olika levnadsvanor påverkar risken för många av de sjukdomar som utgör den största sjukdomsördan i Sverige i dag. Livsvillkoren påverkar i sin tur möjligheten till hälsosamma levnadsvanor. Politiska beslut, som fördelnings-, utbildnings- och arbetsmarknadspolitik, påverkar vidare livsvillkoren för invånarna.¹⁵

Ojämlighet i hälsa skapas av att olika grupper i samhället har systematiskt olika livsvillkor och levnadsvanor, som till exempel

¹⁴ Folkhälsomyndigheten (2020): *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2020*.

¹⁵ *Ibid.*

olika socioekonomiska grupper. Ojämligheten i hälsa kan också ses ur ett livsförloppsperspektiv. Det innebär att hälsan är ett resultat av processer som pågått under hela livet, där faktorer som uppväxt, familj, skola, arbete och boende format förutsättningarna för ett hälsosamt liv. En individs hälsa vid en tidpunkt beror på både dagens situation och hur individen haft det som barn och under livet. Olika individer är olika sårbara för hälsans olika bestämningsfaktorer. En bestämningsfaktor, som till exempel ekonomisk utsatthet eller rökning, påverkar risken för ohälsa, men hur stark effekten av faktorn är beror på om en person också är exponerad för andra faktorer. Eftersom personer med lägre social position oftare utsätts för många olika faktorer som kan inverka negativt på hälsan – sociala, fysiska, levnadsvanor – blir effekten av en faktor ofta starkare bland personer med låg social position än bland personer med hög.¹⁶

Risk- och skyddsfaktorer är centrala begrepp för att beskriva vad som påverkar utvecklingen av ohälsa hos barn och unga. Riskfaktorer är sådana förhållanden som ökar sannolikheten för att ett barn eller ung person ska utveckla problem. En riskfaktor kan vara både orsaken till ett specifikt problem, något som ökar risken för en negativ utveckling och som bidrar till problemets uppkomst eller att problemet permanentas. Skyddsfaktorerna är motsatsen och är de förhållanden som ökar barnets eller den unges motståndskraft mot belastningar eller dämpar effekten av riskfaktorer. Flera faktorer har visat sig betydelsefulla för att hindra att barn och unga utvecklar psykisk ohälsa. För växande barn är skyddsfaktorer goda fysiska, kognitiva och sociala egenskaper som till exempel kreativitet och impuls kontroll, att vara populär bland kompisar och att ha en trygg känslomässig anknytning till sina vårdnadshavare.¹⁷

Inom folkhälsopolitiken är barn och unga en prioriterad grupp. De förhållanden som barn och unga växer upp i har stor betydelse för deras fysiska och psykiska hälsa under hela livet. Det finns studier som visar att det redan i tidig ålder finns en ojämn fördelning av både god psykisk hälsa och psykisk ohälsa, beroende på familjens socioekonomiska status.¹⁸ Utsatthet i barndomen, till exempel ekonomisk utsatthet, psykisk sjukdom eller suicid hos vårdnadshavare

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården; Rikshandbok för barnhälsovård (2020)*.

¹⁸ Folkhälsomyndigheten (2020): *Att främja psykisk hälsa bland barn och unga*. (Hämtad 2020-03-30).

eller erfarenhet av att flytta ofta, ökar risken för psykisk sjukdom senare i livet. Hemmet, förskolan och skolan är viktiga arenor för det hälsofrämjande arbetet, eftersom barn tillbringar en stor del av sin tid där. För att minska skillnader i uppväxtvillkor är tidiga insatser i hem-, förskole- och skolmiljön därför av stor vikt.¹⁹

Exempel på faktorer som påverkar barns och ungas hälsa

Här följer några exempel på faktorer som påverkar barns och ungas hälsa och mående. Det är en översiktlig beskrivning och inte en fullständig bild.

Barns och ungas uppväxtvillkor

En viktig förutsättning för ett hållbart samhälle är hållbara uppväxtvillkor för barn och unga.

Familjens ekonomiska och sociala status utgör grundläggande förutsättningar för barns och ungas uppväxtvillkor. Barn och unga som växer upp i socioekonomisk utsatthet riskerar i högre grad att bli inskrivna på sjukhus. Barn och unga i familjer som tar emot ekonomiskt bistånd eller har psykisk ohälsa är särskilt utsatta. Det har också visat sig att dessa barn senare i livet exempelvis får sämre betyg, högre sannolikhet att som unga vuxna ta emot ekonomiskt bistånd och överlag får sämre hälsa.²⁰

Förekomst av ohälsa i barn- och ungdomsåren tenderar att ge konsekvenser längre fram i livet. Personer som under sin barndom skrivs in på sjukhus har lägre sannolikhet att avsluta gymnasieskolan, högre sannolikhet att som unga vuxna sakna inkomst från studier eller arbete och att ta emot ekonomiskt bistånd. Att fullfölja gymnasiestudierna har avgörande betydelse för ungas möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden. En viktig främjande åtgärd är att tidigt upptäcka och erbjuda insatser för elevers eventuella behov av särskilt stöd eller extraanpassningar för att på lång sikt förebygga skolmisslyckanden. Oberoende av sociala och ekonomiska förhållanden, könstillhörighet, funktionsnedsättning och ålder ska alla

¹⁹ Folkhälsomyndigheten (2020): *Utveckling av barns och ungas hälsa*. (Hämtad 2020-03-30).

²⁰ Prop. 2017/18:249: *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*.

barn, unga och vuxna ha möjlighet att utveckla kunskaper, kompetenser och tillgodogöra sig en utbildning.

Skolan är en arena där i princip alla barn och unga tillbringar en stor del av sin tid. Skolan är därför viktig för elevernas sociala, emotionella och kognitiva utveckling och utgör en viktig resurs för att främja en god fysisk och psykisk hälsa. Skolan har därför en grundläggande och central roll i barns hälsoutveckling.²¹

Bris konstaterar i sin rapport *Hållbara liv*, som baseras på data från hundratusentals stödkontakter med barn och aktuell forskning, att Sverige är ett bra land för många barn och unga att växa upp i, men att uppväxtvillkoren inte är hållbara för alla. I samtalen till Bris framkommer tydligt att barn och unga upplever kraven i samhället som ouppnåeliga och att kraven påverkar deras psykiska hälsa negativt. Barn och unga som söker stöd hos Bris är mellan 7 och 18 år, med en genomsnittsålder på 14 år under 2019. Den största andelen är barn och unga i åldrarna 13–15 år och den åldersgrupp som ökar mest är 16-åringar. I 8 av 10 samtal identifierade sig barnet som tjej.²²

Det vanligaste samtalsämnet när barn och unga söker stöd hos Bris är psykisk ohälsa. Alltmer handlar samtalen om allvarlig psykisk ohälsa. Under de senaste fyra åren har samtalen om suicid ökat med 88 procent, självskaðebeteende med 55 procent och ätstörningar med 48 procent. De har sällan berättat för en närstående om sitt dåliga mående.²³

I samtalen beskriver barn och unga att det är svårt att få den hjälp och stöd som de behöver och har rätt till. De slussas mellan olika aktörer, får vänta i vårdköer och olika vårdgivare förmår inte att se helheten kring barnet eller den unge. De berättar att det är svårt att få hjälp om hälso- och sjukvården bedömer att de inte mår ”tillräckligt dåligt”. En annan upplevelse som barn och unga berättar om är att den information som de får inte är tillräcklig eller att de inte görs delaktiga i sin situation.²⁴

Ett annat ämne som barn och unga lyfter i samtalen till Bris är stressen och pressen att lyckas inom livets alla områden som skolan, fritiden och i sociala medier. Många uppger att de känner sig ensamma på olika sätt. En del saknar vänner och andra känner sig ensamma trots att de har vänner och familj omkring sig. Känslan av menings-

²¹ Ibid.

²² Bris (2020): *Hållbara liv – om barnets rättigheter, barns uppväxtvillkor och samhällets ansvar*.

²³ Ibid.

²⁴ Ibid.

fullhet och tillhörighet är viktig för alla människor. Avsaknaden av ett sammanhang, att känna sig utanför eller att inte känna sig viktig för någon annan kan vara oerhört smärtsam för ett barn eller en ung person.²⁵

Varför många barn och unga mår dåligt är en komplex fråga. En rad olika faktorer påverkar barns och ungas mående, till exempel livssituation, individuella förutsättningar, händelser de varit med om och hur händelserna har hanterats. Vilka stödnätverk som finns kring barn och unga påverkar också deras motståndskraft för att klara olika påfrestningar. För att en människa ska må bra och utvecklas behöver hen känna sig rustad för de krav och förväntningar som finns och att livet går att hantera.²⁶

Vaccinationer av barn och unga

Vaccination är den mest effektiva förbyggande insatsen för att skydda barn och unga från allvarliga smittsamma sjukdomar. Alla vacciner som erbjuds till barn och unga är gratis och frivilliga i Sverige. Vaccinationstäckningen bland barn är god i landet och som en följd har vi få fall av allvarliga smittsamma barnsjukdomar.²⁷

I det svenska barnvaccinationsprogrammet erbjuds alla barn och unga inom barnhälsovården och elevhälsan skydd mot elva sjukdomar: rotavirusinfektion, polio, difteri, stelkramp, kikhosta, infektioner orsakade av *Haemophilus influenzae* typ b (Hib), mässling, påssjuka och röda hund (MPR) och allvarlig sjukdom orsakad av pneumokocker.²⁸ Vaccin mot Humant papillomvirus (HPV) erbjuds sedan 2010 till flickor i årskurs 5 eller 6 och från och med höstterminen 2020 erbjuds vaccinet även till pojkar i samma årskurs.²⁹ Folkhälsomyndigheten rekommenderar vaccin mot hepatit B till alla spädbarn och sedan 2016 erbjuds vaccinet inom regionala vaccinationsprogram i hela landet. Barn vars familj kommer från ett land med ökad eller hög förekomst av tuberkulos rekommenderas även vaccination mot tuberkulos. Från 2020 gäller rekommendationen

²⁵ Ibid.

²⁶ Ibid.

²⁷ Folkhälsomyndigheten (2020): *Bra att veta om vaccinationer*.

²⁸ Folkhälsomyndigheten (2020): *Barnvaccinationsprogram – Allmänt program för barn*.

²⁹ Folkhälsomyndigheten (2020): *Vaccin mot Humant papillomvirus (HPV)*.

(Hämtad 2020-03-27).

endast barn till och med 6 års ålder och så länge barnet är inskrivet i barnhälsovården.³⁰

I Folkhälsomyndighetens rapport Barnvaccinationsprogrammet 2019 sammanställdes uppgifter om vaccinationer för barn födda 2016. Sammanlagt var 116 838 barn inskrivna på barnavårdscentraler och jämfört med befolkningsstatistik från Statistiska centralbyrån (SCB) var rapporttäckningen 94,6 procent. Av de inskrivna barnen hade över 97 procent fått minst tre vacciner mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Hib och pneumokocker och en dos av MPR-vaccin. En fjärdedel av barnen var vaccinerade mot tuberkulos (Tabell 1).³¹

Tabell 4.1 Vaccinationstäckning (%) bland 2-åringar 2015–2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Difteri	98,1	97,5	97,3	97,4	97,5
Stelkramp	98,1	97,5	97,4	97,4	97,5
Kikhosta	98,1	97,5	97,3	97,4	97,5
Polio	98,1	97,5	97,3	97,3	97,5
Hib	98,0	97,4	97,2	97,3	97,5
Pneumokocker	97,4	96,6	96,5	96,8	97,1
MPR	97,5	96,7	96,7	97,0	97,2
Hepatit B*	52,9	67,4	75,8	91,5	97,3
Tuberkulos*	23,6	26,4	24,8	26,0	24,6

*Rekommenderade till vissa grupper.

Källa: Folkhälsomyndighetens rapport Barnvaccinationsprogrammet 2019.

2014 var andelen elever i årskurs 6 som var fullständigt vaccinerade mot difteri, stelkramp, polio och kikhosta över 95 procent och 95,5 procent av eleverna var vaccinerade med 2 doser vaccin mot mässling, påssjuka, röda hund.³²

Enligt uppgifter från det nationella vaccinationsregistret (NVR) 2019 var vaccinationstäckningen för minst en dos av HPV-vaccin 81–83 procent bland flickor födda 2002–2005 och för två doser 75–78 procent. Bland flickor födda 2007 var nära 86 procent vaccinerade med en dos.³³

³⁰ Folkhälsomyndigheten (2020): *Barnvaccinationsprogram – Allmänt program för barn*. (Hämtad 2020-03-27).

³¹ Folkhälsomyndigheten (2019): *Barnvaccinationsprogrammet 2019 – Årsrapport*.

³² Folkhälsomyndigheten (2014): *Vaccinationsstatistik från skolhälsovården Elever i årskurs 6, läsåret 2013/14*.

³³ Folkhälsomyndigheten (2019): *Barnvaccinationsprogrammet 2019*.

Levnadsvanor

Levnadsvanor är individens egna vanor som har stor betydelse för hälsan. Det handlar bland annat om vad vi äter och dricker, hur vi rör på oss och vanornas påverkan på hälsan på kort och lång sikt. Hälsosamma levnadsvanor främjar hälsan, medan ohälsosamma levnadsvanor ökar risken för negativ påverkan på hälsan och kan leda till sjukdom. Ohälsosamma levnadsvanor är ojämnt fördelade i befolkningen och samvarierar med ett antal socioekonomiska faktorer. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete är en del av hälso- och sjukvårdens uppgifter.

Barn och unga är i hög grad beroende av sin omgivning och etablerar ofta samma levnadsvanor som finns i miljön de växer upp i. Levnadsvanorna spelar en stor roll också för barns och ungas hälsa.

Det finns nationella riktlinjer för metoder inom området med syfte att förebygga sjukdomar som relateras till levnadsvanor, även anpassade till barns och ungas förutsättningar och behov. De nationella riktlinjerna avser tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor, som är de levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsbyrån i Sverige.³⁴

Matvanor

Goda matvanor grundläggs tidigt i livet. De matvanor man får under barn- och ungdomsåren följer ofta med in i vuxen ålder. Socioekonomiska faktorer har betydelse för vad och hur barn och unga äter.³⁵ Det finns ett samband mellan socioekonomisk ställning och matvanor, det vill säga ju högre socioekonomisk ställning desto hälsosammare matvanor och tvärtom.³⁶ När det gäller dagligt intag av grönsaker, läsk och godis har matvanorna förbättrats sedan 2001/2002 bland såväl flickor som pojkar. Mindre än 10 procent uppger att de äter sötsaker och dricker läsk varje dag. Bland 11-åriga flickor äter 52 procent grönsaker varje dag och bland 11-åriga pojkar är det 43 procent. Däremot är det dagliga intaget av frukt oförändrat och det är få som äter frukt varje dag. Till exempel anger 35 procent av

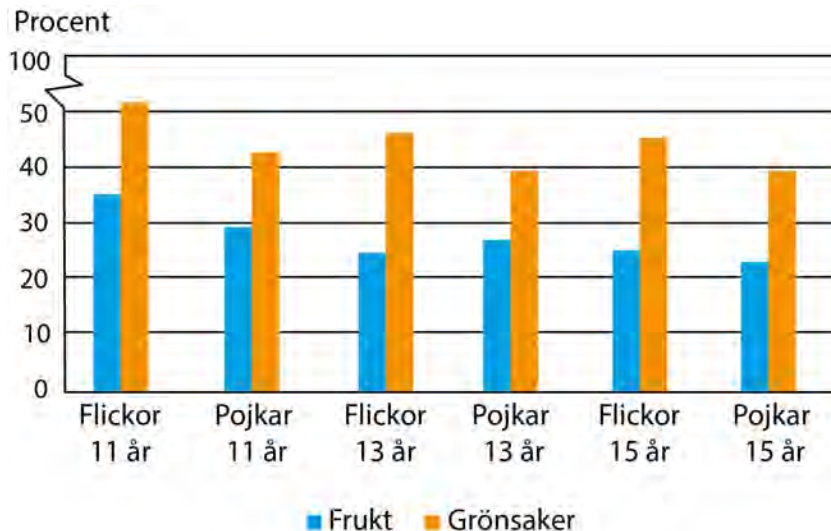
³⁴ Socialstyrelsen (2015): *Nationella riktlinjer-Utvärdering-Sjukdomsförebyggande metoder 2014 – Indikatorer och underlag för bedömningar*.

³⁵ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

³⁶ Socialstyrelsen (2018): *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*.

11-åriga flickor och 29 procent av 11-åriga pojkar att de äter frukt varje dag. Andelen som äter frukt och grönsaker dagligen minskar sedan för 13 och 15-åringar.³⁷

Figur 4.2 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som uppger att de dagligen äter frukt respektive grönsaker, 2017/2018



Källa: Folkhälsomyndigheten Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/2018.

Fysisk aktivitet

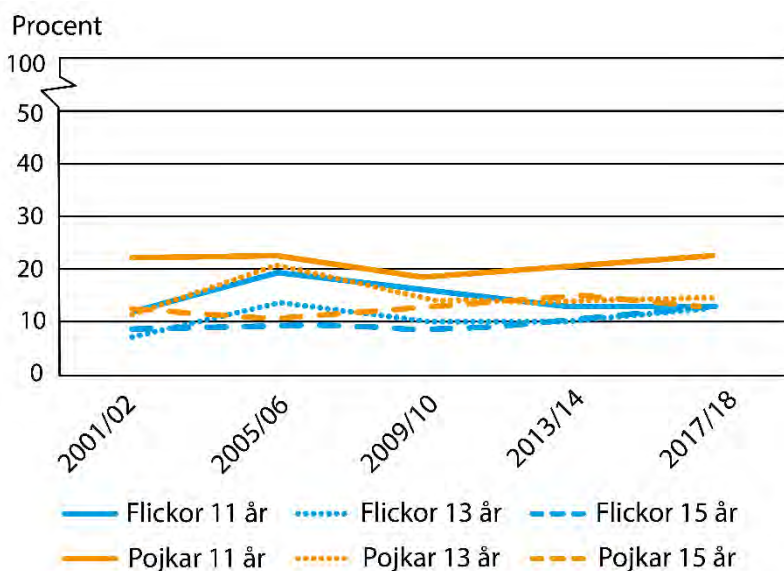
Fysisk aktivitet har positiva hälsoeffekter för barn och unga, till exempel på kondition, muskelstyrka, blodtryck, blodfetter, ben-täthet och BMI. Effekterna kan ses både på kort sikt och upp i vuxen ålder. Fysisk aktivitet har troligen positiva effekter även för utvecklingen av kognitiva funktioner och bidrar till livskvalitet och psykisk hälsa. Enligt rekommendationer från Världshälsoorganisationen (WHO) bör barn under 5 år vara fysiskt aktiva minst tre timmar varje dag, spritt över dagen och utifrån sina förutsättningar.³⁸ Barn och unga mellan 5–17 år bör vara fysiskt aktiva minst en timme om dagen. Den fysiska aktiviteten minskar med åldern och det rapporteras vanligen en lägre aktivitetsnivå hos flickor än pojkar.

³⁷ Folkhälsomyndigheten, (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

³⁸ WHO (2019): *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age* (Hämtad 2021-02-19).

Barn i familjer med högre socioekonomiska resurser deltar i högre grad i någon form av organiserad träning på fritiden. Därför blir det extra viktigt att förskolan och skolan arbetar för att främja fysisk aktivitet.³⁹ Till exempel är skolgården en viktig miljö där barn är fysiskt aktiva, men undersökningar visar att skolgårdarna krymper till ytan och den kreativa leken begränsas.⁴⁰ Andelen barn och unga som når WHO:s rekommendation varierar mellan 9–23 procent och utvecklingen har praktiskt taget varit oförändrad under perioden 2001/2002 till 2017/2018.⁴¹ Barn och unga uppger att det egna måendet, orken och bristen på tid kan stå i vägen för träning och rörelse, trots att de ofta är medvetna om de positiva hälsoeffekterna med fysisk aktivitet.⁴²

Figur 4.3 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som uppger att de varit fysiskt aktiva i sammanlagt minst en timme om dagen under de senaste sju dagarna, 2001/2002–2017/2018



Källa: Folkhälsomyndigheten Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/2018.

³⁹ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

⁴⁰ Bris (2020): *De säger att vi inte rör på oss*.

⁴¹ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

⁴² Bris (2020): *De säger att vi inte rör på oss*.

Sexuell hälsa

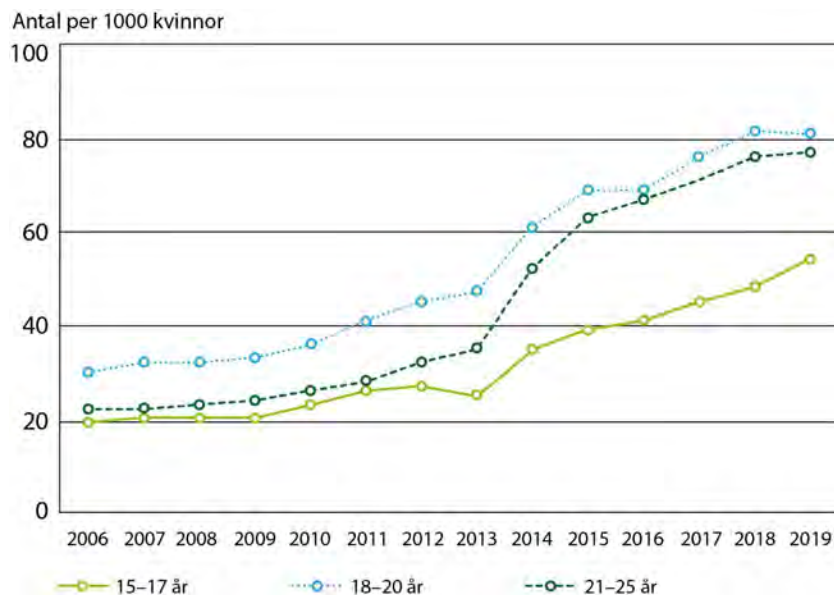
Sexuell hälsa är en del av unga människors utveckling, välbefinnande och hälsa, och sexualiteten är en viktig faktor för lust och livsglädje. Sexdebuten och vid vilken ålder den sker har betydelse för självuppfattning, välbefinnande, relationer och senare sexuell och reproduktiv hälsa. Det finns samband mellan att sexdebuten sker tidigt, det vill säga före 15 års ålder, och att den sker oönskat och utan preventivmedel. Tidig sexdebut är även associerad med sexuellt risktagande och andra riskbeteenden såsom alkohol- och droganvändning. Andelen 15-åringar som uppger att de haft samlag har minskat över tid och är nu strax över 20 procent. Oskyddat sex kan leda till sexuellt överförda infektioner och komplikationer till följd av exempelvis en klamydiainfektion kan orsaka försämrad fertilitet hos både kvinnor och män. I åldersgruppen 16–24 år i Sverige har det under 2000-talet blivit vanligare att samlag med en ny eller tillfällig partner sker utan kondom. Oskyddat sex kan också leda till oönskad graviditet, vilket bland annat kan få konsekvenser såsom abort eller tidigt föräldraskap.⁴³

2017 infördes kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år. Syftet med kostnadsfria preventivmedel är att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter. Andelen kvinnor mellan 15–20 år som hämtat ut preventivmedel har ökat sedan 2017.⁴⁴

⁴³ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

⁴⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Kostnadsfria preventivmedel till unga – En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*.

Figur 4.4 Antalet kvinnor som har hämtat ut långtidsverkande preventivmedel per 1 000 kvinnor i befolkningen



Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, data från Socialstyrelsen.

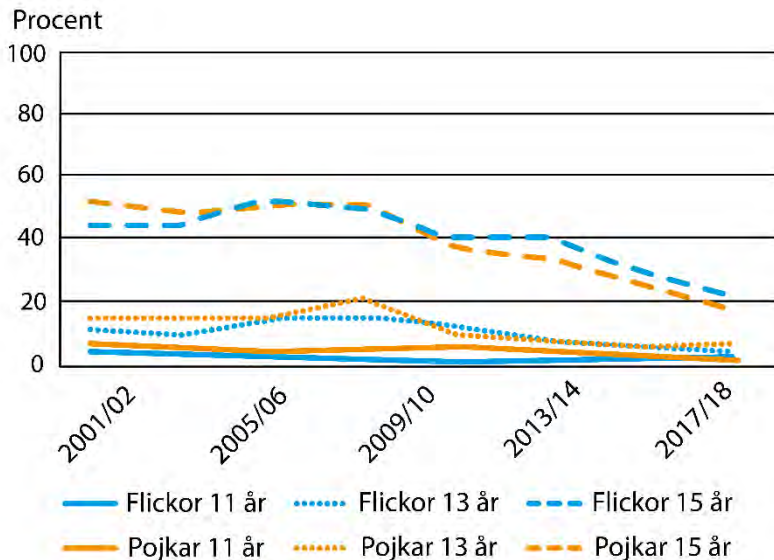
Alkoholkonsumtion

Barn och unga är särskilt sårbara för alkoholens effekter. Ett högt eller frekvent alkoholbruk har samband med negativa konsekvenser som sämre impulskontroll, sämre skolprestation och hög konsumtion av alkohol i vuxen ålder. Andelen elever som uppgett att de druckit sig berusade har minskat över tid. Bland 11-åringarna är andelen 1 procent 2017/2018, en minskning med 6 procent bland pojkarna och 4 procent bland flickorna sedan 1985/1986. Andelen 13-åriga flickor som uppgett att de varit berusade har minskat från 11 till 4 procent och från 13 till 6 procent bland pojkarna. Bland 15-åringarna fortsätter andelen också att minska, från 44 till 22 procent bland flickorna och 52 till 17 procent bland pojkarna.⁴⁵ Även bland flickor och pojkar i årskurs 9 hade andelen som druckit alkohol det senaste året minskat från cirka 64 procent 2007 till cirka 42 procent 2019. Samma tendens återfanns bland flickor och pojkar i gymnasiet

⁴⁵ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

år 2, där andelen minskade från cirka 87 procent till cirka 69 procent under samma tidsperiod.⁴⁶

Figur 4.5 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som uppger att de har varit berusade, 1985/1986–2017/2018. Observera att uppgifter för 1993/94 saknas



Källa: Folkhälsomyndigheten Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/2018.

Tobaksanvändning

Tobaksrökning ökar risken för flertalet sjukdomar som diabetes, cancer, hjärt- och kärlsjukdom och sjukdomar och infektioner i andningsorganen. Många av de som börjar röka gör det innan 18 års ålder. Rökning kan upplevas hjälpa till att fylla en social funktion för ungdomar genom att till exempel skapa tillhörighet eller kontakt, kontrollera negativa känslor eller depression. Det är viktigt att arbeta förbyggande mot att unga börjar röka, eftersom tröskeln för att bli beroende av nikotin i vuxen ålder blir lägre och det är svårt att bryta beroendet.⁴⁷ Enligt data som baseras på Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) årliga drogvanundersök-

⁴⁶ Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Alkoholkonsumtion (skolelever)*. (Hämtad 2021-03-18).

⁴⁷ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

ning bland skolelever i årskurs 9 och år 2 på gymnasiet (Skolelevers drogvanor) har tobakskonsumtionen minskat över tid. Från år 2012 har andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de rökt under de senaste 12 månaderna och som fortfarande röker minskat från cirka 16 procent till 10 procent år 2019. I gymnasiets år 2 har motsvarande andel minskat från cirka 30 procent till ungefär 20 procent under samma period.⁴⁸

Snusning kan orsaka ett nikotinberoende och är förknippat med vissa hälsorisker.⁴⁹ Sedan år 2012 har andelen flickor och pojkar i årskurs 9 och gymnasiets år 2 som uppgett att de snusat de senaste 12 månaderna och fortfarande snusar ökat i båda årskurserna. I årskurs 9 var andelen ungefär 7 procent år 2012 och cirka 9 procent år 2019, motsvarande andelar för gymnasiets år 2 var ungefär 13 procent respektive cirka 17 procent.⁵⁰

Cannabisanvändning i skolåldern kan resultera i beroendeutveckling, försämrade kognitiva funktioner och ökad risk för psykotiska symtom. Ett regelbundet bruk av cannabis som påbörjats i tidig ålder har även ett samband med högre skolfrånvaro, lägre utbildningsnivå, högre arbetslöshet, lägre inkomst, större behov av ekonomiskt stöd och bruk av andra droger. 6 procent av 15-åriga flickor och 8 procent av pojkarna uppger att de har provat hasch, cannabis eller marijuana.⁵¹ Bruk av narkotika orsakar ökade risker för skador både ur ett socialt och ett medicinskt perspektiv. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de använt narkotika det senaste året har ökat från 4,4 procent 2007 till 5,8 procent 2019 och motsvarande för gymnasiets år 2 var 10,7 procent till 12,5 procent under samma period.⁵²

Tandhälsa

Redan i förskoleåldern grundläggs goda tandvårdsvanor. Tandhälsan hos barn och unga är generellt sett god, dock förekommer skillnader mellan regioner, åldersgrupper och socioekonomiska grupper. Bland

⁴⁸ Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Tobakskonsumtion, cigaretter (skolelever)*. (Hämtad 2021-03-18).

⁴⁹ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

⁵⁰ Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Tobakskonsumtion snus (skolelever)*. (Hämtad 2021-03-18).

⁵¹ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

⁵² Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Narkotikaanvändning (skolelever)*. (Hämtad 2021-03-18).

barn som har vårdnadshavare med dålig tandhälsa och karies är förekomsten av karies hos barnen vanligare. Barn med karies i mjölk-tänderna riskerar sämre munhälsa senare i barn- och ungdomsåren.⁵³ Det finns även socioekonomiska skillnader bland barn och unga i hur regelbundet man besöker tandvården och dessa går att upptäcka tidigt under barndomen.⁵⁴ Vid 6-års ålder har mer än vart fjärde barn karies i tänderna och tandhälsan bland 12- och 19-åringar riskerar att försämrans på sikt.

Förekomsten av karies bland 3-åringar var 5 procent och är oförändrad under perioden 2011–2018. Bland 6-åringarna hade karies ökat från 21 procent 2011 till 27 procent 2018. Ungefär 33 procent av 12-åringarna hade karies 2018 och resultaten har varit relativt oförändrade sedan 2011. Andelen 19-åringar med karies har var 40 procent 2019, vilket är innebär en förbättring över tid.⁵⁵

Övervikt och fetma

Övervikt och fetma ökar risken för skador och sjukdomar i rörelseorganen, hjärt- och kärlsjukdom, diabetes typ 2, vissa cancerformer, psykisk ohälsa och förtida död. Övervikt i sig ökar risken för fetma. För barn och unga som har övervikt eller fetma i ung ålder är risken stor att den kvarstår i vuxen ålder. Förekomsten ökar i stort sett i alla åldrar och det finns tydliga skillnader i olika grupper och var i Sverige man bor. Förekomsten ökar också med åldern. Bland 9-åringarna var det dubbelt så stor andel med övervikt och fetma jämfört med 6-åringarna. Dessutom har andelen barn med övervikt eller fetma ökat över tid. Andelen 11-åringar och 15-åringar med övervikt eller fetma har mer än dubblats under de senaste 30 åren.

När det gäller 4-åringar hade cirka 11 procent övervikt eller fetma år 2018. Det var vanligare bland flickorna (13 procent) än bland pojkarna (10 procent). Då det endast finns nationella data för åren 2017 och 2018 bland barn i 4-årsåldern är det svårt att säga något om utvecklingen.⁵⁶

⁵³ Socialstyrelsen (2020): *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – lägesrapport 2020*.

⁵⁴ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

⁵⁵ Socialstyrelsen (2020): *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – lägesrapport 2020*.

⁵⁶ Folkhälsomyndigheten (2021): *Förekomst av övervikt och fetma* (Hämtad 2021-01-27).

Cirka 21 procent av 6–9-åringar hade läsåret 2017/2018 övervikt eller fetma. Andelen med övervikt var 15 procent och andelen med fetma 12 procent. Under samma period var andelen 11-åriga pojkar med övervikt eller fetma 19 procent och för flickor 12 procent. För 13-åriga pojkar var andelen 16 procent och för flickor 12 procent. Andelen 15-åriga pojkar var 20 procent och flickor 12 procent.⁵⁷

Kroppsuppfattning

Under puberteten blir både flickor och pojkar mer medvetna om sin kropp och börjar jämföra sig med andra. Generellt sett brukar ungas syn på sin kropp bli mer negativ ju äldre de blir, jämfört med de personer som befinner sig i början av tonåren som har en mer positiv bild av sina kroppar. Flickor anser i högre utsträckning att de är för tjocka jämfört med pojkarna, där en större andel anser att de väger lagom mycket i alla ålderskategorier. En negativ kroppsuppfattning är relaterad till högt BMI senare i livet, psykisk ohälsa, bantning, hetsätning, låg grad av fysisk aktivitet och lågt intag av frukt och grönt. Det finns ett samband mellan att anse att man är för tjock och psykosomatiska besvär. Hos flickor som försöker gå ner i vikt förekommer psykosomatiska besvär i högre grad. Det finns även ett samband mellan psykosomatiska besvär och uppfattningen om att man är lite eller alldeles för smal.⁵⁸

Familjerelationer och andra sociala relationer

Sociala relationer har stor betydelse för hälsan i olika faser i livet. Socialt stöd från andra människor bedöms vara en skyddsfaktor mot psykisk ohälsa. Familjen är barns omedelbara sociala nätverk och har ett livsnödvändigt och avgörande inflytande på hälsans och välbefinnandets utveckling. De tidiga relationerna, ett positivt samspel mellan barnet och dess vårdnadshavare och en lyhörd omvårdnad lägger grunden för barnets utveckling av en trygg anknytning, vilken i sin tur har positiv inverkan på barnets utveckling och hälsa. Spädbarnet är aktivt i skapandet av sina sociala relationer och eftersträvar sin vårdnadshavares uppmärksamhet. Spädbarnet behöver de vuxnas

⁵⁷ Folkhälsomyndigheten (2021): *Förekomst av övervikt och fetma*. (Hämtad 2021-01-27).

⁵⁸ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

stöd för att kunna utnyttja sina egna resurser till utveckling. De tidiga relationerna och sociala samspelet till andra, speciellt relationerna till vårdnadshavare, är den primära miljön för lärande under barnets tidiga levnadsår.⁵⁹ Brister i tillgång på främjande och stödjande relationer kan få negativa konsekvenser för barnets utveckling och hälsa. Relationssvårigheter och problem mellan barnet och dess vårdnadshavare, vårdnadshavares psykiska ohälsa och bristande omsorgsförmåga, konflikter i familjen och bristande socialt nätverk att få stöd genom medför ökad risk för ohälsa bland barn under uppväxtåren och senare i livet.⁶⁰

Tillgång till socialt stöd ses som ett brett mått på välbefinnande hos unga. Det finns samband mellan socialt stöd och minskad risk för depression, gott självförtroende, psykiskt välbefinnande och hög tilltro till den egna förmågan. Bristfälliga sociala relationer kan på motsatt vis utgöra en riskfaktor som kan skapa ohälsa.⁶¹

Enligt tidigare analyser av Skolbarns hälsovanor finns ett tydligt samband mellan förekomsten av psykosomatiska besvär och elevernas relation med sina föräldrar. Elever som svarat att de har svårt att prata med en eller båda sina föräldrar har uppgett en högre förekomst av psykosomatiska besvär jämfört med elever som inte upplever samma problem i sina relationer till föräldrarna. Både flickor och pojkar upplever att de får socialt stöd av familjen, men upplevelsen av stöd minskar med åldern. De flesta flickor och pojkar har lätt att prata med sin mamma om det som bekymrar dem, andelen som uppgett att de har lätt att prata med sin pappa är något lägre särskilt bland 13- och 15-åriga flickor.⁶²

Flickor uppger i högre grad än pojkar att de får socialt stöd av sina vänner. Andelen som har daglig eller nästan daglig kontakt med vänner, syskon, föräldrar eller lärare på nätet är högre bland flickor än pojkar.⁶³

En betydande del av kommunikationen mellan människor sker i dag via digitala kanaler som till exempel sociala medier så som Instagram, Facebook och Snapchat. 95 procent av unga i åldrarna 13–16 och 97 procent av unga 17–18 år använder sociala medier.⁶⁴

⁵⁹ Sarkadi, A. et al. (2018): *Spädbarnets utveckling och behov av en trygg bas*.

⁶⁰ Rikshandboken för barnhälsovård (2021): *Identifiera skydds- och riskfaktorer* och Bergum Hansen, M. och Jacobsen, H. (2008): *Sped- och småbarn i risiko- en kunskapsstatus*.

⁶¹ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

⁶² Ibid.

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Statens Medieråd (2019): *Ungar & medier 2019*.

Det finns flera samband mellan sämre psykiskt välbefinnande och mer omfattande medieanvändning, men sambanden är ofta svaga och det finns ännu inget klart svar om vad som är orsak och verkan, eller vilka andra mekanismer som är inblandade.⁶⁵ En del forskning pekar på att användning av sociala medier kan öka risken för depressiva besvär samtidigt som annan forskning menar att relationen mellan sociala medier och depressiva besvär är komplex.⁶⁶

Mobbning

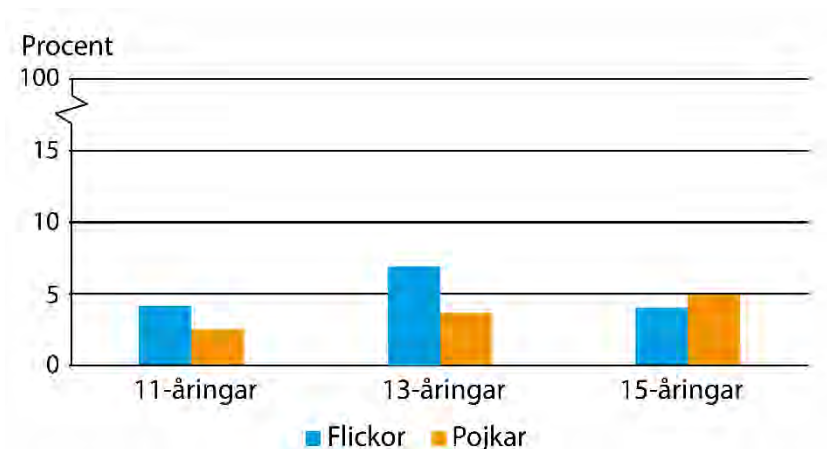
Enligt analyser av data från Skolbarns hälsovanor finns det ett starkt samband mellan att vara mobbad och att ha psykosomatiska symptom. Inblandning i mobbning både som förövare och offer är förknippat med en mer negativ framtidssyn och olika former av utåtagerande eller inåtvända psykiska problem. Mellan 6–10 procent av flickorna i alla åldrar uppger att de blivit utsatta för kränkande behandling eller mobbning i skolan 2–3 gånger i månaden eller oftare, motsvarande siffra för pojkarna är cirka 8 procent. Förutom att kränkande behandling eller mobbning förekommer i skolmiljön kan det äga rum på internet, så kallad nätmobbning där kommunikationen sker via en dator, mobiltelefon eller annan digital produkt. 3–7 procent av flickor och pojkar i alla åldrar uppger att de har utsatts för nätmobbning mellan 2–3 gånger i månaden eller oftare.⁶⁷

⁶⁵ Statens Medieråd (2020): *Unga medier och psykisk ohälsa*.

⁶⁶ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

⁶⁷ Ibid.

Figur 4.6 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som uppger att de har blivit nätmobbade* 2–3 gånger i månaden eller oftare, under de senaste månaderna, 2017/2018



* Till exempel att någon skickat elaka chattmeddelanden eller sms till dem, gjort elaka inlägg, skapat en webbsida som förlöjligar dem, lagt upp pinsamma eller olämpliga bilder på dem på nätet eller skickat sådana bilder till andra utan deras tillåtelse.

Källa: Folkhälsomyndigheten Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/2018.

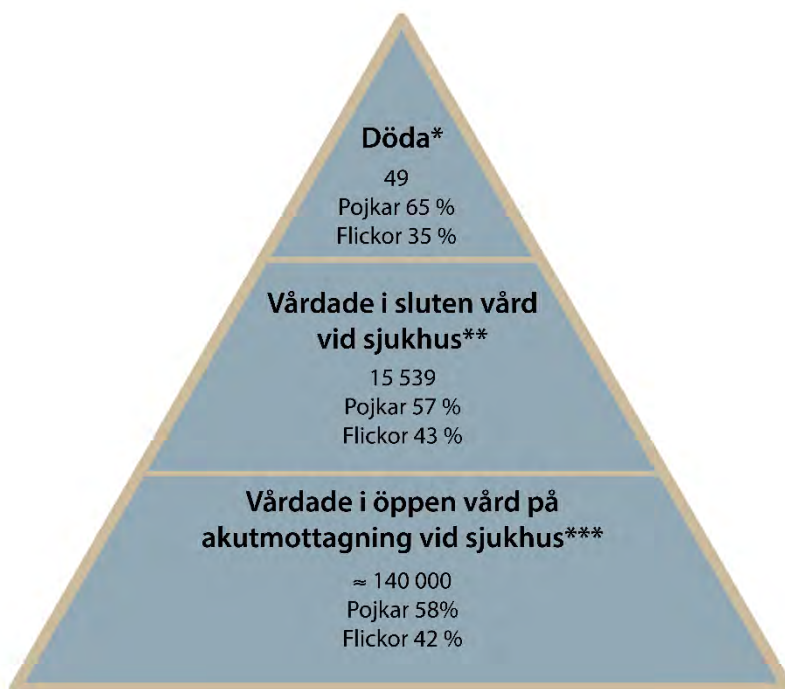
Olycksfall

Den vanligaste orsaken till att barn vårdas på sjukhus är skadehändelser. Närmare en fjärdedel av barn i åldrarna 1–17 år som vårdas inskrivna på sjukhus, vårdas till följd av en skadehändelse. Skador är även den vanligaste dödsorsaken bland barn i åldrarna 1–17 år. Trots att skador är en vanlig orsak till att barn avlider har trendkurvan för skador hos barn under lång tid varit avtagande. De senaste 40 åren har antalet barn som avlidit minskat från fler än 400 per år i början på 1970-talet till under 100 de senaste åren.⁶⁸ 2016 avled 49 barn i åldrarna 0–17 år till följd av skadehändelse, varav olycksfall utgjorde hälften.⁶⁹

⁶⁸ Socialstyrelsen (2015): *Skador bland barn i Sverige 2015*.

⁶⁹ Socialstyrelsen (2017): *Statistik om skador bland barn 2016*.

Figur 4.7 Skadepyramid för barn 0–17 år. Antalet avlidna, vårdade i slutenvård samt vårdade i öppen vård till följd av skadehändelse 2016



Källa: Socialstyrelsen (Dödsorsaksregistret, Patientregistret, IDB (Injury Database)).

Barn som far illa eller riskerar att fara illa

Alla barn och unga har rätt till att få växa upp under trygga förhållanden. Barn som far illa eller riskerar att fara illa är ett gemensamt samhällsansvar, men många barn som far illa kommer inte till socialtjänstens kännedom och kan därmed inte alltid få det stöd och skydd som de behöver från samhället. Personal inom hälso- och sjukvården samt tandvården som i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa ska genast göra en anmälan till socialnämnden. Det följer av 14 kap. 1 § socialtjänstlagen. Ett barn kan fara illa när det till exempel i hemmet utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar, fysisk eller psykisk försumelse, har allvarliga relationsproblem i förhållande till sin familj eller ett självdestruktivt beteende. Barn och unga med stora problem i

skolsituationen som är kopplat till en social problematik, kan också fara illa.⁷⁰

Anmälningar till socialtjänsten som rör relationsproblem i familjen, omsorgssvikt, övergrepp och våld i familjen omfattar till största del de yngre barnen (0–12 år). Bland de yngsta barnen (0–6 år) är omsorgssvikt och våld i familjen de vanligaste anmälningsorsakerna. Anmälningarna är fler i socioekonomiskt utsatta områden, men det är inte klarlagt varför det är så. Tidigare forskning har pekat på orsaker som familjesituation, nära omgivning och omgivande samhällsliga strukturer när det gäller risken att barn far illa. Sociala omständigheter som fattigdom och arbetslöshet är riskfaktorer som kan påverka föräldraförmågan negativt. Det är dock viktigt att påpeka att bristande omsorg om barn förekommer i alla samhällsskikt.⁷¹

Antalet orosanmälningar har ökat över tid. Det finns flera möjliga orsaker som sannolikt samspelar som förklaring till ökningen. En bidragande orsak är att fler anmälningsskyldiga i dagsläget har kunskap om sin anmälningsskyldighet. Andra bidragande orsaker är nationella satsningar med utvecklingsmedel i arbete mot våld i nära relationer, att socialtjänsten har förbättrat sitt arbetssätt och en förändrad lagstiftning. Många regioner har även startat barnskyddsteam i syfte att bland annat utbilda och vara stöd till annan vårdpersonal i frågor som rör våld och vanvård mot barn, bland annat i samband med en anmälan om barn till socialtjänsten.⁷²

4.2.2 Barns och ungas hälsa i olika åldrar och olika grupper

Det ofödda barnets hälsa

Blivande föräldrars levnadsvanor har betydelse för fostrets utveckling och framtida hälsa. Ohälsosamma levnadsvanor hos gravida som till exempel otillräcklig fysisk aktivitet, alkoholkonsumtion, rökning, snusning och ohälsosamma matvanor, innebär risker för både kvinnan och fostret. De allra flesta gravida träffar mödrahälsovården

⁷⁰ Socialstyrelsen (2014): *Barn som far illa eller riskerar att fara illa*.

⁷¹ Socialstyrelsen (2019): *Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa – Nationell kartläggning 2018*.

⁷² Ibid.

och har därigenom goda möjligheter att få stöd med en beteendeförändring.⁷³

Övervikt och fetma i samband med graviditet kan utgöra en hälsorisk för den gravida, fostret och det nyfödda barnet. Ett högt BMI är kopplat till en ökad risk för graviditetskomplikationer som högt blodtryck, havandeskapsförgiftning och graviditetsdiabetes. Det föreligger även en ökad risk för missbildningar hos fostret, missfall och fosterdöd. Det finns ett starkt samband mellan övervikt och fetma hos mamman och att barnet föds stort för tiden. Ett högt BMI innebär också en ökad risk för prematur förlossning och kejsarsnitt. Förekomsten av övervikt (BMI 25–29,9 kg/m²) hos gravida vid inskrivning hos mödravårdsenheten har ökat från cirka 20 procent 1992 till 26,7 procent 2018, motsvarande siffror för förekomsten av fetma (BMI på minst 30 kg/m²) var cirka 6 procent till 15,4 procent under samma tidsperiod.⁷⁴

Alkoholkonsumtion under graviditeten riskerar att störa fostrets utveckling och kan leda till fysiska, kognitiva och beteendemässiga effekter.⁷⁵ Andelen gravida med riskbruk av alkohol har minskat från 6,2 procent 2012 till 3,6 procent 2019.⁷⁶

Att röka eller snusa under graviditeten är förenat med ökad risk för låg födelsevikt hos barnet och för tidig födsel som i sin tur ökar risken för perinatal sjuklighet och dödlighet.⁷⁷ Vid inskrivning på mödravårdsenheten tillfrågas den gravida om sina tobaksvanor. Andelen gravida som rökte cigaretter vid tidpunkten för inskrivningen hade minskat från 12,3 procent 2000 till 4,2 procent 2018. Andelen gravida som snusade var omkring 1,2 procent under samma tidsperiod.⁷⁸

Sverige har en relativt låg andel dödfödda barn, 3,7 per 1 000 födda barn, men andelen har inte minskat i samma utsträckning som i andra jämförbara länder under de senaste tio åren. Tillväxthämning hos fostret är den komplikation som bidrar mest till dödfödhet, speciellt dödfödhet före fullgången tid. Riskfaktorer

⁷³ Socialstyrelsen (2018): *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*.

⁷⁴ Socialstyrelsen (2020): *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2018*.

⁷⁵ Folkhälsomyndigheten (2018): *Rapport över utvecklingen i förhållande till ANDT-strategins mål 2018*.

⁷⁶ Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Gravida riskbruk alkohol* (Hämtad 2021-03-18).

⁷⁷ Socialstyrelsen (2018): *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*.

⁷⁸ Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Gravida riskbruk tobak* (Hämtad 2021-03-18).

är till exempel hög ålder hos modern, låg utbildning, övervikt/fetma, upprepade tidigare missfall, tidigare förlossning med ett dödfött barn, rökning och att kvinnan var född i Afrika söder om Sahara, eller i Mellanöstern.⁷⁹

Spädbarns och småbarns hälsa

Spädbarnsdödlighet är en viktig välfärdsindikator och avser de spädbarn som avlider innan de fyllt ett år. Dödsfall under neonatalperioden, de första 28 levnadsdagarna, orsakas framför allt av förlossningskomplikationer, andningsstörningar och infektioner samt medfödda missbildningar. Under den resterande delen av det första levnadsåret orsakas spädbarnsdödlighet vanligen av plötslig spädbarnsdöd, infektioner, tumörer och olycksfall. Spädbarnsdödligheten minskar med förbättrade socioekonomiska och sanitära förhållanden, med medicinska framsteg och mer utvecklad hälso- och sjukvård. I Sverige avled 2,1 per 1 000 levande födda spädbarn under det första levnadsåret 2019, varav hälften skedde under den första levnadsveckan. Sverige är ett av de länder som har lägst spädbarnsdödlighet.⁸⁰

Under de första åren i barnens liv utvecklas hjärnan som mest. Då grundläggs den fysiska, psykiska, sociala och kognitiva utvecklingen. Olika faktorer påverkar barns utveckling och framtida hälsa både under fosterperioden och i den tidiga barndomen. Den första tiden i livet har därför stor betydelse för barns hälsa och utveckling och omgivningens bemötande är centralt. Det är viktigt att de biologiska, psykologiska och sociala faktorerna samspelar på ett sätt som främjar barnets utveckling och hälsa på sikt.⁸¹

De första åren i ett barns liv har avgörande betydelse för livslång psykisk hälsa och välbefinnande.⁸²Hos yngre barn är psykisk och somatisk hälsa väl förbundna med varandra och inte enkla att skilja åt. Psykisk ohälsa hos barn under de första levnadsåren tar sig andra uttryck än hos äldre barn eller vuxna. Tecken på psykisk ohälsa hos spädbarnen och de små barnen visar sig bland annat genom svårig-

⁷⁹ Socialstyrelsen (2018): *Dödfödda barn*.

⁸⁰ Folkhälsomyndigheten (2020): *Spädbarnsdödlighet* (Hämtad 2021-03-19).

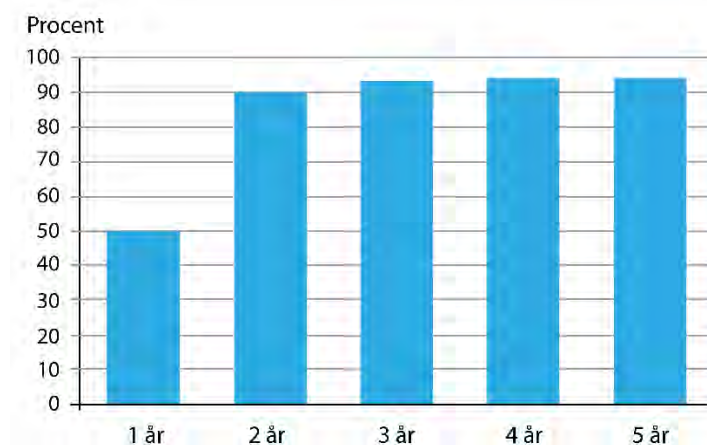
⁸¹ Sarkadi, A. et al. (2018): Spädbarns utveckling och behov av en trygg anknytning.

⁸² Britto, P.R. et al. (2017): *Nuturing care:promoting early childhood developement* och Stewart-Brown, S.L. och McMillian, A.S. (2010): *Home and communiting based parenting support programmes and interventions:report of Worpackage 2 of the DataPrev project*.

heter i relation och samspel mellan barnet och dess vårdnadshavare, dålig tillväxt, problem relaterade till barnets sömn, ätsvårigheter, skrikighet, svårigheter att lugna och trösta, brister i kommunikation, tillbakadragenhet och att barnet inte följer förväntad utveckling. Det skapar lidande hos barnet och dess omgivning och kan utmana föräldraskapet. Familjen kan behöva söka stöd i situationen, vilket kan uppmärksammas inom barnhälsovården eller inom förskolan. Det krävs ett nära samarbete med barnets vårdnadshavare för att kunna identifiera bakomliggande orsaker, planera för rätt insatser och följa upp. En bred kartläggning av skydds- och riskfaktorer runt och i familjen blir viktig, eftersom barnet är helt beroende av den omsorg och omvårdnad det får och familjens förutsättningar för att ge den.⁸³

De flesta barn mellan 1–5 år är inskrivna i förskola. Förskolan blev en egen skolform 1998. Sedan dess har antalet inskrivna barn ökat från strax under 20 000 barn till omkring 513 000 barn 2019. På hösten det år barnet fyller ett år är knappt hälften av barnen inskrivna. Bland tvååringar är andelen 89 procent och bland tre- till femåringar är 94 procent inskrivna i förskolan. Det finns ingen skillnad mellan flickor och pojkar.⁸⁴

Figur 4.8 Andel barn inskrivna i förskola efter ålder. Procent



Källa: Skolverkets förskoleregister och SCB:s barn och familjestatistik.

⁸³ Rikshandboken för barnhälsovård (2020): *Identifiering skydds- och riskfaktorer*. (Hämtad 2020-11-25).

⁸⁴ SCB (2021): *23 000 barn går inte i förskola* (Hämtad 2021-02-01).

En viktig del av förskolans arbete är att stödja barnens förmågor till att uppleva, reglera och uttrycka känslor, bilda nära och trygga relationer och att utforska sin omvärld. Det är viktiga aspekter för barns psykiska hälsa och utveckling.⁸⁵

Förskolan har positiva effekter både på barns psykiska hälsa och på deras senare studieresultat i både språk och matematik. I vuxen ålder har de som gick i förskola högre utbildningsnivå och högre inkomst. Förskolepersonalens utbildning och kompetensutveckling, samt rutiner för övergång från förskola till skola, har gynnsam effekt på barns kognitiva och sociala utveckling och psykiska hälsa.⁸⁶

När barn själva får svara på frågan om de trivs i förskolan framkommer bilden av att trivseln är mycket hög. 71 procent svarar att de trivs och 21 procent att de trivs ganska bra. 4 procent anger att de inte trivs.⁸⁷

Barn som är födda utomlands går i förskolan i lägre grad än barn som är födda i Sverige. Av de 23 000 3–5-åringar som inte går i förskola är 20 procent födda utomlands. 40 procent av dessa har varit folkbokförda i Sverige i mindre än ett år. De barn som inte går i förskola har oftare föräldrar med högst förgymnasial utbildning, lägre inkomstnivå och bor i hyresrätt.⁸⁸

När det gäller små barns hälsa i allmänhet finns begränsad information, eftersom det inte finns några fullt utvecklade datakällor.⁸⁹

Skolbarns och ungdomars hälsa

Tillfredsställelse med livet har ett samband med goda familjerelationer och skolfaktorer. Generellt uppger 11-, 13- och 15-åringar att de är tillfreds med livet, dock sjunker andelen något mellan 11 och 15 års ålder. En större andel pojkar än flickor anser att de är tillfreds med livet. Bland 15-åriga flickor uppger 66 procent att de har ett högt eller mycket högt välbefinnande, motsvarande siffra för pojkar är 85 procent.⁹⁰

⁸⁵ Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017): *Förskolans påverkan på barns hälsa*.

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Barnombudsmannen (2019): *Barns röster från förskolan*.

⁸⁸ Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017): *Förskolans påverkan på barns hälsa*.

⁸⁹ Folkhälsomyndigheten (2020): *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård*.

⁹⁰ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

Genomgående skattar flickor sin självkänsla lägre jämfört med pojkar och en mindre andel 15-åriga flickor än pojkar tycker om sig själva och anser att de är tillräckligt bra som de är. Andelen flickor som anser att ”jag tycker om mig själv” är 61 procent jämfört med 84 procent bland pojkarna. Andelen flickor som håller med om att ”jag är tillräckligt bra som jag är” är 60 procent medan motsvarande andel för pojkarna är 80 procent. Pojkar skattar även sin självförmåga högre än flickor i 15-årsåldern och en större andel uppger att de alltid eller vanligtvis klarar av saker de bestämt sig för att göra.⁹¹

Flickor i alla åldersgrupper och pojkar i 15-årsåldern uppger att de upplever en ökad skolstress som relaterar till psykiska och somatiska symtom. En högre andel flickor i 13-årsåldern uppger att de känner sig stressade jämfört med pojkar i samma ålder, 48 procent respektive 24 procent. För flickor och pojkar i 15-årsåldern uppger 73 procent respektive 49 procent att de känner skolstress.⁹²

Barn och unga som känner sig stressade över skolarbetet beskriver att de saknar strategier och att skolarbetets påfrestningar aldrig tar en paus. För en del barn skapar arbetsbelastningen i skolan en ohållbar situation. En del upplever att skolarbetet tar upp så mycket tid och ork att de känner sig tvungna att prioritera bort vänner och fritidsaktiviteter.⁹³

De vanligaste psykiska besvären bland flickor och pojkar i skolåldern är irritation, dåligt humör, nervositet och sömnsvårigheter. Alla besvär är vanligare bland flickorna i 13- och 15-årsåldern jämfört med pojkarna. Utvecklingen av de psykiska besvären har ökat bland 13- och 15-åringarna och de 11-åriga flickorna sedan mätningarnas start 1985/1986.⁹⁴ Fler yngre barn rapporterar psykosomatiska besvär som nedstämdhet och sömnsvårigheter än tidigare.⁹⁵ De vanligaste somatiska besvären bland flickor i alla åldrar är huvudvärk och magont och besvären förekommer i högre utsträckning hos flickor jämfört med pojkar. Huvudvärk och ryggont är vanligast hos pojkar. Det är vanligare att flickor har minst två somatiska besvär mer än en gång i veckan jämfört med pojkar. Andelen elever med minst två besvär har varierat under åren och andelarna i alla åldrarna har ökat

⁹¹ Ibid.

⁹² Ibid.

⁹³ Bris (2020): *Hållbara liv – om barnets rättigheter, barns uppväxtvillkor och samhällets ansvar*.

⁹⁴ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

⁹⁵ Socialstyrelsen (2019): *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga – Öppna jämförelser 2019*.

till de högsta nivåerna sedan studiens start. Flickor i alla åldrar tar i högre utsträckning än pojkar medicin mot huvudvärk och magont.⁹⁶ Självrapporterade psykosomatiska besvär i ung ålder ökar risken för senare psykiatrisk sjukdom eller självmord.⁹⁷

Omkring 10 procent av barn i åldrarna 13–17 år vårdades för psykiatrisk diagnos eller behandlades med psykofarmaka inom öppenvård eller slutenvården år 2017. I gruppen unga mellan 18–24 år var motsvarande andel cirka 12 procent, med en fördelning på 15 procent för unga kvinnor och 10 procent för unga män. Antalet som vårdades för psykiatrisk diagnos eller behandlades med psykofarmaka har ökat över tid för barn och unga sedan år 2006 till 2017.⁹⁸ De diagnoser som främst bidrar till ökningen är depressioner och ångestsyndrom, vilket resulterar i en ökad förskrivning av läkemedel. 5 procent av barn och unga i åldrarna 13–19 år har haft depression. Depressionsförekomsten bland barn innan puberteten är lägre och drabbar omkring 1 procent varje år. Varje år drabbas cirka 10 procent av alla barn och unga av ångestsyndrom.⁹⁹

Antal barn och unga under 18 år som tagit sitt liv varierade mellan 20–29 fall under tidsperioden 2012–2017, vilket motsvarar omkring ett självmordsfall per 100 000 invånare i åldersgruppen. När det gäller unga mellan 18–24 år, varierar antalet personer som avlider till följd av självmord från år till år. Under 2017 avled 128 unga i åldersgruppen. Det är betydligt vanligare att både pojkar och unga män tar sina liv än flickor och unga kvinnor.¹⁰⁰

Drygt 5 procent av barn i skolåldern uppskattas ha ADHD.¹⁰¹ Antalet barn i åldern 5–17 år som använder läkemedel vid ADHD har ökat över tid och medicineringen med ADHD-läkemedel är dubbelt så hög bland pojkar som bland flickor. Det är inte ovanligt att personer med ADHD har flera samtida psykiatriska diagnoser. Bland barn och unga är ångesttillstånd, depression och utagerande beteende vanligt. Det finns även en ökad risk för att utveckla missbruk.¹⁰²

⁹⁶ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

⁹⁷ Socialstyrelsen (2013): *Psykiisk ohälsa bland unga*. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013.

⁹⁸ Socialstyrelsen (2019): *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga – Öppna jämförelser 2019*.

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ Socialstyrelsen (2014): *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd*.

¹⁰² Socialstyrelsen (2019): *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga – Öppna jämförelser 2019*.

Barn och unga med långvariga och vårdbehov

Demografiska diskussioner i Sverige i dag fokuserar främst på multi-sjuka äldre och sjuka vuxna, trots att även barnpopulationen är i stadig ökning och att det finns ett stort antal barn och unga med långvariga och stora behov av vård och omsorg. Några av dem är så kallade nya överlevare, som till exempel för tidigt födda barn, barn födda med allvarliga missbildningar och barn och unga som överlevt cancer, andra är barn och unga med neurologiska och metabola sjukdomar. Psykiatriska tillstånd ökar, inte minst andelen som får diagnoser inom neuropsykiatriska funktionshinder. Trots detta saknas tillgängliga fakta om barn och ungas övergripande sjuklighet och vårdbehov.

Gruppen barn och unga med långvariga och stora vårdbehov innefattar personer med kroniska tillstånd av olika slag, vilket innebär att de har likartade behov under en längre tid. Tillstånden spänner över många olika diagnosfält. Det saknas dock en vedertagen definition för denna grupp.

Det saknas också data på hur många barn och unga som gruppen omfattar, men data från Västra Götalandsregionen visar att cirka 20 procent av alla barn och unga från 0 till och med 17 år, har större och återkommande behov av hälso- och sjukvård och konsumerar en majoritet av vårdresurserna (cirka 80 procent).¹⁰³ Myndighetsrapporter liksom en del internationella studier pekar på en ungefärlig förekomst av kroniska sjukdomar hos barn och unga på 20 procent.¹⁰⁴

Barn och unga med långvariga och stora vårdbehov är en heterogen grupp. Den omfattar till exempel personer med funktionsnedsättningar som får stöd inom habiliteringsverksamhet, personer med olika socialpsykiatriska behov, likväl som personer med väl kontrollerad astma eller diabetes. Skillnaderna inom gruppen är därför stora när det gäller medicinsk komplexitet, grad av funktionsnedsättning och resursbehov. För olika individer varierar också vårdbehovet över tid, eftersom många går in och ut ur stora behov, medan en del är livslångt sjuka från starten av livet. Barn och unga med långvariga och stora vårdbehov söker vård i både primärvård och specialistvård, men för olika saker.

¹⁰³ Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt.*

¹⁰⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014): *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom, rapport 2014:2.*

Samsjuklighet är vanligt hos barn med vissa kroniska tillstånd, till exempel hos barn med fetma, barn med syndrom, hos svårt sjuka nyfödda barn, vid neurologisk sjukdom och vid psykiatriska tillstånd och neuropsykiatriska funktionshinder. Av barn med långvariga och stora behov har ungefär en femtedel av individerna tre eller fler kroniska diagnoser. Det innebär en utmaning för vården som ofta är segmenterad och diagnosspecifik.¹⁰⁵

Barn och unga som har kroniska sjukdomar och många vårdkontakter lyfter själva vikten av vårdnadshavares roll som trygghetsskapande och stödjande i informationsinhämtning, i mötet med vården, i planering och behandling. Det är tydligt att sjukdomen påverkar vardagen och barnets eller den unges syn på livet och sin utveckling. Flera barn och unga vittnar om att de tvingas mogna in i vuxenlivet tidigare än kompisar utan kronisk sjukdom. De måste också utstå många prövningar och förväntas klara av påfrestande och stressiga moment i hälso- och sjukvården. Unga ser också föräldrarnas stress och vårdpersonalens pressade vardag och tidsbrist.¹⁰⁶

Skolarbetet påverkas i hög grad av sjukligheten och behandlingen, men stöd och kompensation från skolan för barnets ofrivilliga frånvaro uteblir ofta. Unga med kroniska sjukdomar vill vara som alla andra och det uppstår ofta inre konflikter kring vem man vill dela sin hälsoinformation med, som till exempel kompisar, lärare och elevhälsans personal.¹⁰⁷ Barn och unga med funktionsnedsättning uppger att de trivs mindre bra i skolan och utsätts för mobbning i högre grad än andra barn. Det är särskilt förekommande bland barn med måttliga eller svåra funktionsnedsättningar och neuropsykiatriska diagnoser. Mellan 60–67 procent av eleverna med en funktionsnedsättning, långvarig sjukdom eller annat långvarigt hälsoproblem tar medicin.¹⁰⁸

För barn och unga med kroniska tillstånd är det extra viktigt att hälso- och sjukvården tillhandahåller en trygg fast kontakt som ger kontinuitet och tillräckligt med tid när besvären kvarstår och inte ger med sig vid de första insatserna. Delaktighet och stöd, samordning och informationsdelning brister ofta i vården.

¹⁰⁵ Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt*.

¹⁰⁶ Västra Götalandsregionen (2019): *Intervjustudie med barn och unga med kronisk sjukdom och många vårdkontakter i Västra Götalandsregionen – hur de uppfattar kontakten med vården och hur de beskriver sin vardag, Regional handlingsplan för barn och ungas hälsa och sjukvård*.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.

Hälsa bland placerade barn och unga

De flesta barn och unga som placerats i familjehem anser att de har det bra i sina familjehem. De känner sig trygga och får stöd och hjälp av familjehemsföräldrarna, både känslomässigt och praktiskt.¹⁰⁹ Samtidigt visar undersökningar att barn och unga som är placerade i familjehem och hem för vård eller boende (HVB), som grupp betraktat, har sämre fysisk och psykisk hälsa än andra barn.¹¹⁰ Placerade barn har också en sämre munhälsa än barn som inte är placerade. De besöker tandvården något mer sällan än andra barn och kontakten med tandvården verkar inte etableras i direkt anslutning till placeringsstillfället.¹¹¹

Barn och unga som vårdas i HVB med stöd av lagen för vård av unga (LVU) har mycket ofta psykiatriska tillstånd och vårdbehov som behöver tillgodoses samtidigt som de sociala vårdbehoven. En undersökning som Socialstyrelsen har genomfört vid Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem visar bland annat att 71 procent av barnen och de unga hade minst en fastställd psykiatrisk diagnos, 45 procent av barnen och de unga hade minst två dokumenterade diagnoser och 20 procent hade minst tre samtidiga diagnoser. Det fanns en stor överlappning mellan olika psykiatriska tillstånd. Den vanligaste diagnosen hos både pojkar och flickor var ADHD. Hos pojkar var den näst vanligaste diagnosen missbruk, följt av uppförandestörning och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Den näst vanligaste diagnosen bland flickor var PTSD, följt av autismspektrumtillstånd och missbruk. 40 procent av barnen och de unga hade varit i något akut psykiatriskt tillstånd de senaste sex månaderna. Vanligast var självmords- respektive självskaðebeteende följt av panikattacker. Självmordsbeteende var tre gånger vanligare bland flickor och självskaðebeteende var mer än fyra gånger så vanligt bland flickor jämfört med bland pojkar.¹¹²

¹⁰⁹ Socialstyrelsen (2021) *Att lyssna på barn i familjehem. En nationell brukarundersökning om familjehemsplacerade barns upplevelser av vården.*

¹¹⁰ SKR (2020): *Hälsoundersökningar för placerade barn.*

¹¹¹ Socialstyrelsen (2020): *Munhälsa och tandvård för placerade barn.*

¹¹² Socialstyrelsen (2019): *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov.*

Hälsa bland unga hbtq-personer

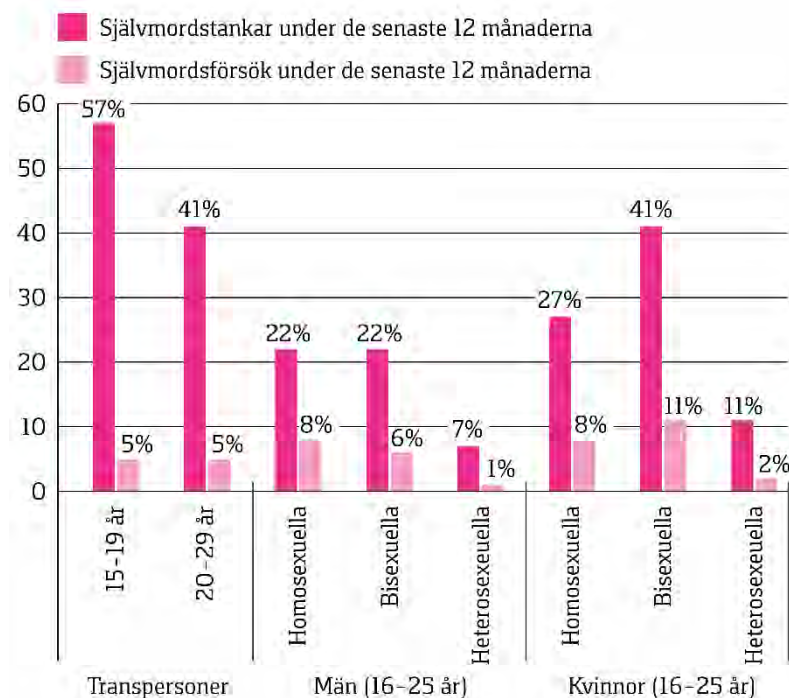
En mängd olika internationella studier visar att unga hbtq-personer har en ökad risk för psykisk ohälsa, särskilt depression, ångest och självmordsbeteende jämfört med unga heterosexuella och cispersoner.¹¹³

Redan tidigt i livet ökar risken för nedsatt fysisk och psykisk hälsa och självmord bland hbtq-personer jämfört med heterosexuella. Unga hbtq-personer löper ungefär dubbelt så stor risk att drabbas av depression, ångestproblematik och missbruksproblematik jämfört med unga heterosexuella. De transpersoner som sökt vård och fått diagnosen könsdysfori hade fem till sex gånger så hög sannolikhet att vårdas för depression och ångestproblematik. Det förekommer en ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende hos unga hbtq-personer.¹¹⁴

¹¹³ Cispersoner = personer vars kön som tilldelats vid födseln överensstämmer med det juridiska, sociala och upplevda könet.

¹¹⁴ Forte (2020): *Hälsa och livsvillkor bland unga hbtq-personer – Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns?*

Figur 4.9 Andel hbt-personer som rapporterar självmordstankar och självmordsförsök under de senaste 12 månaderna



Källa: Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät (2010–2015) och rapporten "Hälsa och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner". *Not:* Uppgiften kring självmordsförsök under de senaste 12 månaderna bland transpersoner är ett genomsnitt för samtliga åldrar 15–94 år.

En gemensam orsak till dessa skillnader kan ligga i den specifika utsatthet för stress, som är kopplad till det stigma som hbtq-personer exponeras för, även kallad minoritetsstress. Denna typ av stress innebär till exempel utsatthet för diskriminering, ökad risk för våld, stress kring att hålla sin sexuella identitet eller könsidentitet hemlig. Det handlar också om förväntningar att bli avvisad på grund av sin sexuella identitet eller könsidentitet och social isolering. Forskningen visar att utsatthet för minoritetsstress orsakar både psykologiska och fysiologiska stressreaktioner.¹¹⁵

Forskningen visar även att unga hbtq-personer har en sämre allmän hälsa och nedsatt funktionsförmåga jämfört med unga hetero-

¹¹⁵ Forte (2020): *Hälsa och livsvillkor bland unga hbtq-personer – Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns?*

sexuella och cispersoner. Vissa specifika hälsoproblem och stressrelaterade symtom som sömnsvårigheter, huvudvärk och migrän samt mag- och tarmbesvär är också mer vanligt förekommande. Bland homo- och bisexuella män förekommer en kraftigt ökad risk för hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar än bland heterosexuella män. En del studier har funnit indikationer på ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom kopplad till användning av alkohol, tobak, droger, psykisk ohälsa och övervikt bland homo- och bisexuella kvinnor.¹¹⁶

Enligt forskningen är en del hälsorelaterade riskbeteenden vanligare bland unga hbtq-personer jämfört med heterosexuella och cispersoner, till exempel ökad risk för användning av alkohol, droger och tobaksrökning.¹¹⁷

4.2.3 Begrepp kring psykisk hälsa

Psykisk hälsa definieras av WHO (World Health Organisation) som ”ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle hen lever i”.

Nationellt PM med begrepp om psykisk hälsa

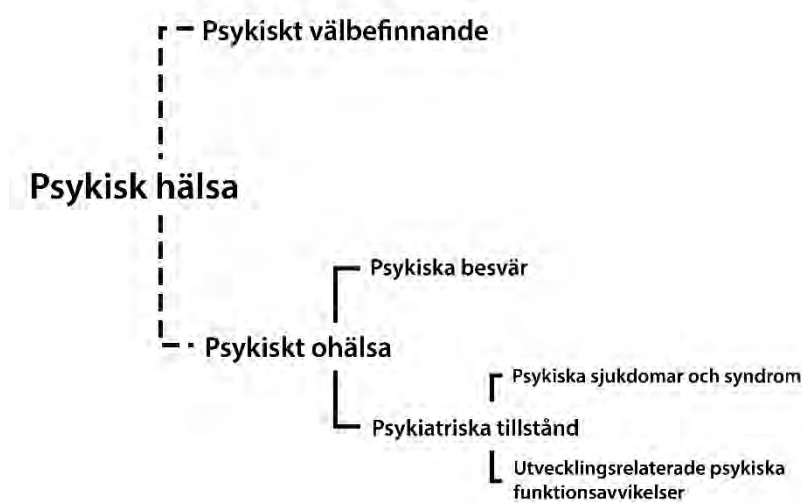
Det råder ofta förvirring kring vilka begrepp och definitioner som ska användas när det gäller psykisk ohälsa. Det gäller även vårdnivåer och allvarlighetsgrad. Sveriges kommuner och regioner, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har tagit fram ett PM om begrepp inom psykisk hälsa, för att bidra till en enhetlig nationell användning av begreppen, baserad på en gemensam grund. Enligt detta PM är begreppet *psykisk hälsa* ett paraplybegrepp som inbegriper både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Begreppet psykisk hälsa används när diskussioner förs kring området på en övergripande nivå som omfattar hela samhället.¹¹⁸

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ Ibid.

¹¹⁸ Uppdrag psykisk hälsa (2020): *PM Begrepp inom området psykisk hälsa, version 1.0.*

Figur 4.10 Modell för att beskriva hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra



Källa: Uppdrag psykisk hälsa (2020), PM Begrepp inom området psykisk hälsa, version 1.0 2020.

Psykiskt välbefinnande omfattar både välbefinnande och funktionsförmåga. Psykiskt välbefinnande är en grundläggande resurs för att man ska kunna bemästra livets olika svårigheter men det är också en tillgång för samhället ur en social och ekonomisk synvinkel.¹¹⁹

Begreppet god psykisk hälsa bör enligt det framtagna PM:et ersättas med begreppet psykiskt välbefinnande. Utredningen använder ofta begreppet god hälsa som mål för barnets mående och försöker ha en helhetssyn där även social, sexuell, fysisk, oral hälsa med mera kan ingå, liksom utveckling och livsvillkor. Barn och unga som befinner sig i utveckling behöver rustas med färdigheter och motståndskraft inför vuxenlivet. Psykiskt välbefinnande är ett centralt mål i det hälsofrämjande arbetet.

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för tillstånd med olika svårighetsgrad och varaktighet. Hit hör både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Gemensamt är att båda orsakar lidande, antingen för individen själv eller för omgivningen. Psykisk ohälsa är ofta förenat med svårigheter att fungera i vardagslivet, till exempel i

¹¹⁹ Ibid.

relation till andra människor eller att arbeta eller studera. Psykisk ohälsa inkluderar såväl psykiska besvär som psykiatriska tillstånd där det finns fastställda diagnoskriterier.¹²⁰

Psykiska besvär är vanligt förekommande i befolkningen och är något vi alla kan drabbas av. Ofta handlar det om normala reaktioner på påfrestningar i livet. Besvärerna kan vara mildare eller svårare och de kan pågå under kortare eller längre perioder. Psykiska besvär är mindre komplexa än psykiatriska tillstånd. Ibland kan psykiska besvär ge psykosomatiska besvär. Exempel på psykiska besvär är koncentrationssvårigheter, oro och ångest, nedstämdhet, psykisk trötthet, självhat och destruktivitet, självmordstankar och sömnsvårigheter.¹²¹ I begreppsmodellen används begreppet psykiska besvär för psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos inte är uppfyllda. Det ofta omnämnda begreppet lättare psykisk ohälsa skulle schematiskt kunna översättas med psykiska besvär.

Psykiatriska tillstånd är psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos är uppfyllda. Till skillnad från psykiska besvär måste flera kriterier föreligga för att en diagnos ska kunna ställas. Psykiatriska tillstånd kan vara av bestående eller av övergående natur. Psykiatriska tillstånd kan delas in i psykiska sjukdomar och syndrom respektive utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser.¹²²

Psykiska sjukdomar och syndrom kan debutera när som helst under livet. Exempel på psykiska sjukdomar och syndrom är depressiva syndrom, ångestsyndrom, tvångssyndrom och skadligt bruk och beroende.¹²³

Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser är psykiska funktionsavvikelser som debuterar i barndomen. De kvarstår oftast i vuxen ålder. I vardagligt tal kallas de även neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF). Exempel på utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser är ADHD, autismspektrumsvårigheter inklusive autism och Aspergers syndrom, intellektuell funktionsnedsättning, specifika inlärningssvårigheter (dyslexi, dyskalkyli) och tics/Tourettes syndrom.

¹²⁰ Uppdrag psykisk hälsa (2020): *PM Begrepp inom området psykisk hälsa, version 1.0.*

¹²¹ Ibid.

¹²² Ibid.

¹²³ Ibid.

Fler begrepp om psykisk hälsa

Infant mental health, späda och små barns psykiska hälsa, är ett aktivt och aktuellt kunskaps- och forskningsfält inom vetenskap och klinisk verksamhet som belyser späda och små barns psykiska hälsa, utveckling och unika behov.

Kunskapsområdet tydliggör det lilla barnets förmåga att uppleva, reglera och uttrycka känslor, skapa nära och trygga relationer samt utforska omgivning och lära sig. Förmågor uppnås bäst i en omvårdande miljö som innefattar familjen, samhället och kulturella förväntningar på små barn.¹²⁴

När det handlar om psykisk ohälsa hos yngre barn, under förskoleåren, används ofta begreppen socioemotionella svårigheter och beteendeproblem. Socioemotionell förmåga avser exempelvis förmågan till samspel med vuxna och jämnåriga samt förmågan att reglera egna känslor. Beteendeproblem kan beskrivas som dels inåtvänt beteende som nedstämdhet och oro dels utåtagerande beteende som trots som inte är övergående eller att agera aggressivt mot andra vuxna och i kamratrelationer. Det är inte alltid kliniskt relevant att göra denna skillnad då det ofta handlar om sammansatta problem. Inga entydiga kriterier finns för vad som kan ses som normalt eller som adekvata reaktioner på en belastning. Det handlar snarare om ett kontinuum mellan det normala och det avvikande.¹²⁵

4.3 Hälsöfrämjande och förebyggande arbete

Världshälsoorganisationen (WHO) har haft en ledande roll i framväxten av det hälsofrämjande arbetet, bland annat har WHO tagit flera initiativ och strategiska beslut som bidragit till arbetets rådande värdegrund och paradigm. WHO samlade till globala konferenser, som Hälsa för alla 2000 1977, Declaration of Alma Alta 1978 och Ottawa Charter for Health Promotion 1986. Ottawa Charter har följts upp av ytterligare konferenser, vilka har resulterat i slutrapporter som fått stor betydelse för utvecklingen av det hälsofrämjande arbetet och dess innehåll. Konferensen 2016 Promotion health

¹²⁴ Zero to Three (2012): *Making it happen* (Hämtad 2021-02-19) och Risholm Mothander, P. och Broberg, A. (2018): *Att möta små barn och deras föräldrar i vården. Om anknäytning utveckling och samspel.*

¹²⁵ Socialstyrelsen (2013): *Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – En sammanställning av systematiska översikter.*

in the Sustainable Development Goals: Health for all and for health lyfte fram kopplingen mellan de globala målen för hållbar utveckling, hälsofrämjande arbete och Agenda 2030.

WHO har definierat hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom. Det innebär att hälsa betraktas som ett multidimensionellt begrepp. I denna syn på hälsa ingår såväl symtom och fysisk funktionsförmåga som känslomässigt och socialt välbefinnande. Begreppet inkluderar även tandhälsa som en betydelsefull komponent i en individs allmänna hälsotillstånd.

Hälsofrämjande arbete bygger på ett antal principer som ska vara vägledande i policy- och programarbete och andra aktiviteter. Principerna handlar om individens förmåga (empowerment) och delaktighet, ett holistiskt perspektiv på hälsa, jämlikhet, intersektoriell samverkan, hållbarhet över tid och att det hälsofrämjande arbetet kräver flera olika strategier för att det ska leda till avsedd effekt.¹²⁶ Begreppet hälsolitteracitet är ytterligare en betydelsefull faktor i det hälsofrämjande arbetet.¹²⁷ Med hälsolitteracitet avses individers förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa, samt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor.¹²⁸

Hälsofrämjande och förebyggande arbete bygger vidare på kunskap om villkor och förutsättningar, ofta benämnda som hälsans bestämningsfaktorer. Dessa faktorer påverkar hälsan på individ- och befolkningsnivå. Centrala faktorer är bland annat individens genetik, livsvillkor och levnadsvanor. Levnadsvanor påverkar risken för sjukdom och livsvillkor påverkar i sin tur möjlighet till hälsosamma levnadsvanor. Faktorer som uppväxt, familj, skola, arbete och boende formar förutsättningar för ett hälsosamt liv. Sårbarhet för hälsans bestämningsfaktorer ser olika ut för olika individer.¹²⁹

Hälsofrämjande arbete handlar i hög grad om insatser på populations- och grupp nivå men även om att stödja individen att ta eget ansvar för hälsa och att förbättra individens självupplevda hälsa.¹³⁰ Med *hälsofrämjande insatser* avses åtgärder för att stärka eller

¹²⁶ Rootman, I. (2001): *Evaluation in Health Promotion. Principels and Perspectives*.

¹²⁷ Ringsberg, K. C. et al. (2020): *Health literacy Teori och praktik i det hälsofrämjande arbetet*.

¹²⁸ Karolinska institutet (2020): *Health Literacy – Hälsolitteracitet*. (Hämtad 2020-12-06).

¹²⁹ Folkhälsomyndigheten (2020): *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2020*.

¹³⁰ Medin, J. och Alexandersson, K. (2000): *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*.

bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Ett hälsofrämjande förhållningssätt kännetecknas av ambitionen att identifiera, stärka och ta hänsyn till individens egna resurser för att främja sin hälsa och förebygga och hanteras sjukdom. Det innebär också att ha ett salutogent perspektiv och att öka individens delaktighet och tilltro till den egna förmågan. Förhållningssättet ska genomsyras av dialog, delaktighet och jämlikhet i mötet med individen.¹³¹

Med *förebyggande insatser* avses åtgärder för att förhindra uppkomst av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem och på så sätt minska risken för ohälsa.¹³² Målet är att stärka skyddsfaktorernas och minska riskfaktorernas inverkan på hälsan. Hälsofrämjande insatser utgår från kunskapen om vad som gör att individer utvecklas väl och mår bra medan förebyggande insatser utgår från kunskapen om vad som orsakar upplevd ohälsa och sjukdom hos individen.¹³³

Hälsofrämjande och förebyggande insatser kan ges på universell, selektiv och indikerad nivå.¹³⁴ På universell nivå avses insatser som riktas till alla i en population för att förhindra uppkomsten av sjukdomar och skador, fysiska och psykiska och sociala. På selektiv nivå riktas åtgärder till riskgrupper för att i ett tidigt skede förhindra en negativ utveckling av fysisk, psykisk och sociala problem. På indikerad nivå riktas åtgärder till individer som behöver fördjupade insatser.¹³⁵

Två begrepp som har betydelse för det förebyggande arbetets förhållningssätt och pedagogik är proportionell universalism och den epidemiologiska paradoxen. Det finns en social gradient i hälsa som innebär att ju lägre social position en person har desto sämre hälsa. I Marmot-kommissionens rapport *Closing the Gap* konstateras att det inte räcker att bara rikta insatser till de mest utsatta för att kunna reducera ojämlikheten i hälsa. Det krävs universella insatser för att kunna reducera den sociala gradienten, insatserna måste vara av en sådan omfattning och intensitet att de är proportionella i förhållande

¹³¹ Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovård*.

¹³² Bloom, M. och Gullotta, T. (2003): *Evolving definitions of primary prevention. Encyclopaedia of primary prevention and health promotion*.

¹³³ Whitehead, D. (2006): *Health promotion in practice settings: findings from a review of clinical issues*.

¹³⁴ Gordon, R.S. (1983): *An operational classification of disease prevention*. Public Health Reports. 1983;98.

¹³⁵ Skolverket (2019): *Hälsa för lärande– lärande för hälsa*.

till graden av utsatthet. Detta kallas för proportionell universalism.¹³⁶ För flertal hälsoproblem och sjukdomar finns en kontinuerlig skala av svårighetsgrad, snarare än en absolut skiljelinje mellan de som är sjuka och de som är friska. Det finns inte heller någon klar skiljelinje mellan ”riskutsatta” individer och ”icke-riskutsatta” individer, utan risken är kontinuerligt fördelad genom hela befolkningen, från låg till hög risk för sjukdom eller ohälsa. I många situationer är det möjligt att uppnå en större minskning av sjuklighet genom att inkludera hela befolkningen, snarare än att försöka påverka enbart de i den övre ändan av riskfördelningen – den epidemiologiska paradoxen.¹³⁷

Utredningen har valt hälsouppföljning som övergripande begrepp för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet riktat till barn och unga. Tidigare fokus på sjukdomsprevention och hälsoövervakning, inom exempelvis barnhälsovård och elevhälsa, har i ett historiskt perspektiv successivt kompletterats med ett allt tydligare hälsofrämjande innehåll. Det har skett en rörelse från ett i huvudsak hälsoövervakande arbetssätt med hälsokontroller till ett mer hälsofrämjande förhållningssätt där barns, ungas och vårdnadshavares delaktighet, insatser för att stärka barns och ungas hälsa samt föräldraskapsstöd betonas. Begreppet hälsouppföljning har målsättningen att omfatta det uppdraget.

Hälsouppföljning innebär att följa barns hälsa och utveckling och uppväxtmiljö över tid, främja hälsa och förebygga ohälsa samt uppmärksamma barn i behov av någon form av insats och att initiera insatser i ett tidigt skede. Hälsouppföljningen innehåller olika aktiviteter som hälsosamtal, kartläggning av hälsotillstånd och utveckling, observationer och undersökningar, uppmärksamhet på skydds- och riskfaktorer samt moment som screening. I hälsouppföljningen ingår att väga samman vad barnet förmedlar och den beskrivning vårdnadshavare ger av barnet, samt frågor och eventuell oro som de har. För att kunna värdera betydelsen av avvikelser från förväntad utveckling eller någon form av ohälsa, och effekt av insatser som initierats, behöver de följas upp och utvärderas tillsammans med barn och familj. Det ligger till grund för planering av fortsatt hälso-

¹³⁶ WHO (2008): *Closing the gap in a generation – Health equity through action on the social determinants of health*.

¹³⁷ Rose, G. et al. (2009): *Rose’s Strategy of Preventive Medicine*.

uppföljning och behovet av kompletterande bedömning och insatser.¹³⁸

Med *screening* avses en systematisk undersökning av en population för att identifiera personer med ett tillstånd som innebär en hög risk för framtida ohälsa. Syftet är att upptäcka hälsotillstånd som får allvarliga eller omfattande konsekvenser för den enskilda individen eller för vård i stort i form av kostnader. Målet är att åtgärda tillståndet tidigt och på sätt minska konsekvenserna.¹³⁹ Två olika angreppssätt för att uppmärksamma barn med avvikelser i sin utveckling kan beskrivas med begreppen generell screening och selektiv screening eller riktad undersökning. Det senare genomförs på barn på riskgrupper, exempelvis screening för ROP (en näthinnesjukdom) hos för tidigt födda barn.¹⁴⁰

Hälsosamtal innefattar vanligen information, rådgivning och lärande utifrån individens egna behov och resurser. Hälsosamtal med ungdomar i 14–15 års åldern inom primärvården har visat sig ge möjlighet till att identifiera och diskutera olika faktorer som påverkade tonåringarnas hälsa samt att uppmuntra en hälsosam livsstil.¹⁴¹ Samtalet ger underlag för vägledning kring barnets och den unges utveckling och hälsa utifrån ålder och behov.

Hälsobesöken i traditionell mening syftar till att identifiera upptäckta funktionssvårigheter, sjukdomar och andra hälsoproblem, men de kan också ta sikte på dels hälsouppföljande dels hälsofrämjande och förebyggande funktioner.

4.3.1 Föräldraskapsstöd och vårdnadshavares delaktighet

Föräldraskapsstöd och vårdnadshavares delaktighet är centrala delar i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Inom ramen för barn- och ungdomshälsovård tillhandahålls sådant stöd huvudsakligen av mödrahälsovården och barnhälsovården. Visst föräldrastöd tillhandahålls också av elevhälsans medicinska insatser. Därutöver finns möjlighet till föräldrastöd inom ramen för socialtjänsten.

¹³⁸ Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården*; och *Rikshandboken i barnhälsovård* (2021) (Hämtad 2021-02-19).

¹³⁹ Socialstyrelsen (2013): *Nationella screeningprogram – en modell för bedömning, införande och uppföljning*.

¹⁴⁰ Socialstyrelsen (2013): *Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – En sammanställning av systematiska översikter*.

¹⁴¹ Golsäter, M. (2012): *Hälsosamtal som metod att främja barns och ungdomars hälsa – en utmanande uppgift*.

Mödrahälsovården och barnhälsovården har en viktig uppgift att uppmärksamma barnets och familjens levnadsvanor och livsvillkor, våld i nära relationer och närvaro av belastande faktorer. Mödrahälsovården och barnhälsovården möter i stort sett alla blivande och nyblivna föräldrar och kan därmed tidigt uppmärksamma tecken på psykisk ohälsa, brister i omsorgsförmåga och andra riskfaktorer i barnets närmiljö. Det ingår i programmen för hälsouppföljning, hälsosamtal och hälsoundersökningar.

Mödrahälsovården erbjuder generellt föräldrastöd och initierar vid behov riktat föräldrastöd till framför allt den gravida kvinnan. På senare år har uppmärksamheten ökat även på den icke födande föräldrarnas välbefinnande och förväntningar på föräldraskap och att även den icke födande föräldern kan ha behov av stöd och insatser. Mödrahälsovården uppmärksammar eventuell psykisk ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor till exempel genom screening om alkoholvanor.¹⁴²

Depression hos en nybliven mamma, särskilt om den blir långvarig, kan få negativa effekter för barnets kognitiva, sociala och emotionella utveckling under de första levnadsåren. Barnhälsovården erbjuder då barnet är 6–8 veckor alla nyblivna mödrar screening för depression med hjälp av en självskattningsskala, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Vid behov av extra stöd erbjuds uppföljande stödsamtal hos barnhälsovårdens sjuksköterska. Vid behov av ytterligare insats skickas remiss till psykolog, familjeläkare eller psykiatri. Kontakt med spädbarnsverksamhet eller socialtjänst tas också vid behov.¹⁴³

Barnhälsovården erbjuder enskilt samtal till barnets vårdnadshavare, generellt och riktat föräldrastöd enskilt och i grupp. Former och innehåll för föräldrastödet kan se olika ut och det är ett pågående utvecklingsområde inom barnhälsovården i samverkan med exempelvis socialtjänst och tandvård. Ett sådant utvecklingsarbete, med stöd av Folkhälsomyndigheten, är utökat hembesöksprogram. Modellen för hembesöksprogrammet utvecklades 2013–2014 i samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten i Rinkeby.

Förebyggande insatser till barnets vårdnadshavare (främst mödrar) med depression kan minska risken för att barnet ska drabbas av

¹⁴² Rikshandboken för barnhälsovård (2021): *Enskilda föräldrasamtal*. (Hämtad 2021-04-09).

¹⁴³ Rikshandboken i barnhälsovård (2021): *Screening med EPDS för depression hos nyblivna mammor* (Hämtad 2021-02-09).

depressiva symtom eller depression. Förebyggande insatser tycks även kunna påverka skyddsfaktorer som att förbättra samspelet mellan barn och föräldrar. Ytterligare studier behövs för att visa vilken effekt olika typer av förebyggande insatser har. Kunskaperna är otillräckliga för barn i familjer med problematiskt alkohol- och drogbruk.¹⁴⁴

Föräldraskapsstödet behöver ta bättre hänsyn till individuella behov och vara mer ändamålsenligt. Stöd till familjer med svårigheter är ett forskningsområde som behöver stärkas. De ofödda och allra yngsta barnen är särskilt utsatta och sårbara när vuxna i familjen har allvarliga svårigheter, då de är helt beroende av de vuxna för sin utveckling och sitt välbefinnande. Det är därför av betydelse att svårigheter hos barnets vårdnadshavare och svårigheter i relationen mellan barn och vårdnadshavare tidigt upptäcks, att individuellt stöd i föräldraskapet erbjuds samt att barn som anhörig uppmärksammas och att stödet till dem stärks.¹⁴⁵

Det finns i dag en ökad kunskap om det kompetenta spädbarnet, behovet av en trygg anknytning, omgivningens avgörande betydelse för barnets växande hjärna och om vikten av ett lyhört föräldraskap. Denna kunskap har betydelse för tillgång på olika former av tidigt föräldraskapsstöd och behovet av fortsatt utveckling av hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser på området.¹⁴⁶

Föräldraskapsstöd om levnadsvanor och utvecklingen av en god hälsa hos barn i skolåldern, ges inte i hälsofrämjande och förebyggande syfte i lika stor omfattning som till vårdnadshavare med yngre barn. Elevhälsans medicinska insatser fokuserar i första hand på hälsosamtal med barnet eller den unge. Vårdnadshavare involveras huvudsakligen inför hälsosamtalet med frågeställningar om barnets hälsa och när ett problem identifierats och insatser behöver sättas in.

4.3.2 De folkhälsopolitiska målen

År 2018 beslutade riksdagen om en utvecklad folkhälsopolitisk med nya folkhälsopolitiska mål. Det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en

¹⁴⁴ Folkhälsomyndigheten (2016): *Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld*.

¹⁴⁵ Ibid.

¹⁴⁶ Sarkadi, A. et al. (2018): *Spädbarns utveckling och behov av en trygg anknytning*.

god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Åtta målområden som har bäring på jämlik hälsa har också fastställts av riksdagen. För det hälsofrämjande arbetet i hälso- och sjukvården kan särskilt tre målområden lyftas fram, det tidiga livets villkor, levnadsvanor och en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. I regeringens proposition *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik* anges att målet om en hälsofrämjande hälso- och sjukvård markerar att hälso- och sjukvården har en särställning när det gäller att påverka människors hälsa. Det handlar om att hälso- och sjukvården har en direkt påverkan på människors hälsa genom hälsofrämjande och förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser. I propositionen bedömer regeringen att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver utvecklas och att hälso- och sjukvårdens verksamhet bör bli bättre på att möta de skillnader som finns mellan sociala grupper när det gäller insjuknande, behandling och konsekvenser av sjukdom och ohälsa.¹⁴⁷ (Se även Förslag och bedömningar, kap. 6).

4.3.3 Agenda 2030

År 2015 antog FN:s medlemsländer Agenda 2030, en universell agenda som innehåller de 17 Globala målen för en ekonomiskt, socialt och miljömässigt hållbar utveckling. Agenda 2030 ska minska fattigdom, orättvisor och ojämlikheter, samt lösa klimatkrisen innan år 2030. Uppföljning och översyn av målen ska ske på nationell, regional och global nivå i enlighet med Agenda 2030 och Addis Ababa Action Agenda. Globala indikatorer håller på att utarbetas för att understödja detta arbete. Den svenska regeringen har ambitionen att Sverige ska vara ledande i genomförandet av Agenda 2030 och vara en internationell förebild när det gäller ekonomisk, social och miljömässig hållbarhet. Detta innebär att alla delar av samhället behöver vara delaktiga i genomförandet av målen. Ett av de 17 målen gäller att säkerställa god hälsa och att främja välbefinnande i alla åldrar. I målet ingår bland annat att minska mödradödligheten och förhindra dödsfall som hade kunnat förebyggas bland barn under fem års ålder samt att tillgängliggöra reproduktiv hälsovård och familje-

¹⁴⁷ Prop. 2017/18:249, *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik* (s.33).

planering för alla. I målet ingår också att minska antalet dödsfall till följd av icke-smittsamma sjukdomar och att främja mental hälsa.¹⁴⁸

4.3.4 Vägledningar och kunskapsstöd

Det finns flera kunskapsstöd och vägledningar och i vissa fall nationella hälsovårdsprogram för de olika vårdverksamheterna med rekommendationer om hur det hälsofrämjande och förebyggande arbetet bör bedrivas. Det huvudsakliga syftet med vägledningarna och vårdprogrammen är att bidra till jämlik och likvärdig vård i landet. För barnhälsovården finns Vägledning för barnhälsovården från Socialstyrelsen, som tagits fram i nära samverkan med professionen och Rikshandboken för barnhälsovård. Vägledningen anger ramverk för barnhälsovårdens mål, uppdrag och innehåll. Barnhälsovårdsprogrammet tydliggörs i Rikshandboken för barnhälsovård, som är ett webbaserat metod- och kunskapsstöd, framtaget av professionen och publicerat av Inera på uppdrag av SKR. Vägledningen och Rikshandboken ger en gemensam bas för verksamheterna.¹⁴⁹

För elevhälsan finns en vägledning som utformats av Socialstyrelsen och Statens skolverk som innehåller rekommendationer om det hälsofrämjande arbetet och hälsobesökens innehåll. Därutöver finns ett flertal stödmaterial för verksamheten som Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten tillhandahåller.

För mödrahälsovården och ungdomsmottagningarna finns inte någon nationell vägledning eller ett nationellt hälsovårdsprogram. Däremot har professionsföreträdare inom mödrahälsovården utformat en rapport som vägleder om mödrahälsovårdens verksamhet, Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa. I denna rapport ingår vägledning om det hälsofrämjande arbetet och rekommendationer om ett medicinskt och psykosocialt basprogram för hälsofrämjande och förebyggande hälsovård under graviditet och blivande föräldraskap, föräldrastöd och folkhälsoarbete.¹⁵⁰ Dessutom har riksggruppen för mödrahälsovårdsläkare och samordningsbarnmorskor i Sverige med stöd av SFOG och Svenska barnmorskeförbundet

¹⁴⁸ Globalportalen (2021). (Hämtad 2021-04-09).

¹⁴⁹ Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården* och Rikshandboken i barnhälsovård (2021) (Hämtad 2021-03-30).

¹⁵⁰ Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG och samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med mödrabarnhälsovårdpsykologernas förening: (2008, uppdaterad webbversion 2016): *Mödrahälsovård, Sexuella och Reproduktiv Hälsa*. ARG rapport nr 76.

tagit initiativ till att en rikshandbok för mödrahälsovård i likhet med den som finns för barnhälsovården ska utvecklas med syftet att skapa en mer jämlik och rättvis mödrahälsovård. En ansökan om detta har getts in till Sveriges Kommuner och Regioner och Inera. I dagsläget har inget arbete påbörjats med att utforma ett sådan rikshandbok för mödrahälsovården. Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar har utformat en handbok och riktlinjer för ungdomsmottagningarnas verksamhet.

Dessutom finns vägledningar inom specifika områden som även tar sikte på dessa verksamheter, till exempel Socialstyrelsens vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet, där det rekommenderas att mödrahälsovården ska ta upp frågor om våld i nära relationer.

Därutöver finns rekommendationer om hälsofrämjande och förebyggande insatser i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen har också haft regeringens uppdrag att stödja implementeringen av de nationella riktlinjerna sedan 2011. (S2017/07515/FS). Arbetet sker i nära samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och relevanta professionsorganisationer. Inom ramen för regeringens överenskommelser med SKR har även arbetet med hälsofrämjande insatser lyfts fram på olika sätt. Det gäller främst överenskommelser om god och nära vård, psykisk hälsa, förlossningsvård och kvinnors hälsa och barnhälsovården.

4.3.5 Organisation och styrning av hälsofrämjande och förebyggande insatser i de nordiska grannländerna

En utblick över de nordiska länderna visar sammanfattningsvis att barn- och ungdomshälsovården i huvudsak är samlad under ett kommunalt huvudmannaskap. I Danmark är barnhälsovård och skolhälsovård ett kommunalt ansvar. Den danska Sundhedsstyrelsen har utfärdat föreskrifter och rekommendationer och sedan 1966 är alla förordningar som rör barn och unga samlade i en barnlag. Det finns en nationell vägledning för den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten. Vägledningen har ett familjeorienterat perspektiv på hälso- och sjukvården med fokus på särskilda behov. Vägledningen lyfter bland annat fram behovet av tvärprofessionellt samarbete på lokal nivå. Kommunerna har enligt lag en skyldighet att inrätta sam-

arbetsgrupper för de yrkesgrupperna som är involverade i barns och ungas hälsa. Det ska också finnas hälsovårdsavtal för samarbete mellan mödrahälsovården, förlossningsvården, barnavdelningar, allmänmedicin, hälsovården, pediatrika avdelningar och barnvårdscentraler om förlossningsvård, förskolebarn, skolbarn, funktionshindrade, kroniskt sjuka, överviktiga, sårbara och utsatta barn samt andra lokalt prioriterade områden.

Även i Finland har kommunen ansvar för barnhälsovård och skolhälsovård. Social- och hälsoministeriet har utfärdat förordningar som ska gälla för verksamheterna. Förordningar för verksamheterna förordar samarbete mellan kommunens olika aktörer och andra instanser för barns, ungas och familjens bästa. Social- och hälsoministeriet har också tagit fram detaljerade anvisningar om hälsoundersökningar och hälsorådgivning som stöd för personalen. Vägledningen tar upp vikten av multiprofessionellt samarbete inom den förebyggande verksamheten. Samarbetet kan ske i ett familjeservice-nätverk som bör innehålla läkare, hälsovårdare, familjearbetare, psykologer, talterapeuter och vid behov andra specialister.

I Norge är hälsostations- och skolhälso-tjänsten en lagstadgad kommunal verksamhet som inkluderar mödrahälsovård, barnhälsovård och skolhälsovård för barn och unga. Verksamheten ska främja den fysiska och psykiska hälsan hos barn, unga och deras familjer samt övervaka barnets hälsosituation. På uppdrag av Social- og helse-direktoratet har nationella riktlinjer för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälsostations- och skolhälso-tjänsten utarbetats.¹⁵¹

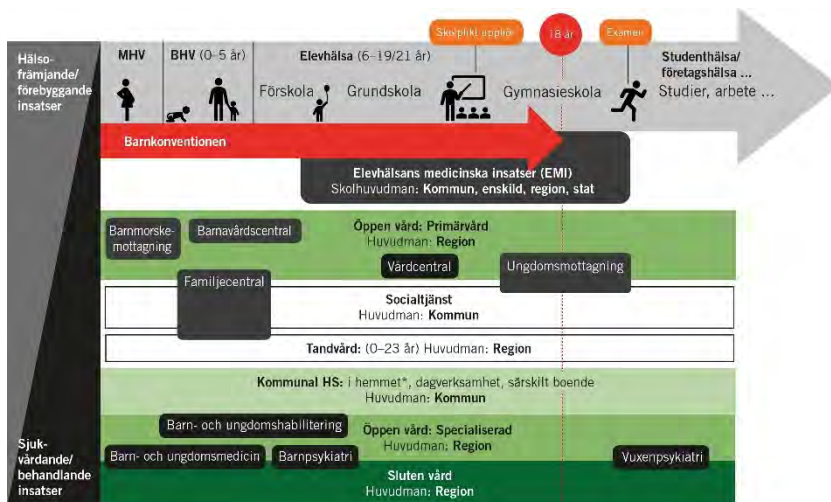
4.4 Barn- och ungdomshälsovården

Barn- och ungdomshälsovård är inte definierat i lagstiftningen. Det saknas också samsyn på nationell nivå om vad uppdraget för barn- och ungdomshälsovård omfattar. I utredningens direktiv lyfts mödrahälsovård, barnhälsovård, elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningar fram som de centrala verksamheter som i huvudsak erbjuder hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga. Mödrahälsovården och barnhälsovården ansvarar för hälsouppföljning och insatser under det tidiga livet fram

¹⁵¹ Socialstyrelsen (2012): *Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård – Danmark, England, Finland, Norge och Sverige.*

till vanligtvis fem års ålder. Därefter ansvarar elevhälsans medicinska insatser för sådana insatser under skolåren upp till vuxen ålder. Dessutom erbjuder ungdomsmottagningarna hälsofrämjande och förebyggande insatser till ungdomar och unga vuxna, vanligen under åldrarna 13–25 år.

Figur 4.11 Barnets väg genom vården



Ansvar för att organisera, planera och finansiera dessa verksamheter vilar på flera olika huvudmän; regionen, kommunen och de kommunala, enskilda, statliga och regionala skolhuvudmännen.

Varken mödrahälsovårdens, barnhälsovårdens eller ungdomsmottagningarnas verksamhetsform eller innehåll är reglerade i lag. Detta innebär i praktiken att det finns variationer över landet både när det gäller verksamhetsform, uppdrag och övriga förutsättningar. Sammantaget är barn- och ungdomshälsovården en fragmentiserad verksamhet som omfattar flera huvudmän och verksamheter. Nedan följer en mer detaljerad sammanställning av de olika verksamheternas ansvar och roller.

4.4.1 Övergripande styrning av barn- och ungdomshälsövården

Mödrahälsovård och barnhälsovård utgör en del av primärvården och omfattas av all hälso- och sjukvårdslagstiftning. Regionerna är huvudmän för verksamheten och beslutar årligen om en regionplan som anger mål, prioriteringar, uppdrag, budget och driftsramar för verksamheten. De politiska nämnderna och förvaltningen omsätter regionplanen.

Regionen ska, enligt 7 kap. 3 § HSL, organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen. Regionen ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. När regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Regionerna styr primärvården genom det uppdrag som specificeras i förfrågningsunderlagen där krav och villkor för uppdraget och kontrakten med utförare av hälso- och sjukvårdstjänster anges. Oavsett om verksamheten drivs i offentlig eller enskild regi har regionen huvudmannaskap för hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för enligt 8 kap. HSL. Vårdvalssystemen inom primärvården skiljer sig åt i omfattning i de olika regionerna, allt från smala avgränsade uppdrag inom flera delområden till ett enda sammanhängande uppdrag som spänner över hela primärvårdens verksamhetsområde. 2020 fanns totalt 40 valfrihetssystem inom primärvården, olika definierade i olika regioner. Mödrahälsovård och barnhälsovård bedrivs vanligtvis inte som egna vårdval. Två regioner har dock egna vårdval för barnhälsovård och tre regioner har egna vårdval för mödrahälsovård.¹⁵²

¹⁵² SKR (2020): *Valfrihetssystem i regionerna – beslutsläge 2020*.

Figur 4.12 Förekommande tjänster inom regionernas valfrihetssystem, juni 2020

TJÄNSTER/VERKSAMHETSOMRÅDEN	ANTAL	REGIONER
<i>Primärvård</i>		
Vårdcentral/husläkarmottagning	21	Obligatorisk verksamhet
Barnhälsovård (BVC)	2	Sthlm, Skåne
Fotsjukvård, medicinsk fotvård	5	Sthlm, Upps, Hall, Västm, Jämt-H
Läkarsatser i särskilda boenden för äldre	1	Sthlm
Mödrhälsovård (MVC), obstetrik och sexuell hälsa	5	Sthlm (3), Uppsala, Skåne
Psykisk hälsa på primärvårdsnivå	1	Kalmar
Rehabilitering på primärvårdsnivå	3	Sthlm, VGR, Värmland
Vaccination	2	Sthlm, Uppsala

Källa: SKR (2020): Valfrihetssystem i regioner, beslutsläge juni 2020.

Elevhälsans medicinska insatser regleras i skollagen (2010:800). Av 2 kap. 25 § skollagen framgår att eleverna i de obligatoriska skolorna och gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska ha tillgång till elevhälsan och att elevhälsa bland annat omfattar medicinska insatser. För de medicinska insatserna ska det finnas tillgång till skolläkare och skolsköterska. De kommunala, enskilda, statliga och regionala skolhuvudmännen ansvarar för att organisera, planera och finansiera elevhälsan och dess personal. Den verksamhet som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser definieras i regel som hälso- och sjukvård och i förhållande till detta har skolhuvudmannen ett vårdgivaransvar och rektorn ett ansvar som verksamhetschef.

Elevhälsans medicinska insatser omfattas därmed av de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller vårdgivare. Elevhälsans medicinska insatser är däremot inte detsamma som den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt 12 kap. HSL. I hälso- och sjukvårdslagen anges vad kommunen som huvudman för hälso- och sjukvård ansvarar för och i detta ingår inte elevhälsa, se Gällande rätt, kap. 3 för mer information om vad som ingår i kommunal hälso- och sjukvård.

Ungdomsmottagningarna organiseras på flera sätt och huvudmannskapet för ungdomsmottagningar skiljer sig åt över landet. Det är vanligast att regionen är huvudman, då en stor del av verksamheten innehåller medicinska insatser enligt HSL. Det förekommer även att kommuner driver ungdomsmottagning och levererar då insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453). Många ungdomsmottagningar har etablerat en samverkan mellan regionen och kommunen,

för att kunna ge de unga stöd med både hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser.¹⁵³

Mer om primärvården

Som nämnts ovan utgör mödrahälsovården och barnhälsovården en del av primärvården. Primärvården ska utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet och svara för grundläggande medicinsk behandling av alla typer av sjukdomar. Den är inte begränsad när det gäller patientgrupper eller ålder på patienten. Primärvården ska därför erbjuda ett brett utbud av hälso- och sjukvårdstjänster, där olika yrkeskategorier samverkar för att ge den enskilde god vård.¹⁵⁴ Begreppet primärvård omfattar inte bara regionens vårdvalssystem utan även annan primärvård med regionen som huvudman och primärvård som utförs av kommuner och privata vårdgivare, oavsett om verksamheten finansieras med offentliga eller privata medel.¹⁵⁵

I Sverige pågår en omställning av hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Omställningen innebär att primärvården ska utgöra navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. En utveckling mot en mer nära vård med fokus på primärvården syftar vidare till att kunna möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför med bland annat ett förändrat hälso- och sjukdomspanorama och att använda de gemensamma resurserna mer effektivt. Hälsöfrämjande och förebyggande insatser är centralt för en hållbar utveckling av hälso- och sjukvården. En reformering av primärvården har inletts, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet för patienterna och kontinuitet. Från och med den 1 juli 2021 ändras definitionen av primärvård på så sätt att primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Vidare införs en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagens 1 kap. 13 a § om vad som ska ingå i primärvårdens

¹⁵³ SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa*.

¹⁵⁴ Prop. 1994/95:195: *Primärvård, privata vårdgivare m.m.* (s. 44–47) och Prop. 1999/2000:149: *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens utveckling* (s. 27).

¹⁵⁵ SOU 2018:93: *God och nära vård – en primärvårdsreform* (s. 57).

grunduppdrag. I denna anges att primärvården ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. Vården ska vara lätt tillgänglig och tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar. Primärvården ska också samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården. Slutligen anges att primärvården ska möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.¹⁵⁶

Det kommunala självstyret innebär att regionerna har stor frihet att själva besluta hur hälso- och sjukvården ska organiseras. Innehållet i primärvården kan därför variera och påverkas till exempel av regionernas bedömning av vilka insatser som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. I en region kan en verksamhet ingå i uppdraget till primärvården medan samma verksamhet i en annan region ingår i hälso- och sjukvårdstjänster som organiseras på annat sätt.¹⁵⁷ Enligt SKR hänförs följande delområden till primärvård i den nationella statistiken:

- Allmänläkarvård (inklusive jour)
- Sjuksköterskevård (inklusive jour)
- Mödrahälsovård
- Barnhälsovård
- Fysioterapi och arbetsterapi
- Primärvårdsansluten hemsjukvård
- Sluten primärvård
- Övrig primärvård.¹⁵⁸

¹⁵⁶ Prop. 2019/20:164: *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 8).

¹⁵⁷ Socialstyrelsen (2016): *Primärvårdens uppdrag En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.*

¹⁵⁸ SKR (2021): *Vad är definitionen av primärvård?* (Hämtad 2021-02-19).

4.4.2 Beskrivning av barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet och uppdrag

Mödrahälsovårdens roll och ansvar

Mödrahälsovården ansvarar för att följa hälsoutvecklingen hos kvinnan och det blivande barnet inför, under och efter graviditeten. Nästan 98–99 procent av alla blivande föräldrar tar del av mödrahälsovårdens verksamhet. Vården inriktas i hög grad mot graviditetsövervakning och förberedelse inför förlossningen. Mödrahälsovård har funnits i Sverige sedan 1930-talet då riksdagen fattade beslut om att införa frivillig, kostnadsfri och generell mödra- och barnhälsovård med syfte att minska ohälsa i befolkningen. Mödrahälsovårdens verksamhet har sedan dess utvecklats från några få besök under graviditeten till ett mer omfattande förebyggande arbete och föräldraskapsstöd. Under 1970-talet började verksamheten i högre grad att fokusera på det blivande barnet och dess tillväxt.

Graviditetshälsovård ingår i en vårdkedja med förlossningsenheter, BB och barnhälsovård där nära samverkan mellan dessa aktörer är nödvändig.

Kontaktvägarna mellan de olika verksamheterna varierar mellan regionerna, vanligen sker kontakten mellan professionella, genom informationsöverföring eller ett remissförfarande.

Organisering och finansiering

Mödrahälsovården organiseras vanligen i barnmorskemottagningar. Den största andelen mottagningar, cirka 60 procent finns i primärvården, varav hälften ingår i en vårdcentral, cirka 25 procent bedrivs i privat regi. Övriga mottagningar ligger under länssjukvården, oftast under en kvinnoklinik. Som tidigare nämnts bedrivs mödrahälsovården i eget vårdval i tre regioner. Under senare år har andelen privata vårdgivare ökat. De olika sätten att organisera vården kan innebära stora samordningsvinster med olika delar av vården och närliggande aktörer. När barnmorskemottagningar är integrerade i en vårdcentral innebär det ofta bättre samverkan med barnhälsovården, förskolan och andra aktörer som är relevanta för barn.

Det finns cirka 560 barnmorskemottagningar i Sverige. Enligt en tidigare studie från 2013 är de flesta barnmorskemottagningar relativt små med cirka 200 inskrivna gravida kvinnor.

Utöver barnmorskemottagningar finns även specialistmödravård som ansvarar för ultraljud i tidig graviditet, rutinultraljud, fosterdiagnostik och indicerade undersökningar senare under graviditeten. Den specialiserade mödravården organiseras inom kvinnosjukvården.¹⁵⁹

Mödravården finansieras av regionerna, vilket medför att principerna för ersättningssystemen och finansieringen av verksamheten varierar över landet. Enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Regioner uppgick de samlade kostnaderna för mödravården 2019 till 2 4232 miljoner kronor.¹⁶⁰

Mödravårdens uppdrag

Det finns rekommendationer och övergripande författningar som berör och reglerar mödravårdens verksamhet, men nationella styrdokument saknas. Varje region utarbetar lokalt anpassade program och riktlinjer som i hög grad baseras på en rapport med vägledning om mödravård, Mödravård, sexuell och reproduktiv hälsa som tagits fram av professionella inom mödravården och på underlag från Socialstyrelsen och internationella studier.

Enligt rapporten med vägledning om mödravård är det övergripande målet för mödravården att bidra till en god sexuell och reproduktiv hälsa hos hela befolkningen. I verksamheten ingår vanligen rådgivningsinsatser samt att identifiera risker för ohälsa och att bidra till sexuell och reproduktiv hälsa. Mödravården ska minimera risker för sjuklighet hos kvinnor och barn under graviditet, förlossning och den tidiga spädbarnstiden. I verksamheten ingår även hälsofrämjande och förebyggande insatser i samband med graviditet, stöd i föräldraskapet, familjeplanering på individnivå och samtal om levnadsvanor.¹⁶¹

¹⁵⁹ Intressegruppen inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med psykologer för mödravård och barnhälsovård (2008, reviderad 2016): *Mödravård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa*. Nr 76.

¹⁶⁰ SKR (2021): *Ekonomistatistik 2010–2019*. (Hämtad 2021-02-19).

¹⁶¹ Intressegruppen inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med psykologer för mödravård och barnhälsovård (2008, uppdaterad webbversion 2016): *Mödravård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa*. ARG rapport nr 76.

Basprogram utgör grund för detaljerade besöksprogram

I varje region finns ett detaljerat besöksprogram med medicinska och psykosociala och psykologiska insatser som grundar sig på nationella rekommendationer. Det medicinska basprogrammet och övriga vårdprogram utarbetas av mödrahälsovårdsöverläkare och sambandsbarnmorska i samverkan med kvinnosjukvården.¹⁶²

Det medicinska basprogrammet syftar till att upptäcka komplikationer under graviditeten och identifiera riskfaktorer som kan leda till komplikationer för kvinna och barn. Vid inskrivning i mödrahälsovården görs en bedömning och vårdplanering baserat på kvinnans sjukdomshistoria, ärftlighet, levnadsvanor och sociala situation. Kvinnan uppmanas att ta aktivt ansvar för sin egen och det väntade barnets hälsa och att själv fortlöpande ta del i vårdplaneringen. Det psykosociala och psykologiska basprogrammet syftar till att följa den psykologiska omställningen, stödja familjens anpassning till den nya situationen och identifiera eventuellt behov av stöd.¹⁶³

Hälsofrämjande och förebyggande insatser genomsyrar verksamheten

Mödrahälsovården har en central roll i landets folkhälsoarbete och en unik möjlighet att verka för minskad ohälsa och jämlik vård eftersom verksamheten når ut till nästan alla blivande föräldrar och.

I mödrahälsovårdens arbete ingår att främja barnets hälsa, inte minst när det gäller god och tidig anknytning till föräldrar eller vårdnadshavare. Nästan hälften av all ohälsa hos barn kan härledas till omständigheter som rör familjens levnadsvillkor.¹⁶⁴ Enligt rapporten med vägledning om mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa finns en stark koppling mellan barns hälsa och uppväxtvillkor och mödrars sociala trygghet, delaktighet och inflytande. Mödrahälsovården ska därför tillhandahålla stöd till alla blivande föräldrar, identifiera behov och initiera fördjupade insatser i samverkan med relevanta aktörer. Tvärprofessionell samverkan kring blivande och nyblivna barnfamiljer är central, särskilt för utsatta grupper.

¹⁶² Intressegruppen inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård (2008, reviderad 2016): *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa. Nr 76*

¹⁶³ Ibid.

¹⁶⁴ Ibid.

Grunden i mödrahälsovårdens arbete ska vara ett förhållningssätt som främjar utveckling av barns och föräldrars egen förmåga och en strävan efter att utjämna skillnader i hälsa, särskilt för människor i socialt utsatta situationer och med annan kulturell identitet än majoriteten, språksvårigheter eller utanförskap. Inom ramen för detta har verksamheten en viktig roll att uppmärksamma sexualitet och relationer, våldsutsatthet, smittskydd, alkoholbruk, tobaksbruk och drogmissbruk samt betydelsen av fysisk aktivitet, välbefinnande och hälsa.¹⁶⁵

Barnmorskemottagningars bemanning

Vid barnmorskemottagning arbetar vanligen barnmorskor tillsammans med, eller med möjlighet att konsultera obstetrikere, allmänläkare, psykolog och socionom. Vissa barnmorskemottagningar har också tillgång till undersköterska och sekreterare. Barnmorskorna och läkarna har delvis överlappande uppdrag. Barnmorskornas uppdrag fokuserar på reproduktiv hälsa och perinatal omvårdnad medan läkarnas uppdrag fokuserar på medicinska frågeställningar inom prevention, diagnostisk och behandlade verksamhet inklusive alla tillstånd som uppfattas som avvikande.¹⁶⁶

Flertalet barnmorskemottagningar har tillgång till psykologer för mödrahälsovård vilka har uppdrag riktat dels till professionen så som fortbildning, konsultation och teamarbete dels till blivande föräldrar genom kontakter individuellt och i grupp med fokus på psykisk hälsa och föräldrastöd. Psykologer för mödrahälsovård har i flertalet fall ett fortsatt uppdrag inom barnhälsovården och kan därmed fungera som en brygga mellan verksamheterna och kan erbjuda fortsatt kontakt utifrån behov.¹⁶⁷

Kvalitetsarbete inom mödrahälsovården

I regionerna finns centrala mödrahälsovårdsenheter där mödrahälsovårdsöverläkare och samordningsbarnmorska ingår. Dessa ska utveckla mödrahälsovårdens verksamhetsområden, utarbeta vårdpro-

¹⁶⁵ Ibid.

¹⁶⁶ Ibid.

¹⁶⁷ Psykologförbundet (2021): *Nationell målbeskrivning för psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård*.

gram, genomföra fortbildningsinsatser och förankra ny kunskap i verksamheten. Till uppdraget hör även kvalitetsuppföljning inom upptagningsområdet. De regionala mödrahälsovårdsenheterna har varit viktiga för utvecklingen av och förvaltandet av mödrahälsovårdens uppdrag liksom för implementering av mödrahälsovårdens hälsovårdsprogram. Många centrala mödrahälsovårdsenheter har psykolog eller socionom knuten till verksamheten som utvecklings- och utbildningsresurs. I vissa fall finns också en referensgrupp med representanter för primärvård, kvinnoklinik och andra instanser, beroende på den lokala organisationen, där vårdutveckling diskuteras.¹⁶⁸ Det nationella kvalitetsregistret Graviditetsregistret, samlar och behandlar information hela vägen från tidig graviditet till och med ett par månader efter förlossningen, exempelvis ultraljud, sjukdomshistoria och information om barnets hälsa.¹⁶⁹

På nationell nivå har regeringen tagit initiativ till en satsning på förlossningsvården och kvinnors hälsa. Satsningen fokuserar främst på kvinnans hälsa, med det ingår också insatser för att utveckla neonatalvården och vårdkedjan för sjuka nyfödda och för tidigt födda barn, från mödrahälsovården till och med barnhälsovården. Insatser för att förbättra kvinnans hälsa, inte minst den psykiska hälsan, har också inverkan på barnets hälsa under det mycket tidiga livet. I regeringens satsning ingår överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner för att stärka vården och uppdrag till olika myndigheter att följa upp och utvärdera vården samt att bistå med kunskapsstöd.¹⁷⁰

Barnhälsovårdens roll och ansvar

Barnhälsovårdens verksamhet syftar till att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa och tidigt identifiera behov av insatser hos barn och deras vårdnadshavare.¹⁷¹ Barnhälsovården erbjuder hälsovägledning, föräldraskapsstöd och hälsouppföljning till alla anslutna familjer och barn. I stort sett alla barn och familjer följs upp inom det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Vissa grupper nås

¹⁶⁸ Intressegruppen inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård (2008, reviderad 2016): *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa. Nr 76.*

¹⁶⁹ Graviditetsregistret (2021): *Detta är graviditetsregistret* (Hämtad 2021-04-06).

¹⁷⁰ SKR (2021): *Förlossningsvård och kvinnors hälsa.*

¹⁷¹ Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården.*

dock i lägre grad, det gäller särskilt familjer där vårdnadshavare är utrikesfödda, familjer med låginkomst och unga eller ensamstående vårdnadshavare.

Barnhälsovården har funnits i Sverige sedan 1937 då riksdagen beslutade om frivillig, kostnadsfri och generell mödrahälsovård och barnhälsovård. Barnhälsovården har sedan dess utvecklats från att arbeta kontrollerande och övervakande till att följa barns hälsoutveckling och genomföra hälsofrämjande och föräldraskapsstödjande insatser. Relationen mellan professionella och vårdnadshavare har skiftat fokus från kontroll eller övervakning till partnerskap och att öka vårdnadshavares delaktighet och tilltro till sin egen förmåga. Detta följer en internationell trend där hälsoövervakande och förebyggande insatser har kompletterats med ett hälsofrämjande perspektiv.¹⁷²

Samverkan med relevanta aktörer är central för verksamheten. Till samarbetsparterna hör bland annat mödrahälsovården, förskolan, skolans elevhälsa, specialistvården inklusive barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och vuxenpsykiatri, vårdcentralen, socialtjänsten och tandvården. Den närmaste samverkanspartnern i föräldrastödet är mödrahälsovården, men även kommunala verksamheter som socialtjänstens förebyggande verksamheter och familjerådgivningen är centrala aktörer.¹⁷³ Kontaktvägarna mellan de olika verksamheterna varierar mellan regionerna, vanligen sker kontakten mellan professionella, genom informationsöverföring eller ett remissförfarande.

Organisering och finansiering

Barnhälsovården organiseras ofta i form av barnvårdscentraler (BVC). BVC kan vara integrerad i övrig primärvård eller en självständig verksamhet. I tre regioner bedrivs barnhälsovården i egen regi utanför vårdvalet, i två regioner bedrivs barnhälsovården som egna vårdval. I resterande 16 regioner är barnhälsovården del i vårdvalet för vårdcentral/husläkarmottagning. I hela Sverige finns cirka

¹⁷² Ibid.

¹⁷³ Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen (2007): *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa*.

950 BVC (exklusive filialer), ungefär var tredje BVC (34 procent) drivs i privat regi.¹⁷⁴

En BVC kan vara en del av en familjecentral där olika verksamheter samlas för att stödja familjer med barn (se även avsnitt 4.8 nedan). Förutom barnhälsovård ingår ofta mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete i familjecentralerna. 21 procent av BVC tillhör en familjecentral och är samlokaliserad med mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst och öppen förskola medan 18 procent tillhör en familjecentral och är samlokaliserad med minst en av verksamheterna mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst eller öppen förskola.¹⁷⁵

Barnhälsovården finansieras av regionerna vilket medför att principerna för finansieringen av verksamheten ser olika ut i landet. Det är komplicerat att fastställa ersättningen till BVC då regionerna har olika sammansättning av fast och rörlig ersättning och att ersättningen utbetalas på olika sätt. Några regioner, bland annat Uppsala och Örebro, fördelar resurser till barnhälsovården med utgångspunkt från särskilda beräkningar av BVC-områdenas vårdtyngd. I beräkningarna av vårdtyngd tas hänsyn till faktorer som till exempel antalet förstabarnsföräldrar och antalet föräldrar med utländsk härkomst. Enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Regioner uppgick de samlade kostnaderna för barnhälsovården 2019 till 2 992 miljoner kronor.¹⁷⁶

Uppdrag

Det finns rekommendationer och övergripande författningar som berör och reglerar barnhälsovårdens verksamhet, men det finns ingen särskild reglering av barnhälsovården i lag eller annan författning. Detta innebär i praktiken att det finns variationer över landet när det gäller tillgång till barnhälsovård, barnhälsovårdens innehåll och övriga förutsättningar för verksamheten. För att stödja utvecklingen av en mer likvärdig barnhälsovård i landet har Socialstyrelsen i nära samarbete med företrädare för professionen inom barnhälsovården tagit fram en vägledning för barnhälsovården samt ett natio-

¹⁷⁴ Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård*.

¹⁷⁵ Ibid.

¹⁷⁶ SKR (2020): *Ekonomistatistik 2010–2019*. (Hämtad 2021-02-19).

nell program för barnhälsovård. Vägledningen ska ge kunskaps- och handledningsstöd för yrkesverksamma inom barnhälsovården och vara ett beslutsstöd i arbetet med att utveckla och genomföra hälsovårdsprogram för barn. Därutöver finns Rikshandbok i barnhälsovård, ett av professionen initierat och framtaget nationellt webbaserat metod- och kunskapsstöd för barnhälsovården som tillhandahålls av Sveriges regioner.¹⁷⁷ Socialstyrelsens vägledning anger mål, övergripande beskrivning och ramar för verksamheten, medan Rikshandboken mer konkret beskriver innehåll och metoder genom det nationella barnhälsovårdsprogrammet för barn och familjer. I samtliga regioner är Rikshandboken och Vägledning för barnhälsovården centrala styrdokument för barnhälsovården. Några regioner har dessutom regionala riktlinjer för barnhälsovården och förfrågningsunderlag för vård- eller hälsoval där uppdraget för barnhälsovården preciseras. Uppföljningen av barnhälsovården varierar mellan regionerna.¹⁷⁸

Det nationella barnhälsovårdsprogrammet

Barnhälsovårdens arbete med hälsouppföljning bygger på det nationella barnhälsovårdsprogrammet.

Barnhälsovårdsprogrammet är tredelat och innefattar insatser på olika fördjupningsnivåer. En viktig utgångspunkt för programmet är begreppet proportionell universalism som innebär att insatser ges efter behov. Alla barn och deras vårdnadshavare ska nås av insatser på universell nivå och vissa barn och familjer ska ges ökade och mer fördjupade insatser.¹⁷⁹ Målsättningen är att parallellt med ett folkhälsoperspektiv också inta ett individperspektiv. De tre delarna omfattar:

- *Universell prevention*: hälsofrämjande insatser, hälsouppföljning och andra insatser som riktas till alla barn och deras vårdnadshavare. Insatserna syftar till att främja goda levnadsvanor och uppväxtvillkor, främja och stödja samspel och relationer mellan barn och vårdnadshavare och barnets och vårdnadshavarens psy-

¹⁷⁷ Rikshandbok i barnhälsovård (2020). (Hämtad 2020-03-30).

¹⁷⁸ Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård*.

¹⁷⁹ The Marmot review (2010): *Fair society, healthy lives*.

kiska hälsa samt erbjuda stöd i föräldraskapet och information om lokala barn- och föräldraverksamheter.

- *Selektiv prevention*: insatser som samtal, vägledning och insatser genom bland annat tätare kontakt med barnhälsovården, riktade till grupper av barn och vårdnadshavare med ökad risk för ohälsa. Det kan vara behov som identifierats vid de allmänna hälso-besöken, barnets nuvarande eller tidigare hälsotillstånd eller villkor i barnets omgivning. Fördjupade kartläggningar av skydds- och riskfaktorer, barnets hälsoutveckling och hälsovägledning samt tvärprofessionell konsultation och samverkan kring barn och familjer med utökade behov kan vara aktuellt.
- *Indikerad prevention*: insatser riktade till barn och familjer som på grund av risk för ökade hälso- och sociala problem, bör få ytterligare samtal, vägledning och insatser i samverkan med förebyggande socialtjänst, psykolog eller andra vårdgivare. Insatserna tillhandahålls efter individuella bedömningar av barnets och familjens behov. Det kan till exempel handla om riktade insatser som upprepade hembesök, insatser i samverkan med andra vårdgivare och socialtjänst eller remiss till annan vårdgivare.¹⁸⁰

Enligt barnhälsovårdsprogrammet ska kontakten mellan familjerna och barnhälsovården vara som tätast under barnets första levnadsår. Därefter sker kontakterna när barnet är 18 månader, vid 2,5 eller 3 år samt när barnet är 4 år respektive 5 år. Totalt omfattar barnhälsovårdsprogrammet 13 olika besök under barnets första fem år. För barn och familjer med behov av fördjupade insatser rekommenderas tätare hälsobesök. Uppföljningar visar dock att dessa familjer inte alltid får det extra stöd och den information som de behöver. Det gäller till exempel barn i immigrant- och låginkomstfamiljer.¹⁸¹

Barnhälsovården har en viktig roll i det långsiktiga och systematiska folkhälsoarbetet. Hälsouppföljningen ska bidra till att öka kunskapen hos vårdnadshavare om barnets hälsoutveckling och att motivera familjer till en hälsosam livsstil som ska bidra till god hälsa och gynnsamma uppväxtvillkor för barnet.¹⁸² Hälsobesöken är en central del i hälsouppföljningen och omfattar en mer systematisk be-

¹⁸⁰ Rikshandbok i barnhälsovård (2021): *Barnhälsovårdens nationella program*. (Hämtad 2021-04-09).

¹⁸¹ Prop. 2017/18:249: *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik* (s. 52).

¹⁸² Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården*.

dömning av barnets hälsa och utveckling, bland annat när det gäller barnets tillväxt, sömn och matvanor, aktivitetsnivå, förmåga att kommunicera, rörelser, nöjdhet och ömsesidig kontakt med föräldrar. Barnhälsovårdens insatser bygger på en förtroendefull kommunikation och en nära allians med vårdnadshavare om barnets hälsa och utveckling. Insatser kan ges direkt till barnet utifrån dess symptom eller till vårdnadshavare genom föräldrastöd med fokus på relationen till och samspelet med barnet.

För att nå ut till alla familjer har barnhälsovården utvecklat ett system för hembesök. Hembesöken syftar främst till att nå alla barn och nyblivna föräldrar tidigt för att informera om barnhälsovård, lägga grunden till en fortsatt tillitsfull kontakt och för att få kunskap om barnets och familjens hemmiljö och livssituation.¹⁸³

Bemanningen på BVC

Bemanningen på BVC består av legitimerade sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen som distriktsköterska eller med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Tillgång finns vanligen till legitimerade läkare med specialistkompetens i allmänmedicin, pediatrik eller barnpsykiatri samt psykolog för barnhälsovården. Barnhälsovårdssjuksköterskan organiserar det lokala arbetet på BVC och har en central uppgift att självständigt utföra stora delar av barnhälsovårdsprogrammet samt att se till att alla barn som är inskrivna på BVC får tillgång till programmet. Barnhälsovårdssjuksköterskan står för kontinuitet i kontakterna och för samordning av insatser för barn och vårdnadshavare, tillsammans med andra professioner och verksamheter. Läkaren är sjuksköterskans främsta samarbetspartner och ansvarar för hälsoundersökningar som fodrar högre medicinsk kompetens och för bedömningar av barnets hälsa och utveckling. Tillsammans utgör de barnhälsovårdsteamet på BVC. I teamarbetet finns tillgång till psykolog för barnhälsovården. Psykologerna stödjer den övriga professionen med fortbildning och konsultation och deltar i teamarbete. De har även kontakt med barn och vårdnadshavare både individuellt och genom generellt och riktat föräldrastöd i grupp. Fokus för uppdraget är förebyggande insatser och föräldrastöd. Inom vissa regioner kan även andra yrkeskate-

¹⁸³ Ibid.

gorier ingå i teamet, till exempel socionomer, dietister och logopedier. De olika kompetenserna kompletterar varandra och utgör grunden i teamarbetet.¹⁸⁴

Kvalitetsarbete inom barnhälsovården

I alla regioner finns en barnhälsovårdsöverläkare och sjuksköterska som arbetar som vårdutvecklare. Ofta tillhör de en central barnhälsovårdsenhet, som ansvarar för att följa upp och utveckla barnhälsovårdens verksamhet. Många centrala barnhälsovårdsenheter har psykolog och andra professioner inom barnhälsovården knutna till verksamheten som utvecklings- och fortbildningsresurs. De regionala utvecklingsenheterna för barnhälsovård har varit viktiga för utvecklingen av och förvaltandet av barnhälsovårdens uppdrag liksom för utveckling och implementering av det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Förbättringsarbetet baseras på insamlad kunskap om verksamheten inom svensk barnhälsovård och drivs sedan länge av de regionala utvecklingsenheterna för barnhälsovård runt om i landet. Därutöver finns det nationella kvalitetsregistret Svenska Barnhälsovårdsregistret, BHVQ, som följer kvalitetsvariabler i den svenska barnhälsovården och utgör en grund för kontinuerlig kvalitetsförbättring. Anslutningsgraden i BHVQ ökar årligen.¹⁸⁵

På nationell nivå har regeringen tagit initiativ till en treårig satsning för att öka tillgängligheten till barnhälsovården särskilt i områden med socioekonomisk problematik. Inom ramen för satsningen har regionerna bland annat genomfört personalförstärkningar, kompetensutvecklingsinsatser och insatser för att stärka samverkan mellan barnhälsovården, socialtjänsten, tandvården och förskolan i syfte att tidigt upptäcka barn med behov av fördjupade insatser.¹⁸⁶

¹⁸⁴ Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovård* och Rikshandbok i barnhälsovård (2021): *Teamarbete i barnhälsovården*. (Hämtad 2021-04-09).

¹⁸⁵ Svenska Barnhälsovårdsregistret (2021): *Svenska Barnhälsovårdsregistret*. (Hämtad 2021-04-09).

¹⁸⁶ Staten och SKL (2017): *Överenskommelse om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018–2020*.

Elevehälsans roll och ansvar

Enligt 2 kap. 25–28 §§ skollagen (2010:800) ska det finnas elevehälsa för elever i förskoleklassen, de obligatoriska skolförmen, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Elevehälsa infördes som juridiskt begrepp i skollagen 2010 och avser medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevehälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande och stödja elevernas utveckling mot målen. Elevehälsan ska också se till att skolan bidrar till att skapa god och trygga uppväxtvillkor för eleverna. Elevehälsans arbete förutsätter en hög grad av samverkan både mellan elevehälsans personal och övriga personalgrupper i skolan och med övriga hälso- och sjukvård samt socialtjänsten.¹⁸⁷ Intentionerna med elevehälsans hälsofrämjande och förebyggande arbete beskrivs kortfattat i förarbetena till skollagen. Som komplement till lagen har Socialstyrelsen och Statens skolverk utformat en vägledning för elevehälsans verksamhet.¹⁸⁸

Elevehälsans medicinska insatser

Elevehälsans medicinska insatser, tidigare benämnt skolhälsovård, består av skolläkare och skolsköterska och utgör en självständig verksamhetsgren inom elevehälsan. De medicinska insatserna i elevehälsan avser hälsobesök för eleverna, vaccinationer enligt nationellt fastställda program och enklare sjukvårdsinsatser.¹⁸⁹ Med enklare sjukvårdsinsatser avses omplåstring eller preliminära bedömningar av smärre olyckor under utbildningsmomenten.¹⁹⁰

Det finns en lång tradition av skolhälsovård i Sverige. De första skolläkarna anställdes vid läroverk och folkskolor redan på 1830-talet. I början på 1900-talet fanns det skolhälsovård vid skolorna i de större städerna och några decennier senare började skolsköterskeverksamheten utvecklas. Skolhälsovård infördes i läroplanerna under 1960-talet (Lgr 1962 och Lgr 1969) som en del av elevvården. Skolhälsovården skulle bland annat kartlägga elevernas fysiska och psykiska tillstånd genom återkommande klassundersökningar. Regleringen av skolhälsovården och hälsobesöken infördes i lag samband med 1985 års skollag (1985:11100). Enligt 14 kap. 2 § 1985 års skol-

¹⁸⁷ Prop. 2009/2010:165: *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 274–277).

¹⁸⁸ Socialstyrelsen och Skolverket (2016): *Vägledning för elevehälsan*.

¹⁸⁹ Prop. 2009/10:165: *Den nya skollagen – För kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 277).

¹⁹⁰ *Ibid.*

lag skulle skolhälsovården ansvara för att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem.

Skolhälsovårdens uppdrag har under åren återspeglat hälsoutvecklingen i landet. I takt med förbättringen av folkhälsan och en förändrad syn på sjukdomsbilden och hälsoutvecklingen hos barn och unga har hälsofrämjande och förebyggande åtgärder kommit att betonas i allt högre grad i skolhälsovårdens uppdrag. Skolläkarens roll har också förskjutits från infektionssjukdomar till psykosociala hälsotillstånd samt från ett individperspektiv till ett mer grupp-inriktat perspektiv med fokus på arbetsmiljöfrågor för eleverna. En stor del av skolläkarens roll sker i dag genom medicinsk rådgivning till skolsköterskan. Skolsköterskan ansvarar för att genomföra elevernas hälsobesök och samarbetar med övrig elevstödande verksamhet i skolan i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.¹⁹¹

Skolhuvudmännens vårdgivaransvar

Den verksamhet som utförs av skolläkare och skolsköterskor definieras i regel som hälso- och sjukvård. Det gäller till exempel syn- och hörselundersökningar, vaccinationer, hälsosamtal med enskilda elever, visst utredningsarbete och remittering av elever till den övriga hälso- och sjukvården. I förhållande till denna verksamhet har skolhuvudmän ett vårdgivaransvar och rektorer ett ansvar som verksamhetschef.

Med vårdgivaransvaret följer vissa skyldigheter. Det gäller till exempel hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om målen med hälso- och sjukvården, enligt 3 kap 1 och 2 §§ HSL. Det gäller också kraven på verksamheten att erbjuda god, säker och trygg vård och kraven på systematisk utveckling och säkring av vårdens kvalitet, enligt 5 kap 1, 2 och 4 §§. Dessutom gäller de särskilda skyldigheterna i fråga om barn. Barnets bästa ska särskilt beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn, enligt 5 kap 6 § HSL. Ett barns behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor med har en psykisk funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller skada eller ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller

¹⁹¹ Milerad, J. och Lindgren, C. (2015): *Evidensbaserad elevhälsa*.

spel om pengar, enligt 5 kap. 7 § HSL. Det finns också krav på samverkan i fråga om barn som far eller riskerar att fara illa, enligt 5 kap. 8 § HSL. Vidare gäller patientsäkerhetslagens (PSL) bestämmelser, inte minst kraven på hälso- och sjukvårdens personal att tillhandahålla god och patientsäker vård och därvid utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket framgår av 6 kap. 1 § PSL. Enligt patientsäkerhetslagen har vårdgivaren också en skyldighet att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen kan upprätthållas, enligt 3 kap 1 § PSL. Vårdgivaren ska dessutom vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador och bland annat utreda händelser i verksamheten som hade kunnat leda till vårdskada samt ge patienter och deras närståendes möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet, enligt 3 kap. 2–4 §§ PSL. Samtliga bestämmelser i patientlagen som inte särskilt är avgränsade till att gälla för vårdgivare med endast regionen, alternativt regionen och kommunen som huvudman, eller som i övrigt hänför sig till annan specialreglering, gäller för alla vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Bland annat ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses och olika insatser ska vara samordnade på ett ändamålsenligt sätt, enligt 6 kap. 1 § PL. En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygget, kontinuitet, samordning och säkerhet, enligt 6 kap 2 § PL. Även detta krav gäller alltså för samtliga vårdgivare, oavsett vilken huvudman de har, och därmed för även för de verksamhetsgrenar i skolan som utgörs av elevhälsans medicinska insatser.

Organisering och finansiering

Skolhuvudmännen har möjlighet att organisera elevhälsan utifrån lokala behov och förhållanden. Elevhälsan kan bedrivas i egen regi, det vill säga med personal anställd direkt på skolan, eller organiseras centralt. Av 23 kap. 25 § skollagen framgår att en kommun, enskild eller staten som huvudman får överlåta ansvaret för medicinska insatser till en region om båda parter är överens om det. Vidare får en region, enskilda eller staten som huvudman överlåta ansvaret för elevhälsans medicinska insatser till en kommun om båda parter är

överens om det. Huvudmannen har dock det yttersta ansvaret för att de medicinska insatserna kommer till stånd.

Elevhälsans insatser finansieras genom den så kallade skolpengen. Skolpengen är det grundbelopp som kommunen avsätter per elev för skolverksamheten. Ersättningen för elevhälsan avser medicinska, psykologiska eller psykosociala insatser. Skolverkets statistik visar att den genomsnittliga skolpengen för elevhälsan i grundskolan uppgick till 3 400 kronor per elev år 2018.

Elevhälsans hälsofrämjande och förebyggande arbete

Socialstyrelsens och statens Skolverks vägledning lyfter fram att det hälsofrämjande och förebyggande bör genomsyra hela skolans verksamhet och att det är ett ansvar för alla yrkesgrupper som arbetar i förskola och skola. I det främjande och förebyggande arbetet ingår att skapa samsyn om barnets lärande och utveckling samt en trygg lärandemiljö för eleverna. En central utgångspunkt är att hälsa är en förutsättning för lärande men också att lärande leder till hälsa.¹⁹²

Det förebyggande arbetet handlar om att minska risken för ohälsa. Det kan till exempel finnas förhållanden i skolan som gör att elever och lärare inte kan fullfölja skolans uppdrag. Det kan handla om kränkningar, skadegörelse och bristande studiero eller liknande.

Elevhälsan ska bistå med insatser på individuell och generell nivå. I elevhälsans mer individuellt inriktade insatser ingår att undanröja hinder för varje enskild elevs lärande och utveckling. Elevhälsan och dess medicinska insatser kan även uppmärksamma grupper med särskilt behov av stöd till exempel elever med funktionsnedsättning, kroniska eller andra långvariga sjukdomar, elever som har upplevt traumatiska situationer och upprepade uppbrott som asylsökande eller placerade barn och unga. Den mer generellt inriktade verksamheten rör elevernas arbetsmiljö, skolans värdegrund, arbetet mot kränkande behandling och undervisning som rör tobak, alkohol andra droger och övrig livsstilsrelaterad ohälsa, jämställdhet och sex- och samlevnadsundervisning med mera.

I det förebyggande arbetet kan elevhälsan hjälpa till med att kartlägga verksamheten och identifiera riskområden, till exempel uppgifter om elevernas matvanor, fysiska aktivitet, andelen bland elever

¹⁹² Socialstyrelsen och Skolverket (2016): *Vägledning för elevhälsan*.

som röker, upplever stress eller är utsatta för kränkande behandling. De medicinska insatserna kan bidra med aidentifierad information från hälsosamtalen på aggregerad nivå som underlag för det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Uppgifter om hur eleverna upplever skolsituationen kan användas för att skapa bättre lärandemiljöer. Elevhälsan har också en viktig roll i att utbilda och handleda lärare i ett arbetslag för att stärka lärarnas förmåga att reflektera om och agera kring elevgrupper eller enskilda elever. Ett hälsofrämjande arbetssätt som tar sikte på både lärande och hälsa ställer krav på ett tvärprofessionellt arbetssätt som omfattar både elevhälsans och lärarnas professioner. Elevhälsan bör i detta arbete samarbeta med rektor och lärare vid utbildningsinsatser, organisationsplanering och organisationsutredningar för att belysa hälsorisker i verksamheten och i barns och ungas livssituation. Närsamhället och den lokala kontext som förskola och skola befinner sig i bör påverka inriktningen på de insatser som genomförs.¹⁹³

Elevhälsans fokus ska inte vara hälso- och sjukvårdsinsatser i snäv bemärkelse utan förebyggande och hälsofrämjande insatser i ett bredare perspektiv. I detta arbete har de medicinska insatserna en central roll.

Enligt Socialstyrelsens och Statens skolverks vägledning kan elevhälsan även erbjuda åtgärdande insatser när problem uppstår, det gäller till exempel arbetet med stöd- och åtgärdsprogram för elever med skolsvårigheter. Enligt vägledningen kan skolsköterskan, skolkurator och skolpsykolog också genomföra olika typer av stödjande samtal med enskilda elever under en begränsad period. Det kan vara motivations- och krissamtal eller utredande, rådgivande och bearbetande samtal. Elevhälsan har även ett särskilt ansvar när det gäller att utreda och kartlägga elevers svårigheter att nå målen för utbildningen.¹⁹⁴

Hälsouppföljning i elevhälsan

Hälsobesök under skoltiden regleras i skollagen. Av 2 kap. 27 § skollagen framgår att varje elev i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan ska erbjudas minst tre hälsobesök som innefattar all-

¹⁹³ Socialstyrelsens och Skolverket (2016): *Vägledning för elevhälsan*.

¹⁹⁴ Socialstyrelsen och Skolverket (2016): *Vägledning för elevhälsan*.

männa hälsokontroller. Vidare ska varje elev i sameskolan erbjudas minst två hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller. Hälsobesöken ska vara jämnt fördelade under skoltiden. Eleven ska också erbjudas undersökning av syn och hörsel och andra begränsade hälsokontroller mellan hälsobesöken. Dessutom ska varje elev i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan erbjudas minst ett hälsobesök som innefattar en allmän hälsokontroll under skoltiden.

Hälsobesöken är en central uppgift för de medicinska delarna av elevhälsan. Termen hälsobesök infördes i skollagen 2010 och understryker hälsofrämjande arbetssätt som stämmer överens med elevhälsans uppdrag. Det finns dock ingen närmare reglering av hälsobesökens innehåll än det som framgår av enligt 2 kap. 27 § skollagen. Däremot behandlar Socialstyrelsens och Statens skolverks vägledning för elevhälsan bland annat hälsobesökens innehåll och utformning. Av vägledningen framgår att hälsobesöken syftar till att bedöma barnets eller den unges hälsotillstånd, tillväxt, utveckling och inlärning med målet att tidigt upptäcka elever i behov av stöd eller andra insatser. Vid hälsobesöken ska alla barn och unga undersökas för att upptäcka tillväxtavvikelse, syn- eller hörselnedsättningar och ryggdeformiteter. Därutöver ingår ett hälsosamtal där barnet eller den unge har möjlighet prata om sin hälsa och skolsituation med skolsköterskan. Hälsosamtalet är en del av elevhälsans hälsofrämjande och förebyggande arbete. Syftet med hälsosamtalet är att stärka barnets eller den unges möjlighet till ett hälsosamt liv. I hälsosamtalet kan till exempel matvanor, fysisk aktivitet och alkohol och tobaksanvändning samt signaler på psykisk ohälsa tas upp. De återkommande besöken ska ge skolsköterskan en möjlighet att bygga upp en relation till varje enskild elev samt ge mer individuellt inriktad hälsovägledning.¹⁹⁵

Elevhälsans bemanning

Av 2 kap 25 § skollagen framgår att det inom elevhälsan ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator samt personal med sådan kompetens att elevernas behov av specialpedagogiska insatser kan tillgodoses. Den personal som finns för elevhälsans insatser ska ha adekvat utbildning, som svarar mot elevernas

¹⁹⁵ Socialstyrelsen och Skolverket (2016): *Vägledning om elevhälsan*.

behov av insatser.¹⁹⁶ Det finns dock ingen närmare beskrivning i lagen om vad tillgång till olika personalkategorier innebär. En utgångspunkt är att det ska finnas tillgång till den personal och de resurser som krävs för att elevhälsan ska kunna utföra sin verksamhet i enlighet med befintlig lagstiftning. Det finns ingen nationell statistik över yrkesverksamma inom elevhälsan eller fördelning per elev. Sverige Kommuner och Regioner (SKR) tar fram statistik över det samlade antalet yrkesverksamma personer inom de kommunala skolornas elevhälsa. Denna statistik visar att det 2018 fanns cirka 106 skolläkare och cirka 2 800 skolsköterskor i Sverige vid de kommunala skolorna. Av SKR:s uppföljningar framgår att det finns behov av att rekrytera personal inom elevhälsan när det gäller skolläkare, psykologer, kuratorer och skolsköterskor. Av dessa yrkesgrupper var vakanserna flest bland psykologerna men vakanserna bland skolsköterskorna har också ökat över tid. Behovet är störst inom de små kommunerna men också socioekonomiskt utsatta områden. Enligt kommunerna är orsaken till vakanserna att det finns för få personer i dessa yrkesgrupper men också att konkurrensen om yrkesgrupperna är stor och att de kommunala huvudmännen inte kan erbjuda de löner som krävs.¹⁹⁷

SKR:s uppföljningar av hur elevhälsan är organiserad i de kommunala skolorna visar att det är vanligt med centralt anställd personal inom elevhälsan. 74 procent av kommunerna uppger att skolsköterskorna är anställd centralt, 71 procent uppger att detsamma gäller psykolog och 62 procent att det gäller kuratorer. Skolläkare och skolpsykologer finns inte alltid anställda inom elevhälsan, i stället köper de kommunala skolhuvudmännen in sådana tjänster. 56 procent av skolorna uppger att det köper in tjänstetimmor när det gäller skolläkare. I SKR:s kartläggning uppger de kommunala skolhuvudmännen att även andra yrkesgrupper ingår i elevhälsan, till exempel förekommer logoped, talpedagoger, socialpedagoger och arbetsterapeuter och fysioterapeuter.¹⁹⁸

¹⁹⁶ Prop. 2009/10:165 *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 657).

¹⁹⁷ SKL (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018*.

¹⁹⁸ SKL (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018*.

Ungdomsmottagningar

Sveriges ungdomsmottagningar har en lång erfarenhet av att möta unga i syfte att främja fysisk och psykisk hälsa, med fokus på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Ungdomsmottagningarna riktar sig vanligen till ungdomar i åldrarna 13–25 år och ses som ett komplement till övrig hälso- och sjukvård.¹⁹⁹

Utredningen erfar från dialogmöte med verksamhetsföreträdare att ungdomsmottagningarna har gedigen kunskap och helhetssyn kring ungdomsfrågor och vad som tillhör ungdomen. Ungdomsmottagningen har även en unik roll i att vara en neutral part och ingång för ungdomar då de i vissa frågor kanske inte vill söka stöd hos till exempel elevhälsan eller vårdcentralen av olika skäl.

Den första ungdomsmottagningen startade i Borlänge på 1970-talet. En central tanke vid starten av de första ungdomsmottagningarna var att verksamheten skulle präglas av en helhetssyn på ungdomar och att kropp och själ hör ihop.²⁰⁰

Organisering och finansiering

Hälsovård för unga kring den sexuella och reproduktiva hälsan och den psykiska hälsan organiseras ofta på ungdomsmottagning. I vissa län finns en övergripande struktur för ungdomsmottagningarnas verksamhet och organisation men även inom länen kan ungdomsmottagningarnas organisation variera. Det finns mottagningar som enbart vänder sig till barn och unga eller mottagningar som är en del av en större verksamhet med fler målgrupper än barn och unga, till exempel en barnmorskemottagning som har särskilda öppettider för unga några timmar i veckan. Det finns också filialer eller mobila enheter kopplade till en större mottagning med syftet att nå unga som inte kan ta sig till en ungdomsmottagning.²⁰¹

Enligt SKR är det svårt att få fram tydlig information om vilka resurser som avsätts för ungdomsmottagningarnas verksamhet. Ungdomsmottagningarna saknar ofta en överblick över sin egen budget och vad verksamheten kostar. Ofta saknas också en över-

¹⁹⁹ SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa*.

²⁰⁰ Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2018): *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar*.

²⁰¹ SKL (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar*.

gripande behovsanalys av vilka resurser som bör avsättas för verksamheten och en analys av kopplingen mellan resurser och verksamhetens uppdrag. Det finns inte heller någon tydlig struktur för hur resurser fördelas mellan ungdomsmottagarnas olika uppdrag, till exempel mellan medicinska och sociala insatser och mellan det främjande, förebyggande och behandlade arbetet. Regionerna står dock för en majoritet av kostnaderna för ungdomsmottagningarna. Det är vanligt att regioner bidrar både med en fast summa per invånare i målgruppen och ersättning per besök. Kommuner bidrar också ofta med en fast summa, men det är även vanligt att kommunerna bidrar med personal i stället för att tillföra medel. Det kan till exempel handla om en kurator som i vanliga fall arbetar inom skolan eller socialtjänsten och som även avsätter ett antal timmar i veckan på en ungdomsmottagning.²⁰²

Uppdrag

Det finns ingen särskild reglering av ungdomshälsovård i författning, utan den hälso- och sjukvård som ges vid ungdomsmottagningar eller till ungdomar i övrigt omfattas i princip av den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Detta innebär i praktiken att det finns variationer över landet när det gäller tillgång till ungdomshälsovård, innehåll och övriga förutsättningar för verksamheten. Uppdragen ser olika ut beroende på huvudmannens inriktning och prioritering.

De flesta av landets ungdomsmottagningar är anslutna till organisationen Sveriges förenade ungdomsmottagningar (FSUM). Den är en intresseorganisation för ungdomsmottagningarna som arbetar med att stimulera utveckling av verksamheten och att underlätta erfarenhetsutbyte mellan mottagningarna. FSUM har utarbetat handbok och riktlinjer för ungdomsmottagningarnas verksamhet. Riktlinjerna framhåller att mottagningarna ska arbeta med utgångspunkt från barnkonventionen och utifrån ett psykologiskt, psykosocialt och medicinskt helhetsperspektiv. De ska också ha ett rättighetsperspektiv på ungas rätt till information, kunskap och behandling.²⁰³

²⁰² Ibid.

²⁰³ Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2021): *Om FSUM*. (Hämtad 2021-04-09).

Enligt FSUM är det övergripande målet för ungdomsmottagningar att främja fysisk och psykisk hälsa, med fokus på sexuell och reproduktiv hälsa, samt rättigheter hos unga. Arbetet ska ske utifrån en helhetssyn i medicinskt, psykologiskt och psykosocialt perspektiv. Varje person har rätt till kunskap, information, stöd och behandling.²⁰⁴

Ungdomsmottagningarnas hälsofrämjande och förebyggande arbete

Verksamheten är en så kallad lågröskelverksamhet, vilket innebär att den ska vara lättillgänglig och anpassad efter ungdomars behov. Ungdomsmottagningen kräver inte särskild sökorsak för ett besök och bemötandet utgår från hur personen mår och den situation hen befinner sig i. Stödet har ett salutogent perspektiv, vilket betyder att det utgår från hälsan och vad som fungerar väl, snarare än från ett sjukdomsperspektiv. Detta förhållningssätt syftar till att stärka individers egenmakt och tilltro till sin egen förmåga samt att själv ta kontroll över sina liv.²⁰⁵

På senare år har arbete med psykisk hälsa fått allt större utrymme och ungdomsmottagningar i tre län/regioner har ett uttalat uppdrag att vara första linjen verksamhet för unga med lättare psykisk ohälsa.²⁰⁶

Till skillnad från mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser erbjuder inte ungdomsmottagningar hälsoundersökningar till alla unga och ungdomsmottagningarna genomför inte heller andra specifika insatser utifrån ett nationellt program som riktar sig till alla unga.

Även om uppdraget kan variera, så är dock arbetet med att stödja unga kring sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) en central del på de flesta ungdomsmottagningar. I det ingår att ge förebyggande insatser som bidrar till att sexuella aktiviteter sker på ett säkert sätt, till exempel att förhindra oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar. I arbetet ingår även att stödja med ökad kunskap om sexualitet och sexuell hälsa till de unga och att stärka dem i deras rättigheter. Detta handlar till exempel om frihet att själv

²⁰⁴ Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2018): *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar*.

²⁰⁵ SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa*.

²⁰⁶ Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (2018): *Riktlinjer för Sveriges ungdomsmottagningar*.

fatta beslut om den egna kroppen, förtroende och kommunikation kring sex samt möjlighet att ha njutbara och säkra sexuella upplevelser.²⁰⁷

Ungdomsmottagningarna ger ett individriktat stöd till de unga som sökt sig till mottagningen. Det kan handla om att svara på frågor, ge information, undersöka och behandla. Ungdomsmottagningarna bedriver även ett utåtriktat arbete, för att i högre utsträckning nå även de unga som inte söker upp mottagningen på eget initiativ. Flera regioner har också satsat på digitala besök, som kan motsvara en del av det stöd som en fysisk mottagning kan ge. Det är ett sätt att stärka ungdomars tillgång till ungdomsmottagningarnas tjänster och kan vara särskilt viktigt för unga som bor i glesbygd, hemmasittande ungdomar och för dem som inte vill besöka en fysisk mottagning.²⁰⁸

Tillsammans med bland annat elevhälsan och socialtjänstens förebyggande verksamhet utgör ungdomsmottagningarna en basnivå för ungdomar när det gäller hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser.²⁰⁹

Sedan 2008 finns även den webbaserade ungdomsmottagningen UMO.se för alla unga mellan 13–25 år, med kunskap om kroppen, sex, relationer, psykisk hälsa, alkohol och droger, självkänsla och mycket annat. Där finns också kontaktuppgifter till alla ungdomsmottagningar i landet. UMO.se erbjuder även viss möjlighet att ställa personliga frågor. På UMO.se finns också en särskild webbplats, Youmo.se, med delar av UMO:s innehåll presenterat på olika språk. UMO.se finansieras av alla regioner.²¹⁰

Bemannning av ungdomsmottagningarna

Bemanningen på ungdomsmottagningarna varierar men många mottagningar strävar efter att arbeta tvärprofessionellt för att kunna tillgodose de ungas behov av insatser när det gäller fysisk och psykisk

²⁰⁷ SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa och Folkhälsomyndigheten (2019): Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017*. Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017.

²⁰⁸ SKR (2020) *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa*.

²⁰⁹ SKL (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar*.

²¹⁰ UMO.se (2020).

hälsa.²¹¹ Vid de flesta ungdomsmottagarna finns barnmorska och kurator. Det är också vanligt att gynekolog och allmänläkare finns knutna till mottagningen.²¹²

FSUM anger i sina riktlinjer att ungdomsmottagningar bör ha tillgång till personal, som utöver grundkompetensen i sin profession, har utbildning i andrologi, gynekologi, psykoterapi och sexologi. Vidare anger de att personalen behöver ha ett ungdomsperspektiv med specifik kompetens gällande biologiska, psykologiska och sociala aspekter på tonårsutveckling, genus, könsidentitet, könstuttryck, sexualitet och sexuell identitet.²¹³

4.5 Andra verksamheter som möter barn och unga

Utöver de verksamheter som framgår av utredningens direktiv finns det ett antal ytterligare vårdverksamheter som möter barn och unga, till exempel vård- eller hälsocentraler, första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa och verksamheter som tidigt möter späda och små barn. Nedan lämnas övergripande beskrivningar av dessa verksamheter.

4.5.1 Vårdcentral

Vårdcentralen utgör primärvårdens kärnverksamhet och ansvarar för grundläggande medicinsk behandling av alla typer av sjukdomar i alla åldrar. Vårdcentralen utgör också en mycket central samverkanspart med de tidigare nämnda vårdverksamheterna inom barn- och ungdomshälsovården eftersom den ansvarar för vårdande och behandlande insatser. I Socialstyrelsens kartläggning från 2016 beskrivs att den gemensamma kärnan som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga regioner omfattar:

- Mottagningsverksamhet för planerad (tidsbokad) och oplanerad hälso- och sjukvård inom det allmänmedicinska kompetensom-

²¹¹ SKL (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar*.

²¹² Ibid.

²¹³ Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2018): *Riktlinjer för Sveriges ungdomsmottagningar*.

rådet, samt inom rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser,

- jourverksamhet, ofta i samverkan med andra vårdenheter,
- läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård,
- medverkan i regionens smittskyddsarbete, i forsknings- och utvecklingsarbetet samt i kris- och katastrofberedskapen inom länet.²¹⁴

Vårdcentralens roll i primärvårdens omfattande uppdrag att utgöra den tydliga basen i svensk hälso- och sjukvård beskrivs närmare i Problembild, kap. 4.

Vårdcentraler organiseras i form av vårdvalssystem och styrs och genom uppdraget som anges i det tidigare nämnda förfrågningsunderlaget. Oavsett om verksamheten drivs i offentlig eller privat regi har regionen alltid huvudmannaskap för verksamheten. År 2017 drev 225 olika privata vårdgivare vårdcentraler. Av dessa drev 171 en enda vårdcentral.²¹⁵ Störst var Capio och Praktikertjänst med drygt 80 vårdcentraler vardera.²¹⁶ Vid utgången av 2019 fanns det 1 140 vårdcentraler i Sverige, varav 56 procent drevs i offentlig regi och 44 procent i privat regi. De regionala skillnaderna är stora när det gäller offentlig eller privat regi. I Region Stockholm drivs 68 procent av alla vårdcentraler i privat regi jämfört med Region Västerbotten där 13 procent av vårdcentralerna drivs i privat regi.²¹⁷

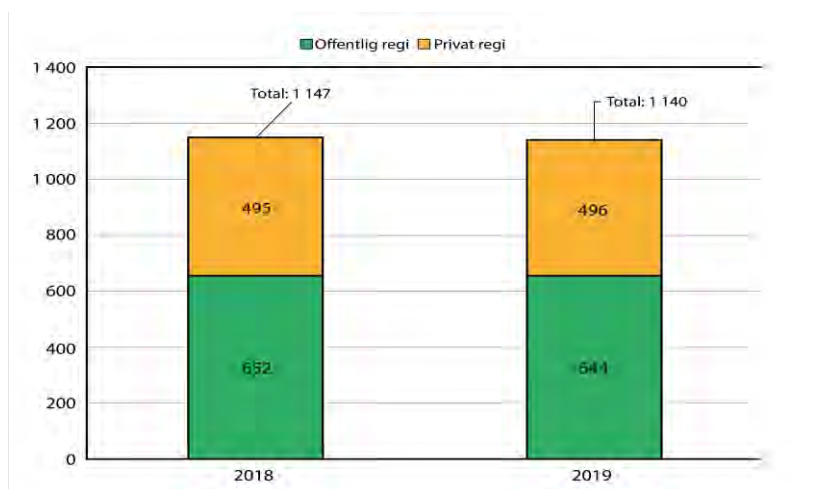
²¹⁴ Socialstyrelsen (2016): *Primärvårdens uppdrag En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*.

²¹⁵ Vårdföretagarna Almega (2019): *Privat vårdfakta 2019* (Hämtad 2021-02-19).

²¹⁶ Konkurrensverket (2014): *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*. Rapport 2014:2.

²¹⁷ SKR (2021): *Verksamhetsstatistik 2010–2019* (Hämtad 2021-02-19).

Figur 4.13 Vårdcentraler i offentlig/privat regi 2019



Källa: SKR (2019).

På vårdcentral arbetar specialläkare i allmänmedicin och distrikts-sjuksköterskor, dessa innehar en bred generalistkompetens med förmåga att möta olika typer av behov och även att arbeta förebyggande. Vidare har allt fler legitimerade yrkeskategorier successivt tillkommit, till exempel arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter, psykologer, hälso- och sjukvårdskuratorer och i viss mån även farmaceuter.

4.5.2 Första linjen för barns och ungas psykiska hälsa

Många kommuner och regioner har under de senaste åren arbetat med att bygga upp en första linje som ansvarar för barn och unga med psykisk ohälsa oavsett om problemet har psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska orsaker. Verksamheterna riktar sig till barn och unga och har skapats för att överbrygga glappet mellan den hjälp som erbjuds alla och den hjälp som erbjuds dem med svårast problematik.²¹⁸

I första linjeuppdraget ingår vanligen att identifiera olika former av problematik, göra enklare utredningar och att ge stöd vid lindrigare och ibland måttliga former av besvär och tillstånd. Vanliga sök-

²¹⁸ Uppdrag Psykisk Hälsa (2015): *Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa – framväxt, beskrivning av nuläget och vägen framåt.*

orsaker är oro, nedstämdhet, stress och kriser samt familjeproblem. Flera verksamheter kan ha en första linjefunktion, till exempel verksamheter inom skolväsendet, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Första linjen ska vara den verksamhet som barn och unga i första hand vänder sig till med av lindrig till måttlig psykisk ohälsa. I den senaste utvärderingsrapporten från SKR framhåller man att första linjen för barns och ungas psykiska hälsa motsvarar primärvårdsuppdraget, men att det när projekten startade saknades kompetenser och beredskap i primärvården för uppdraget.²¹⁹

I vissa kommuner och regioner har man byggt upp nya verksamheter med ett specifikt uppdrag att ansvara för första linjen, medan andra har utökat uppdraget för befintliga verksamheter att även inkludera ansvaret för första linjen. En majoritet av första linjeverksamheterna i landet drivs inom ramen för primärvården och når totalt sett cirka 2 procent av Sveriges barn och unga.²²⁰

Arbetet med att utveckla första linjeverksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa har pågått sedan drygt 12 år tillbaka. Regeringen har under det senaste decenniet genomfört ett flertal satsningar för att stödja arbetet med att bygga upp en första linje i kommuner och regioner, bland annat genom överenskommelser med SKR. Med stöd av dessa överenskommelser har SKR sedan år 2007 drivit ett flertal utvecklingsprojekt tillsammans med kommuner och regioner med syfte att förbättra kvaliteten och tillgängligheten till första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa. Det finns i dagsläget stor variation i hur långt huvudmännen kommit i arbetet med att utveckla första linjeverksamheterna för barn och unga.²²¹

Verksamheter som tidigt möter späda och små barn

Utöver ovan nämnda första linjeverksamheter, som i första hand vänder sig till barn och unga med psykisk ohälsa i åldrarna 6–18 år, finns det andra verksamheter med motsvarande uppdrag att tidigt möta barn i åldrarna 0–5 år. Insatser inom dessa verksamheter riktar sig till barnets vårdnadshavare i form av riktat föräldrastöd, då barnet

²¹⁹ SKL (2015): *Slutrapport Psyenk 2011–2014*.

²²⁰ SKR (2020): *Första linjen 2020 – Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa*.

²²¹ SKL (2015): *Slutrapport Psyenk 2011–2014*.

är helt beroende av vårdnadshavarens omsorg och omvårdnad och familjens förutsättningar.

Bland dessa verksamheter finns *psykologverksamhet för mödrahälsovård och barnhälsovård* som har ett hälsofrämjande och förebyggande uppdrag. Uppdraget innefattar bland annat bedömning och stöd vid identifierade och upplevda problem runt barnet och i föräldraskapet. Verksamheten ska bedrivas i linje med mödrahälsovårdens och barnhälsovårdens grunduppdrag. Arbetet sker i tvärprofessionella team där psykologen kan ha en konsultativ roll. Insatser till barn och familj omfattar vanligen föräldravägledning, psykologisk behandling relaterat till föräldraskap, interventioner med fokus på relationen mellan barnet och dess vårdnadshavare, uppföljning och bedömning av barnets utveckling och hälsa samt samverkan med andra berörda verksamheter för barn och familj.²²² Parallellt med utvecklingen av generell och riktad föräldrastöd och ökat fokus på den psykiska hälsan hos blivande föräldrar, barn och deras vårdnadshavare har psykologverksamheten fått en allt större betydelse inom mödrahälsovården och barnhälsovården till följd av ett allt mer omfattande uppdrag att förebygga psykisk ohälsa.²²³

Späd- och småbarnsverksamheter har ett förebyggande uppdrag och erbjuder tidiga riktade insatser för späda och små barn (0–5 år) och deras familjer. Arbetet utgår dels ifrån uppmärksammade riskfaktorer för att förhindra utveckling av svårigheter hos barnet och i föräldraskapet dels utifrån identifierade problem hos vårdnadshavaren i samspel med barnet. Verksamheten riktar sig vanligtvis enbart till familjer med späda och små barn och erbjuder dels förebyggande insatser med fokus på relation och samspel mellan vårdnadshavaren och barnet dels samspeletsbehandling i någon form. Verksamheten kan finnas inom barn- och ungdomspsykiatri, primärvård, socialtjänsten eller drivas i samverkan mellan flera huvudmän. Kartläggning av späd- och småbarnsverksamheter visar att det 2018 fanns 34 identifierade verksamheter/team i Sverige. Variationen är stor när det kommer till organisationsform, antal ärenden per år och tillgång till barnpsykologisk och barnpsykiatrisk bedömning. Tillgången är

²²² Psykologförbundet (2021): *Nationell målbeskrivning för Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård* (Hämtad 2021-04-09).

²²³ Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovård* och Rikshandboken i barnhälsovård (2020).

också ojämnt fördelad över landet.²²⁴ Verksamhet organiserad inom primärvård finns exempelvis i Västra Götalandsregionen där en samspelsmottagning är nära kopplad till och sker i samverkan med en av psykologenhetererna för mödra- och barnhälsovård.²²⁵ Verksamheten kan också vara organiserad inom barn- och ungdomspsykiatrin som exempelvis teamen för späda och små barn 0–4 år i Skåne.²²⁶

4.6 Den specialiserade vården för barn och unga

Nedan följer en beskrivning av barn- och ungdomspsykiatrin, barn- och ungdomsmedicin och barn och ungdomshabiliteringen. Det finns naturligtvis en mängd specialistverksamheter och specialistkompetenser och en variation i utformning, uppdrag och organisation över landet, men ovanstående täcker in de största och mest relevanta aktörerna för utredningens systemöversyn och bedömningar när det gäller psykisk ohälsa. De principer utredningen lyfter kan gälla för alla specialistverksamheter.

4.6.1 Barn- och ungdomspsykiatrin

Barn- och ungdomspsykiatrin riktar sig till barn och unga upp till 18 år med medelsvåra till svåra psykiatriska tillstånd och där funktionsnivån i vardagen är påverkad. 2018 antog samtliga regioner en gemensam beskrivning av barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag: [...]

- Barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag är att erbjuda insatser på specialistnivå.
- Insatser ges till barn och unga upp till 18 år med medelsvåra till svåra psykiatriska tillstånd och där funktionsnivån i vardagen är påverkad
- Insatserna utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet och bygger på barnpsykiatrisk diagnostik. Insatserna består av be-

²²⁴ Furmark, C. och Neander K. (2018): *Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning*.

²²⁵ Västra Götalandsregionen (2021): *Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård Borås, Regionhälsan*. (Hämtad 2021-04-06).

²²⁶ 1177 Vårdgivarguiden (2021): *Barn- och ungdomspsykiatrins spädbarnsverksamhet i Skåne*. (Hämtad 2021-04-06).

dömning, utredning och/eller behandling av såväl akuta som icke akuta tillstånd

- Verksamheten samverkar med vårdgrannar gällande barnpsykiatriska frågeställningar. [...]

Barn och ungdomspsykiatri ska erbjuda god tvärprofessionell kompetens för utredning, differential-diagnostik och behandling av barn och ungdomar utifrån symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation. En viktig del i barn- och ungdomspsykiatriens arbete är ett familjecentrerat arbetssätt och att ge stöd och insatser till vårdnadshavare och anhöriga. En barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning ska ha god kompetens inom områdena barn- och ungdomspsykiatri, utvecklingspsykologi och neuropsykologisk testning. Utredning och differentialdiagnostiska överväganden utifrån barnets symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation ska hålla god kvalitet och det är viktigt för att inte missa eller missbedöma psykiatrisk samsjuklighet. Huvudsakliga diagnosområden är psykossjukdomar, svår depression och ångest med suicidrisk, personlighetsstörningar, vårdkrävande anorexi och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Historiskt sett har barn- och ungdomspsykiatri varit den verksamhet som i första hand har mött barn och unga med psykisk ohälsa i vården, oavsett svårighetsgrad. Samtidigt har man varit och är fortfarande, sista vårdnivå för många barn och unga med svår och komplex problematik.

Psykiatri, både på vuxen- och barnsidan, har utvecklat sin diagnostik och behandling samt sina arbetssätt de senaste 20 åren. Även organisationen har påverkats, inte minst har den specialiserade öppenvården utvecklats och tidigare institutionalisering avskaffats. Vårdens fokus har förskjutits till en mer läkarbaserad diagnostik och arbete med nationella vårdprogram. Det tvärprofessionella och familjecentrerade arbetssättet genomsyrar fortsatt fortfarande verksamheten, liksom de breda kontaktytorna mot skolan och socialtjänsten.

Inom barn- och ungdomspsykiatri finns grundläggande kompetens i form av barn- och ungdomspsykiater, psykologer, sjuksköterskor, socionomer och sekreterare. Vidare behöver det finnas tillgång till andra professioner såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister och logopedier.

4.6.2 Barn- och ungdomsmedicin

Hälso- och sjukvård inom den barn- och ungdomsmedicinska specialiteten tillhandahålls vanligtvis som planerad och akut specialiserad barn- och ungdomssjukvård för barn och unga under 24 timmar per dygn och över hela året. Den övre åldersgränsen varierar mellan 15 och 20 år beroende på verksamhetsområde. Specialiteten barn- och ungdomsmedicin karaktäriseras av kunskaper om och förståelse för hälsa och ohälsa hos barn och ungdomar, kunskap om barnets normala tillväxt och utveckling samt kunskap om prevention, utredning, diagnostik, behandling, uppföljning och kunskapsutveckling rörande sjukdomar, störningar och skador relaterade till olika stadier av barnets tillväxt och utveckling.²²⁷ I Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring ingår enligt 5 kap. 1 § följande grenspecialiteter i barn- och ungdomsmedicin:

- barn- och ungdomsallergologi
- barn- och ungdomshematologi och onkologi
- barn- och ungdomskardiologi
- barn- och ungdomsneurologi med rehabilitering
- neonatologi.

Utöver ovan nämnda specialiteter, finns det inom barnläkarförbundet och i klinisk verksamhet fler subspecialistområden såsom: lungmedicin, ungdomsmedicin, akutsjukvård, infektionsmedicin och global hälsa, diabetes och endokrinologi, njurmedicin, barn- och ungdoms reumatologi och immunologi, transplantationsmedicin, barnhälsovård, smärta, barn och läkemedel samt barn som far illa.

En stor del av barn- och ungdomsmedicinsk vård är tvärprofessionell och präglas av en helhetssyn på barn och unga vars hälsa och utveckling är beroende av många kringliggande faktorer. Psykiska vårdbehov samvarierar ofta med fysiska vårdbehov i den barn- och ungdomsmedicinska kontexten. Barns sjukdomar spänner också över många fält. Samsjuklighet är vanligt och därför samlas specia-

²²⁷ Socialstyrelsen (2015): *Läkarnas specialiseringstjänstgöring – Målbeskrivningar* 2015.

lister under samma tak och samarbetar.²²⁸ Det finns inte heller tillräckligt många individer med specifika sjukdomstillstånd inom ett område för att kunna bygga upp stora kliniker kring exempelvis diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar eller infektionssjukdomar, på liknande sätt som inom vuxensjukvården. Personella och ekonomiska resurser räcker heller inte till detta. Tillgången till specialiserad och tvärprofessionell kompetens blir därför skör.

Den medicintekniska utvecklingen har lett till kortare vårdtider och öppnare vårdformer men också skapat nya vårdbehov

Barnsjukvården har en historia av kraftfull medicinteknisk utveckling precis som övrig hälso- och sjukvård. För några decennier sedan var långa vårdtider vanliga även efter enklare operationer. Astma och svårare akuta infektioner var vanliga inläggningsorsaker. Utvecklingen har gått mot nya och effektivare läkemedel som botar cancer och allvarliga infektionssjukdomar. Mässling, polio och smittkoppor har vaccinerats bort. Vidare har samhällsförbättringar och ökad levnadsstandard minskat förekomst av till exempel tuberkulos och vitaminbrister som tidigare hade skelett- och hjärnskador som följd. Extremt för tidigt födda barn fick inga återupplivningsinsatser så sent som på 1960-talet. I dag finns en avancerad neonatal intensivvård som räddar liv från vecka 21.

Vårdtiderna är i dag överlag betydligt kortare och en stor del av vården sker i hemmet eller i dagsjukvård, till exempel återkommande injektioner med cellgifter mot cancer eller potenta läkemedel mot reumatiska sjukdomar. Precis som med den barn- och ungdomspsykiatriska vården har det skett en betydande utveckling av olika öppenvårdsformer, både på och utanför sjukhuset, till exempel mobila team, med målet att ha så lite påverkan som möjligt på barnets och familjens vardag, tid och resurser. Olika former av hemsjukvård har utvecklats där den specialiserade vården ofta uppbär ett stort ansvar.

Som nämnts ovan har barnsjukvården effektiviserats men den medicintekniska utvecklingen har också skapat nya vårdbehov och möjligheter att utreda och behandla olika kroniska sjukdomar. Sjukdomstillstånden är alltmer komplexa och kroniska tillstånd blir allt

²²⁸ Almgren P. (2020): Många barn har långvariga och stora behov av hälso- och sjukvård. *Läkartidningen*.

vanligare. Astma, allergier och fetma är numera stora kroniska sjukdomar i barnpopulationen. Psykiska och psykiatriska funktionsnedsättningar är ofta en del av en komplexare samsjuklighet.

Specialiserad öppenvård, det vill säga barn- och ungdomsmedicinsk eller barnpsykiatrisk vård, har under perioder förlagts utanför sjukhusen. Utredningen bedömer dock att trenden de senaste 10–15 åren har varit att allt fler öppenvårdsmottagningar stänger ner till förmån för en koncentration av personal och resurser till den akuta vården och slutenvården. Samtidigt har utredningen tagit del av ett pågående uppdrag i Västra Götalandsregionen där den barnmedicinska öppenvården snarare ska utvecklas och stärkas inom ramen för omställningen till en nära vård. I Region Stockholm har den barnmedicinska öppenvården ett eget vårdval medan det i exempelvis Region Skåne nästan inte finns någon specialiserad medicinsk öppenvård för barn.

Öppenvård när det gäller barn- och ungdomsmedicin karakteriseras av tvärprofessionell bemanning med planerad verksamhet, men inga vårdplatser. Uppdraget har ofta varit baserat på områdesansvar och nära omkringliggande vårdcentraler och skolor. När dessa mottagningar en gång byggdes upp var det mer av karaktären distriktsbarnläkare dit barnfamiljer vände sig med enklare åkommor och infektioner. Numera omfattar dock verksamheten allt mer avancerad vård, uppföljning av kroniska sjukdomar och ibland ett koordinations- och samordningsansvar för dessa barn. Detta kan jämföras med öppenvårdsmottagningar som i stället utvecklades från sjukhusen och som kunde ha karaktären av subspecialiserad mottagningsverksamhet och dagsjukvård och vara nära knuten till barnkliniken och slutenvården.

Professioner som arbetar inom barn- och ungdomsmedicin är vanligen specialister och subspecialister i barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykologer, barnsjuksköterskor med olika specialistkompetenser, dietister, logoped, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, specialpedagoger, lekterapeuter och socionomer.

4.6.3 Barn- och ungdomshabilitering

Barn- och ungdomshabiliteringens åtagande varierar över landet men generellt erbjuds specialiserade habiliterande insatser till patienter upp till 18 år med medfödda eller tidigt uppkomna, varaktiga funktionsnedsättningar som ger stora svårigheter i vardagen avseende motorik, inlärningsförmåga, perception och beteende och som fordrar tvärprofessionella insatser. Barn- och ungdomshabiliteringens uppdrag är att stärka patienten och möjliggöra patientens förmåga att hantera sin situation, ge verktyg och strategier som kompenserar patientens funktionsnedsättning. Vidare ska habiliteringen möjliggöra aktivitet och ge förutsättningar för delaktighet, utreda patientens funktionsförmåga och klargöra behov av habiliterande åtgärder, ge planerade specialiserade åtgärder från flera kompetensområden och upptäcka risk för ohälsa och funktionsnedsättningar samt aktualisera behov av åtgärder.

Ofta ställs det inom regionerna krav på att patienter som remitteras till habiliteringen ska vara utredda och ha en fastställd diagnos inom habiliteringens målgrupper. Habiliteringens målgrupper är huvudsakligen (viss variation finns i landet) patienter med motoriska rörelsehinder orsakade av skada i nerv-, muskel- eller skelettsystemet som till exempel ryggmärgsbräck, neuromuskulära sjukdomar eller syndrom, patienter med intellektuell funktionsnedsättning, patienter under 6 år med autismspektrumstörning och patienter med förvärvad hjärnskada/ryggmärgsskada. En ny målgrupp som vuxit till antalet är barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Vid de habiliteringsverksamheter i Sverige som erbjuder insatser för målgruppen så är detta i dag den allra största gruppen.

Barn- och ungdomshabilitering är i högsta grad en specialiserad tvärprofessionellt bemannad verksamhet som ofta organiseras i samlad förvaltning regionvis men med utbudspunkter och centra som kan ligga utanför sjukhuset i öppenvårdsform. Vissa delar av habiliteringen som rör mycket svårt sjuka barn med sällsynta diagnoser knyts närmare universitetssjukhusen.

4.7 Ytterligare verksamheter med hälsofrämjande och förebyggande uppdrag för barn och unga

Utöver tidigare nämnda verksamheter har både tandvården och socialtjänsten hälsofrämjande och förebyggande uppdrag för barn och unga. Nedan lämnas övergripande beskrivningar av de båda verksamheterna.

4.7.1 Tandvården

Inom tandvården bedrivs ett omfattande hälsofrämjande och förebyggande arbete för barn och unga. Tandvården är en därför en viktig samverkanspart för barn- och ungdomshälsovården.

Regionen har ett särskilt ansvar för att tillhandahålla tandvård för alla barn och unga och en majoritet av alla barn och unga får också sin tandvård genom regionens folktandvård. Skyldigheten att erbjuda tandvård regleras i tandvårdslagen (1985:125). Av 5 § tandvårdslagen framgår att varje region ska erbjuda en god tandvård till alla som är bosatta i regionen. Regionen ska också verka för en god tandhälsa i befolkningen. Målet för tandvården är enligt 1 § tandvårdslagen en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Det har varit en ambition i Sverige att tandvården ska hålla god kvalitet och lägga vikt vid förebyggande åtgärder. Sedan den 1 januari 2019 gäller kostnadsfri tandvård för barn och unga upp till och med 23 års ålder, enligt 7 § punkt 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen. Syftet med den höjda åldern är att säkerställa att unga vuxna fortsätter att gå i förebyggande tandvård för att minska risken för framtida tandvårdsproblem.²²⁹

Tandhälsan i Sverige är relativt god i befolkningen. Det är en långsiktig effekt av förebyggande tandvård, bland annat genom en ökning av fluoranvändning, utbyggd avgiftsfri barn- och ungdomstandvård samt satsning på information om munhygien i skolan. Samtidigt som tandhälsan på befolkningsnivå fortsätter att förbättras kvarstår emellertid skillnader i tandhälsa och besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper, både bland barn och vuxna. Skillnader i tandhälsa syns redan i förskoleåldern och barn med större behov kommer inte alltid till de kontroller i tandvården som

²²⁹ Prop. 2016/17:1. Budgetproposition för 2017 (s. 64).

de kallas till. Därför arbetar tandvården i stor utsträckning med utökade insatser i socioekonomiskt utsatta områden, exempelvis deltar tandhygienister i aktiviteter i öppna förskolan och föräldragrupper. Tandvården deltar också i gemensamma utbildningsdagar med barnhälsovården och förebyggande socialtjänst.²³⁰

Under åren 2018–2020 genomförde regeringen en satsning på ökad tillgänglighet i barnhälsovården för grupper som har eller riskerar att få sämre hälsa och tandhälsa. Satsningen omfattade bland annat utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet samt ökad samverkan mellan barnhälsovården och andra aktörer, såsom förebyggande socialtjänst, mödrahälsovård och vårdgivare inom tandvården.

4.7.2 Socialtjänsten

Vid sidan av hälso- och sjukvården och tandvården har också socialtjänsten ett hälsofrämjande och förebyggande uppdrag för barn och unga. Socialtjänsten har dock inte något ansvar för hälso- och sjukvård.

Enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, har socialtjänsten det yttersta ansvaret för att alla barn och unga som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. I socialtjänstens uppdrag ingår enligt 1 kap. 1 § SoL att främja människors ekonomiska och social trygghet, jämlika och jämställda levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet. Vidare ska socialnämnden enligt 5 kap. 1 § SoL verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden. I uppdraget ingår dessutom att i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och unga med särskild fokus på barn och unga som riskerar en ogynnsam utveckling. När det gäller barn och unga som riskerar en ogynnsam utveckling ska socialtjänsten se till att de får det skydd och stöd som de behöver och om det bedöms motiverat, även vård och fostran utanför det egna hemmet. Socialnämnden ska också arbeta aktivt för att förebygga och motverka missbruk av alkoholhaltiga drycker, andra beroendeframkallande medel samt dopningsmedel hos barn och unga. Barns

²³⁰ Socialstyrelsen (2019): *Förslag om pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningar för en jämlik hälsa bland barn.*

skydd och stöd i utsatta situationer har reglerats i socialtjänstlagen sedan lagen tillkom.

Socialtjänstens roll i det förebyggande arbetet bör bland annat inriktas på riskmiljöer och riskgrupper och att så tidigt som möjligt får kännedom om barn och ungdomar som kan behöva individuellt anpassat stöd.²³¹ Den del av socialtjänsten som främst arbetar med stöd till familjer är individ- och familjeomsorg, där ingår bland annat ekonomiskt bistånd, missbruks- och beroendevård, familjerätt, familjerådgivning och barn- och ungdomsvård.

4.8 Samlokalisering av verksamheter för barn och unga

På flera håll i landet förekommer samlokalisering av verksamheter som tillhandahåller service, främst hälsofrämjande och förebyggande verksamhet, till vårdnadshavare och deras barn. Det finns ingen enhetlig benämning för sådan samlokalisering men vanligen kallas de för familjecentral, familjecentrum, familjens hus eller liknande. Samlokalisering av mödrahälsovård och barnhälsovården samt socialtjänstens individ och familjecentraler som idé uppkom redan på 1960- och 1970-talen i olika offentliga utredningar. På Socialstyrelsens initiativ startades sedan en rad familjecentraler runt om i landet på 1970-talet.²³²

Verksamheten kännetecknas av att huvudmännen, till exempel kommun och region, samordnar sina resurser för att möjliggöra en tvärprofessionell och tvärsektoriell samverkan. Syftet med verksamheten är att erbjuda en mötesplats för blivande vårdnadshavare och vårdnadshavare och barn i ett bostadsområde och verksamhetens omfattning beror till stor del på vårdnadshavarnas och barnens önskemål och behov. Vanligen ingår mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och förebyggande socialtjänst. Verksamheten ska främja god hälsa hos barn och vårdnadshavare genom att tillhandahålla tidiga, samordnade och förebyggande insatser. Vidare ska verksamheten vara en tillgänglig och nära mötesplats, stärka sociala nätverk runt barn och föräldrar, skapa arbetsformer där vårdnadshavare och barn är delaktiga, erbjuda lättillgängligt stöd, vara ett

²³¹ Prop. 2012/13:10: *Stärkt stöd och skydd för barn och unga* (s. 96).

²³² Socialstyrelsen (2008): *Familjecentraler – Kartläggning och kunskapsöversikt*.

kunskaps- och informationscentrum och utveckla god service. En sådan verksamhet kan ge goda förutsättningar för samverkan mellan vårdverksamheterna och för att upptäcka och tillgodose behov av stöd bland barnfamiljer, men det finns i dag inget vetenskapligt stöd för vilka effekter verksamheten har för barn och föräldrar.²³³

I dag finns det cirka 200 familjecentraler eller liknande verksamheter i landet.²³⁴ Barnhälsovård och mödrahälsovård har regionala huvudmän medan socialtjänst och öppen förskola har kommunala. Inom en region kan familjecentralernas sammansättning därför variera mellan olika kommuner. På en familjecentral arbetar flera olika yrkeskategorier tillsammans kring barnfamiljen. Förutom barnmorskor, sjuksköterskor, förskollärare och socionomer kan det även finnas andra yrkesgrupper representerade, såsom familjerådgivare, tandvårdspersonal och psykolog. Samverkan mellan de olika yrkesgrupperna är en förutsättning för en välfungerande familjecentral och ska öka förmågan att upptäcka och tillgodose barns och barnfamiljers individuella behov. Familjecentralen ger socialtjänsten en bred area att möta blivande och nyblivna föräldrar i enlighet med socialtjänstlagens uppsökande och servicebaserade arbete.²³⁵

Ytterligare exempel på samlokaliserad verksamhet är de ungdomsmottagningar som erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser till unga. På motsvarande sätt som för familjecentral samordnar huvudmännen sig för att möjliggöra en tvärprofessionell samverkan.

4.9 Myndigheternas roller

På nationell nivå har de statliga myndigheterna en central roll för att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården och inom det sociala området för att följa upp, utvärdera och genomföra tillsynsinsatser. I detta avsnitt lyfts några myndigheter fram som utredningen bedömer har centrala roller för utvecklingen av hälso- och sjukvården för barn och unga, när det gäller förebyggande, hälsofrämjande och behandlande insatser.

²³³ Underlagsrapport för den statliga utredningen ”Sammanhållen god och nära vård för barn och unga” S 2019:05 (bilaga 4).

²³⁴ Föreningen för familjecentralers främjande (2021): <https://familjecentraler.se/vad-ar-en-familjecentral/> (Hämtad 2021-04-09).

²³⁵ Ibid.

4.9.1 Folkhälsomyndighetens roll och uppdrag

Folkhälsomyndigheten har ett nationellt ansvar för folkhälsofrågor och ska bland annat verka för god och jämlik hälsa i hela befolkningen, följa folkhälsan och de faktorer som påverkar hälsan i befolkningen samt bygga upp och sprida kunskap som främjar hälsa och förebygger sjukdomar. Enligt förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten ska myndigheten fästa särskild vikt vid de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa. I Folkhälsomyndighetens uppdrag ingår att följa upp och utvärdera olika metoder och insatser för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen.

Folkhälsomyndigheten ansvarar för kunskapsuppbyggnad inom sitt verksamhetsområde och ska förse regeringen och statliga myndigheter med kunskaps- och beslutsunderlag inom sitt ansvarsområde samt identifiera, analysera och förmedla relevant kunskap inom sitt ansvarsområde till berörda i kommuner, regioner och andra samhällssektorer. Dessutom ska Folkhälsomyndigheten bidra till att de folkhälsopolitiska målen uppnås och skapa förutsättningar i samhället för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och har också en samordnande roll för folkhälsoarbetet i samhället.

Det finns inga särskilda bestämmelser som gäller barn och unga i Folkhälsomyndighetens instruktion, men myndigheten ska följa folkhälsan i hela befolkningen vilket förstås också inkluderar barn och unga. Folkhälsomyndigheten följer sedan 1985/1986 skolbarns hälsovanor för att se hur barns och ungas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa ser ut och utvecklas över tid. Skolbarns hälsovanor (Health Behaviour in School-aged Children) är ett internationellt forsknings- och samarbetsprojekt, där Folkhälsomyndigheten ansvarar för den svenska delen av projektet. När det gäller barnhälsovården har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att följa och stödja regionernas arbete i enlighet med regeringens överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet i barnhälsovården som pågår under åren 2018–2021. Det ingår också i Folkhälsomyndighetens uppdrag att förbättra barns skydd mot smittsamma sjukdomar.

Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten flera uppdrag inom området psykisk hälsa och suicidprevention, bland annat att stödja nationell samordning och styrning med kunskap inom dessa om-

råden. I detta ingår att utveckla samordning och samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer, utveckla kunskapssammanställningar, genomföra utvecklingsarbete samt utveckla uppföljningen inom psykisk hälsa- och suicidpreventionsområdet. Vidare har Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag att förbereda och genomföra en informations- och kunskapshöjande insats inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Uppdragen pågår till och med år 2021.

Därutöver har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att fördela medel till ideella organisationer som bedriver förebyggande och främjande verksamhet i syfte att motverka psykisk ohälsa hos barn och unga som är asylsökande eller nyanlända.

4.9.2 Inspektionen för vård och omsorgs roll och uppdrag

Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso-och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Enligt förordning (2013:176) med instruktion för IVO ska ett patient- och brukarperspektiv genomsyra tillsynen och villkor och förhållanden för kvinnor och män, flickor och pojkar belysas. Den lagstiftning som styr verksamheten är i huvudsak patientsäkerhetslagen (2010:659), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Av IVO:s instruktion framgår vidare att myndigheten ska samverka med andra berörda myndigheter i syfte att uppnå ett effektivt kunskaps- och erfarenhetsutbyte i arbetet med tillsyn, styrning med kunskap och regelgivning. IVO är en av myndigheterna som utsetts av regeringen att medverka i utvecklandet av en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention.

4.9.3 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys roll och uppdrag

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har enligt sin instruktion till uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg, (förordning (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys). I detta ingår bland annat att följa upp och analysera vårdens och omsorgens funktionssätt, effektivitetsgranska statliga åtaganden och verksamheter, samt inom sitt verksamhetsområde bistå regeringen med underlag och rekommendationer för effektivisering av statlig verksamhet och styrning.

Enligt instruktionen har myndigheten även till uppgift att kontinuerligt utvärdera sådan information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde, i fråga om informationens innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet. Dessutom ska myndigheten, på regeringens uppdrag, bistå med utvärderingar och uppföljningar av beslutade eller genomförda statliga reformer och andra statliga initiativ, samt inom sitt verksamhetsområde bedriva omvärldsbevakning och genomföra internationella jämförelser.

4.9.4 Socialstyrelsens roll och uppdrag

Socialstyrelsen är en förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Socialstyrelsens ansvar gäller i den utsträckning sådana frågor inte handläggs av någon annan myndighet. I Socialstyrelsens uppdrag ingår att bistå regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsen har också ett brett uppdrag när det gäller kunskapsstyrning. Myndigheten ska bland annat bidra med underlag och analyser av hur hälso- och sjukvården och socialtjänsten utvecklas samt utveckla och tillhandahålla nationella kunskapsstöd i form av riktlinjer och vägledningar för beslutsfattare och profession. Socialstyrelsen är också statistikansvarig myndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Av Socialstyrelsens instruktion framgår också att myndigheten har ett särskilt ansvar för att samordna stat-

liga insatserna inom socialtjänst och hälso- och sjukvård när det gäller barn och unga samt inför beslut eller andra åtgärder som rör barn analysera konsekvenserna för barn och då ta särskild hänsyn till barns bästa (förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen).

I enlighet med förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst ingår Socialstyrelsen i rådet för styrning med kunskap tillsammans med åtta andra statliga myndigheter. Rådet behandlar strategiskt viktiga frågor och samordnar det statliga arbetet med kunskapsstyrning. Rådets verksamhet ska bidra till att rätt kunskapsunderlag når fram till huvudmän samt profession inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. För att stärka den nationella kunskapsstyrningen har ett antal myndigheter i rådet för styrning med kunskap ingått partnerskap med kommuner och regioner. Verksamheten ska bidra till en behovsanpassad kunskapsutveckling inom hälso- och sjukvården och ge stöd för implementering och effektivare kunskapsstöd i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Regeringen har gett Socialstyrelsen flera uppdrag som särskilt ska stödja och följa upp utvecklingen av vård och omsorg för barn och unga. Socialstyrelsen ska bland annat tillsammans med Statens skolverk stödja utvecklingen av tidiga och samordnade insatser till barn och unga som riskerar ogynnsam utveckling. I uppdraget ingår att öka samverkan mellan elevhälsa, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har också fått i uppdrag att följa, analysera och stödja överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018–2020 och stödja pilotverksamhet med barnhälsovården, uppdragen pågår även under 2021. Därutöver har Socialstyrelsen uppdrag kopplade till regeringens satsning på psykisk hälsa, bland annat ett uppdrag om barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården inkl. psykiatriska tvångsvården. Socialstyrelsen har också fått ett omfattande regeringsuppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården. I uppdraget ingår bland annat att utreda förutsättningar för insamling av registeruppgifter från primärvården inklusive uppgifter om barn och unga.

4.9.5 Specialpedagogiska skolmyndighetens roll och uppdrag

Specialpedagogiska skolmyndigheten ska enligt sin instruktion verka för att alla barn, elever och vuxenstuderande med funktionsnedsättning får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö (förordningen (2011:130) med instruktion för Specialpedagogiska skolmyndigheten). Myndigheten ska bidra till goda förutsättningar för barnens utveckling och lärande samt förbättrade kunskapsresultat för eleverna och de vuxenstuderande. Myndigheten ansvarar vidare för specialpedagogiskt stöd samt för utbildning i specialskolan och i förskoleklass och fritidshem vid en skolenhet med specialskola.

4.9.6 Statens skolinspektions roll och uppdrag

Statens skolinspektion ska genom granskning av huvudmän och verksamheter verka för att alla barn och elever får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö. Myndigheten ska bidra till goda förutsättningar för barnens utveckling och lärande samt förbättrade kunskapsresultat för eleverna. Inom ramen för detta ska myndigheten främja en stärkt likvärdighet mellan skolor och mellan förskolor. Myndighetens uppdrag är att genom inspektion och tillståndsprövning se till att skolhuvudmän, det vill säga kommunen eller den som driver en fristående skola, sköter sina verksamheter enligt lagar och förordningar. Myndigheten ska enligt sin instruktion samverka med Statens skolverk, Specialpedagogiska skolmyndigheten och Skolforskningsinstitutet i syfte att nå de utbildnings- och funktionshinderspolitiska målen inom skolområdet (förordning (2011:556) med instruktion för Statens skolinspektion).

4.9.7 Statens skolverks roll och uppdrag

Statens skolverk (Skolverket) är förvaltningsmyndighet för verksamheter inom skolväsendet. I Skolverkets uppdrag ingår att främja att alla barn och elever får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö. Skolverket ska

även bidra till goda förutsättningar för barns utveckling och lärande och till förbättrade kunskapsresultat för elever. Dessutom ska Skolverket följa utvecklingen inom sitt verksamhetsområde, analysera behov åtgärder och genomföra insatser som tillgodoser dessa behov. Skolverket fick 2015 i uppdrag av regeringen att ta fram och genomföra nationella skolutvecklingsprogram. I dag finns nationella skolutvecklingsprogram inom åtta områden och med hjälp av insatserna i programmen kan huvudmän, förskolor och skolor utveckla undervisningen och den pedagogiska verksamheten. Insatserna ska bidra till att skapa förutsättningar för barns utveckling och lärande samt förbättrade kunskapsresultat för eleverna.

Skolverket är också statistikansvarig myndighet inom sitt verksamhetsområde. Av Skolverkets instruktion framgår även att myndigheten i sin verksamhet ska beakta vad som bedöms vara barnets bästa i enlighet med barnkonventionen (förordning (2015:1047) med instruktion för Statens skolverk).

Inom ramen för Skolverkets uppdrag ingår att stödja utvecklingen av elevhälsan genom fördjupade analyser, kunskapsunderlag och vägledningar. Regeringen har också gett Skolverket i uppdrag att fördela och följa utvecklingen av statsbidrag till personalförstärkningar inom elevhälsan och för specialpedagogiska insatser samt för fortbildning när det gäller sådana insatser. Bidraget ska användas till att anställa eller ge uppdrag till personal inom elevhälsan eller för specialpedagogiska insatser.

Därutöver samverkar Skolverket med andra myndigheter och organisationer för att bidra till bättre förutsättningar för barn och elever. Skolverket har bland annat i uppdrag att tillsammans med Socialstyrelsen stödja tidiga och samordnade insatser för barn med skolsvårigheter och annan social problematik. Skolverket har också ett uppdrag att tillsammans med Specialpedagogiska skolmyndigheten genomföra kompetensutvecklings- och implementeringsinsatser avseende en garanti för tidiga stödinsatser i förskoleklassen, grundskolan, specialskolan och sameskolan.

Slutligen är Skolverket en av flera myndigheter som utsetts av regeringen att medverka i utvecklandet av en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen ansvarar för och håller samman arbetet.

4.9.8 Ytterligare några myndigheter med särskilda uppdrag kring barn och unga

Barnombudsmannens roll och uppdrag

Barnombudsmannens uppdrag är att företräda barns och ungas rättigheter och intressen utifrån FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen. Myndigheten bevakar hur barnkonventionen efterlevs i samhället och driver på genomförandet i kommuner, landsting/regioner och myndigheter. Myndigheten ska också uppmärksamma brister i tillämpningen av barnkonventionen och föreslå förändringar i lagar och förordningar. Varje år lämnar myndigheten en rapport till regeringen med analyser och rekommendationer till förbättringar för barn och unga (förordning (2007:1021) med instruktion för Barnombudsmannen).

I uppdraget ingår att informera och bilda opinion i angelägna frågor som rör barns och ungas rättigheter och intressen. Vidare har myndigheten regelbunden dialog med barn och unga, särskilt i utsatta situationer, för att få kunskap om deras villkor och vad de tycker i aktuella frågor. Barnombudsmannen har rättsliga befogenheter att begära information och att kalla in kommuner, regioner och myndigheter till överläggning men utövar ingen tillsyn. Barnombudsmannen är skyldig att genast anmäla till socialnämnden om ombudsmannen i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa.

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöds roll och uppdrag

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd är en kunskapsmyndighet med ansvar för familjerätt, föräldraskapsstöd och familjerådgivning (förordning (2017:292) med instruktion för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd). Myndigheten arbetar också för att internationella adoptioner till Sverige ska ske på ett lagligt och etiskt godtagbart sätt. I uppdraget ingår att samla och tillgängliggöra den senaste kunskapen för beslutsfattare och yrkes-

verksamma som arbetar med föräldraskapsstöd, familjerådgivning och familjerätt.²³⁶

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågors roll och uppdrag

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) är förvaltningsmyndighet för frågor som rör ungdomspolitiken och politiken för det civila samhället. Enligt förordningen (2018:1425) med instruktionen för Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor ska myndigheten bland annat verka för att målen inom ungdomspolitiken och politiken för det civila samhället uppnås. I arbetet ska myndigheten utifrån ungdomars olika förutsättningar och levnadsvillkor bidra till att ungdomar etablerar sig i arbets- och samhällslivet och verka för att ungdomar har meningsfulla och utvecklande fritidsaktiviteter. Myndigheten ska vidare verka för att ungdomsperspektivet integreras i statliga myndigheters verksamhet och stödja utvecklingen av kunskapsbaserad ungdomspolitik i kommuner och landsting och följa upp och analysera ungdomars levnadsvillkor, attityder och värderingar. MUCF är en av myndigheterna som utsetts av regeringen att medverka i utvecklandet av en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har enligt sin instruktion i uppdrag att göra oberoende utvärderingar av metoder och insatser inom hälso- och sjukvård, tandvård, samt för metoder och insatser inom socialtjänsten och området funktionshinder (förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering). Utvärderingarna ska spridas så att dessa tillämpas i praktiken och leder till önskade förändringar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Myndigheten ska också systematiskt identifiera och aktivt informera om sådana metoder i hälso- och sjukvården och socialtjänsten vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om. Myndighetens arbete med att

²³⁶ Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd: www.mfof.se/om-mfof.html (Hämtad 2021-04-12).

styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad.

4.10 Sveriges Kommuner och Regioner

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är en medlems- och arbetsgivarorganisation där alla Sveriges kommuner och regioner är medlemmar. SKR:s uppgift är att stödja och bidra till att utveckla kommuner och regioners verksamhet och fungera som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning. SKR ger service och professionell rådgivning till tjänstepersoner och förtroendevalda i kommuner och regioner inom alla de frågor som kommuner och regioner är verksamma inom och arbetar för att påverka beslutsfattare såväl nationellt som internationellt. Under 2018 utarbetade SKR en Strategi för hälsa som syftar till att viktiga välfärdsverksamheter, såsom skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård ska styras och samordnas för att främja hälsa och förebygga ohälsa genom att huvudmännen arbetar mot gemensamma mål, oavsett verksamhet. För att genomföra strategin krävs sedan beslut i enlighet med strategin i de politiska ledningarna i respektive kommuner och regioner. Strategin innehåller en rad olika målindikatorer varav flera rör barn och unga, bland annat att färre små barn ska utsättas för tobaksrök i hemmet, färre 3-åriga barn ska ha karies och att fler elever ska känna sig trygga i skolan.

Utöver SKR:s övergripande strategi finns en mängd andra grupperingar som arbetar med frågor som rör barn och unga. Många av dem är dock knutna till socialtjänstutövande. Här återfinns bland annat initiativ om systematisk uppföljning barn och unga och barns brukarmedverkan. SKR har också särskilda initiativ kring barns och ungas psykiska hälsa. Arbetet utgår ifrån de återkommande överenskommelserna inom området mellan regeringen och SKR som beskrivs nedan.

Överenskommelser mellan regeringen och SKR med riktade medel till barn och unga

Överenskommelser mellan regeringen och SKR används inom områden där regeringen och SKR gemensamt identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en utveckling i önskad riktning. Genom överenskommelser ges förutsättningar för att insatser kan ske samordnat på lokal, regional och nationell nivå.

Inom området psykisk hälsa har regeringen och dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sedan 2008 ingått överenskommelser om stöd till riktade insatser för att förbättra kommuners och regioners arbete för att minska psykisk ohälsa och främja god psykisk hälsa. 2016 års överenskommelse innebar startskottet för arbetet utifrån den då nya nationella strategin inom området psykisk hälsa. Socialstyrelsens uppföljning av 2016–2018 års överenskommelser mellan staten och dåvarande SKL, visar att överenskommelserna möjliggjort positiva förflyttningar i arbetet med olika frågor inom området psykisk hälsa på lokal och regional nivå. De positiva effekterna var bland annat ökad medvetenhet om problematiken kring psykisk hälsa och ohälsa, stärkta förutsättningar för bättre vård och omsorg och stärkt samverkan mellan kommuner och regioner. Samtidigt identifierades vissa hinder, dels avsaknaden av ett uppföljningssystem, dels svårigheter att avgränsa och följa upp det arbete som gjorts inom ramen för satsningen.

De senaste åren har överenskommelsen inom området psykisk hälsa innehållit en särskild post om ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri. Överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention omfattar för 2021 totalt 1 680 miljoner kronor, där den stora merparten av medlen fördelas till kommuner och regioner. Insatserna som avses i överenskommelsen riktar sig till all offentligt finansierad vård och omsorg. 370 miljoner kronor av de fördelade medlen är öronmärkta för regionernas insatser till barn och unga, inklusive barn- och ungdomspsykiatri. Medlen ska gå till insatser i vårdkedjan som syftar till att korta köerna i barn- och ungdomspsykiatri och att stärka första linjens vård vid psykisk ohälsa. Ett syfte med att stärka första linjens vård, är att möjliggöra att köerna till barn- och ungdomspsykiatri kortas och genom att tidigt möta den psykiska ohälsan bland barn och unga och därmed minska behovet av insatser via barn- och ungdomspsykiatri. Utöver detta är

150 miljoner kronor öronmärkta till länens arbete med ungdomsmottagningarna för att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa bland barn och unga.

Överenskommelsen Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården innehåller också riktade medel till barn och unga. I 2021 års överenskommelse omfattas bland annat särskilda prestationsbaserade medel på 380 miljoner kronor riktade mot att korta köerna i barn- och ungdomspsykiatri. Målsättningen för tillgängligheten är, enligt överenskommelsen, 30 dagar för en första bedömning och ytterligare 30 dagar för fördjupade utredningar och behandlingar.

I överenskommelsen mellan regeringen och SKR om God och nära vård 2020 fanns öronmärkta medel för arbete med barn och unga. 114,5 miljoner kronor avsattes då till regionerna för arbete med insatser som syftar till att öka tillgängligheten inom barnhälsovården, med särskilt fokus på att öka tillgängligheten i barnhälsovården för grupper som har högre risk för sämre hälsa och tandhälsa och grupper med lägre vaccinationstäckning. I överenskommelsen för 2021 utgör barnhälsovård inte ett eget utvecklingsområde. Området utgör emellertid en del av den nära vården och kan därmed omfattas av delar av de utvecklingsområden som handlar om utvecklingen av den nära vården med fokus på primärvården och goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Det innebär att medlen inom ramen för överenskommelsen kan användas för insatser som genomförs i syfte att stödja utvecklingen av barnhälsovården.

SKR som part i arbetet med kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården

Sedan 2018 har Sveriges regioner ett gemensamt system för kunskapsstyrning som är ett gemensamt arbete mellan Sveriges regioner och SKR. Vid SKR finns en nationell stödfunktion för kunskapsstyrningen. Stödfunktionen ska bidra i arbetet med att skapa förutsättningar för enhetlighet, effektiva och långsiktiga lösningar samt att samordna utvecklingsinsatser med andra pågående utvecklingsarbeten. En närmare beskrivning av kunskapsstyrningssystemet i sin helhet lämnas nedan.

4.11 Kunskapsstyrning

4.11.1 Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård

Sveriges regioner har sedan 2018 ett gemensamt system för kunskapsstyrning, som syftar till att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Kunskapsstyrningens tre delar är kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården.²³⁷

Organisation

Kunskapsstyrning är ett gemensamt arbete mellan Sveriges regioner och arbetsgivar- och intresseorganisationen Sveriges Kommuner och Regioner.

Styrgruppens uppdrag är att verka för att kunskapsstyrningen blir ett stöd för huvudmännen och vårdprofessioner. Styrgruppen består av två representanter från regiondirektörsnätverket, fyra representanter från hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket, en representant från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Samtliga sex sjukvårdsregioner ska vara representerade.

Beredningsgruppen stödjer styrgruppen. Beredningsgruppen består av en ordinarie ledamot och en ersättare från respektive sjukvårdsregion samt stödfunktionen vid SKR.

En sjukvårdsregional samordnare finns i varje sjukvårdsregion, för etableringen av kunskapsstyrningsarbetet.

NSK-Regiongrupp är ett nätverk för utbyte av erfarenheter och lärande mellan regioner. Gruppen bidrar till att arbetet på nationell nivå tar in flera olika perspektiv, samt förankrar pågående arbete ut i respektive region.

²³⁷ Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2021). (Hämtad 2021-04-09).

Nationella samverkansgrupper (NSG) leder och samordnar regionernas nationella, gemensamma arbete i olika områden med utgångspunkt i befintliga nationellt gemensamma strukturer och arbeten.

Nationella programområden (NPO) leder kunskapsstyrningen inom sitt respektive område. Ett NPO består av experter med bred kompetens inom fältet och representation från samtliga sjukvårdsregioner. Det finns 26 nationella programområden och ett nationellt primärvårdsråd. Några av deras uppgifter är att leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält, följa upp och analysera, göra behovsanalyser, arbeta med kunskapsstöd av olika slag och bidra i arbetet med kvalitetsregister.

För barn och unga finns NPO barns och ungdomars hälsa. Deras strategi är att samarbeta brett och prioritera egna insatser som är specifika för barn och unga, samt att ständigt bevaka barnperspektivet.

Nationella arbetsgrupper (NAG), tillsätts av NPO och NSG, för att arbeta med olika områden och specifika frågor. NAG bistår NPO i att utföra uppdraget. I de nationella arbetsgrupperna finns respektive sjukvårdsregion representerad av experter inom primär- och specialistvård. Jämn könsfördelning ska eftersträvas och grupperna ska ha en multiprofessionell sammansättning med representation från både primärvård och specialistvård. Även representanter för kvalitetsregister och vårdprogram, patientföreträdare och eventuell kommunrepresentant ska finnas med. NPO barn och ungdomars hälsa har hittills tillsatt tre NAG, NAG barnhälsovård, NAG behandling av fetma hos barn och ungdomar och NAG migrän.

Regionala programområden ska initiera frågor för den nationella samverkan, anpassa och omsätta den kunskap som tas fram nationellt, och säkra att den når hela vägen ut till patientmötet. Några av deras uppgifter är att bidra till det nationella programområdets behovsanalys och omvärldsbevakning, skapa regionala tillämpningar av nationella kunskapsunderlag och beslutsstöd, stödja spridning och implementering av bästa möjliga tillgängliga kunskap.

Nationell stödfunktion finns vid SKR. Några av stödfunktionens uppdrag är att bidra till ett likartat arbetssätt inom strukturen, stödja samverkansgrupperna och beredningsgruppen, skapa mötesplatser och tillhandhålla plattform för informationsspridning.

Partnerskap med myndigheter har etablerats med syfte att skapa förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap används och kom-

mer till nytta för vårdens medarbetare och för patienter. Utifrån myndigheternas och regionernas uppdrag säkerställs också ett effektivt samarbete och en tydlighet i vem som gör vad.

I partnerskapet ingår styrgruppen och myndigheter i Rådet för styrning med kunskap (rådet). Rådet består av nio myndigheter varav sex är aktiva i partnerskapet. Dessa är eHälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemiddelsverket, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemiddelsförmånsverket (TLV). Samverkan leds och samordnas av en nationell strategisk styrgrupp och en taktisk samordningsgrupp.

Patient- och närståendemedverkan är rutin i kunskapsstyrningssystemet. Syftet är att tillvarata patienters, brukares och närståendes erfarenheter och kunskap för att utveckla och förbättra hälso- och sjukvården.²³⁸

4.11.2 Professionsorganisationer

Det finns i dag en mängd olika intresseorganisationer som företräder yrkesgrupper som bidrar till att utveckla en bättre hälso- och sjukvård för barn och unga. Organisationerna arbetar för att främja professionens utveckling, verka för kunskapsutveckling, forskning, utbildning, etik och kvalitet. Detta görs till exempel genom att initiera och delta i samhällsdebatten, sprida kunskap, utarbeta riktlinjer och policydokument, ha kontakt med beslutsfattare, ingå i statliga utredningar, besvara remisser och samarbeta med myndigheter och andra organisationer.

Professionsorganisationerna arbetar i olika hög grad med att ta fram kunskapsstöd. Tidigare nämnda Rikshandbok för barnhälsovård och rapport med vägledning om mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa, är tydliga exempel på kunskapsstöd som har initierats och arbetats fram av professionerna. Ett annat exempel är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, där Barnmorskeförbundet, Dietisternas Riksförbund, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitimerade sjukgymnasters Riksförbund, Svensk Sjuksköterskeföre-

²³⁸ Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2021). (Hämtad 2021-04-09).

ning, Svenska Läkarsällskapet och Sveriges Psykologförbund har medverkat i framtagandet. Svenska Läkarsällskapets Kraftsamling för ungas psykiska hälsa är ytterligare ett exempel på underlag som tagits fram av professionsföreträdare.

4.12 Civila samhället

Det civila samhället spelar en viktig roll i den demokratiska processen genom att kanalisera medborgarnas synpunkter och intressen i den politiska processen. Det civila samhället utgörs av människor, grupper och organisationer som agerar tillsammans för gemensamma intressen. Organisationerna har ofta ideella syften och vill bidra till samhällsutvecklingen, lösa utmaningar eller svara mot ett behov i samhället. Inom det civila samhället verkar bland annat ideella föreningar, stiftelser och registrerade trossamfund, men även nätverk, upprop och andra aktörer.²³⁹ Dessa aktörer tillhandahåller tillsammans en stor bredd av olika tjänster. Utredningen vill betona civila samhällets oberoende roll, organisationer och föreningar är självständiga aktörer och har inget formellt ansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster eller andra insatser för människors hälsa. Civilsamhället kan utgöra ett komplement och stöd till hälso- och sjukvården även om det alltid är hälso- och sjukvården som bär det fulla ansvaret för insatser till barn och unga.

Det civila samhället spelar en stor roll för barns och ungas välbefinnande. Ideella organisationer, föreningslivet, idrottsrörelsen och patientföreningar är alla aktörer som hjälper och stöttar många barn och unga på deras egna villkor. Patient- och brukarföreningarnas roll har genom åren blivit allt starkare och är i dag en självklar och avgörande del av hälso- och sjukvårdens utveckling.²⁴⁰

4.13 Några pågående nationella utvecklingsarbeten

Det pågår många olika projekt runt om i landet med syfte att utveckla en mer sammanhållen vård för barn och unga. Utredningen har ingen ambition att redogöra för alla dessa projekt men vill ändå nämna några som har särskild relevans för utredningens betänkande.

²³⁹ Prop. 2009/10:55: *En politik för det civila samhället* (s. 1).

²⁴⁰ SOU 2021:6 *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa* (s. 128).

4.13.1 Tidiga samordnade insatser – TSI

Tidiga samordnade insatser – TSI är nationell satsning som Socialstyrelsen och Skolverket arbetar med gemensamt.

Tidiga samordnade insatser betyder att personal från skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst arbetar tillsammans. Syftet att skapa en helhet kring insatser för barn och unga som är i behov av stöd från flera aktörer. Det ställer krav på att aktörer utvecklar kunskap och kompetens om långsiktig samverkan och samordning. TSI är inte en viss metod, utan bygger på att verksamheterna har en gemensam struktur. På så vis ska alla barn och unga få stöd tidigt i en gynnsam utveckling.

En viktig del i satsningen är att Socialstyrelsen och Skolverket stödjer lokala utvecklingsarbeten. Syftet är att identifiera hinder och framgångsfaktorer för TSI och att sprida kunskap som kan vara till nytta för alla. Cirka 90 kommuner och 16 regioner ingår i den nationella satsningen.²⁴¹

Folkhälsomyndigheten har haft ett delvis överlappande uppdrag i att följa och utvärdera projekt i tio kommuner och anslutande regioner som tagit fram och infört ett arbetssätt där skolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverkade på skolan för barns och ungas psykiska hälsa.²⁴²

4.13.2 Barn som anhöriga

Barn som anhöriga är ett nationellt utvecklingsarbete av stöd till barn och unga i familjer där föräldrar eller annan vuxen i barnets direkta närhet har missbruksproblem, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller som oväntat avlider.²⁴³

Socialstyrelsen, Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka), Folkhälsomyndigheten, Skolverket och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samarbetar för att utveckla stöd för arbete med barn

²⁴¹ Socialstyrelsen (2021): *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI)* (Hämtad 2021-04-09) och Skolverket (2021): *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI)*. (Hämtad 2021-04-09).

²⁴² Folkhälsomyndigheten (2021): *En skolbaserad samverkansmodell för första linjen med syfte att förebygga barns och ungas psykiska ohälsa i Sverige. Utvärdering av ett pilotprojekt initierat av Sveriges Kommuner och Regioner*.

²⁴³ Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021): *Barn som anhöriga*. (Hämtad 2021-04-09).

som anhöriga. Organisationerna har var för sig och gemensamt tagit fram och sammanställt stöd för arbete med barn som anhöriga.²⁴⁴

Späda barns rätt till hälsa och utveckling

Inom ramen för Barn som anhöriga, har Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Nationellt kompetenscentrum anhörig och Linnéuniversitetet särskilt lyft späda barns rätt till hälsa och utveckling, bland annat genom nationella konferenser, som benämnts Värna våra yngsta – spädbarns rätt till hälsa och utveckling. Syftet är sätta fokus på de yngsta barnens och deras vårdnadshavares behov genom att redovisa forskning, kartläggningar och erfarenheter, såväl nationella som internationella. Samarbetet syftar till att öka kunskapen om de yngsta barnens psykiska hälsa och utveckling, om riktat föräldraskapsstöd och om insatser i övrigt för barn och familjer när det finns behov av utökat stöd.²⁴⁵

De nordiska länderna har genom Nordiska rådet ett pågående utvecklingsarbete, De första 1 000 dagarna i de nordiska länderna, där Folkhälsomyndigheten är Sveriges samordnare.²⁴⁶

²⁴⁴ Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021): *Publikationer barn som anhöriga* (Hämtad 2021-04-09), Socialstyrelsen (2021): *Stöd till barn som är anhöriga*, (Hämtad 2021-04-09), Folkhälsomyndigheten (2021), *Barn och unga* (Hämtad 2021-04-09), Skolverket (2021): *Elever som har det svårt hemma* och (Hämtad 2021-04-09), SKR (2021): *Metoder och verktyg vid samtal med barn inom socialtjänsten*. (Hämtad 2021-04-09).

²⁴⁵ Socialstyrelsen (2021): *Stöd till barn som är anhöriga* och Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021): *Barn som anhöriga* (Hämtad 2021-04-09).

²⁴⁶ Folkhälsomyndigheten (2021): *De första 1000 dagarna i de nordiska länderna* (Hämtad 2021-04-09) och Danielsdottir, S. och Ingudottir, J. (2020): *The First 1 000 Days in The Nordic Countries. A Situation Analysis*.

5 Problembild

Utredningen redogör inledningsvis för en övergripande bild av systembrister i hälso- och sjukvård för barn och unga. Därefter följer en problembeskrivning och analys av barn- och ungdomshälsovården och barn- och ungdomspsykiatrin. Utredningen har inte gjort några egna kartläggningar av systembrister utan baserar problembilden i hög grad på ett flertal föreliggande statliga utredningar inom området, rapporter från olika myndigheter och Sveriges Kommuner och Regioner, forskning och dialog med företrädare för berörda vårdverksamheter, professionen och barn och unga. I enlighet med utredningens direktiv lyfts området psykisk hälsa särskilt fram i problembilden.

5.1 Ökande barnpopulation, ökad psykisk ohälsa och nya överlevare

Demografiska diskussioner i Sverige och världen har nästan uteslutande fokuserat på en allt ökande andel äldre i befolkningen. De senaste 10 åren har dock barnpopulationen ökat med cirka 10 procent och i prognoser fram till 2035, kommer den fortsatt att öka.¹ Enligt internationella data beräknas medellivslängden för barn som föds i dag bli 110 år, vilket gör att insatserna under barndomen som har bäring på hälsan under hela livet, får en än större betydelse och påverkan på samhället.² Barns och ungas hälsa, liksom hela befolkningens, är överlag god, levnadsvillkoren har förbättrats och de allra flesta upplever välbefinnande. Däremot har det under de senaste 20 åren skett en ökning av psykisk ohälsa hos barn och unga, en

¹ Statistikdatabasen (scb.se) (2021): *Folkmängd 0–19 år riket jämförelse år 2000 och år 2020 samt befolkningsprognos* och Sveriges officiella statistik (2020): *Statistiska meddelanden BM 18 SM 2001 Sveriges framtida befolkning 2020–2070* (s. 8–11).

² UNHCR (2019): *Rapport baserad på FN:s World Population Prospect 2019*.

trend som skiljer sig från vuxna.³ Varannan flicka och var tredje pojke upplever återkommande psykosomatiska symtom kopplade till stress, till exempel huvudvärk, trötthet, sömnproblem och magsmärtor.⁴ Dessa symtom kan ibland vara ett uttryck för djupare problem och tidiga signaler på utveckling av psykiatrisk sjukdom. Flera studier visar på samband mellan tidiga psykiska besvär och senare ökad risk för psykiatrisk sjuklighet och suicid. Det finns också en tydlig trend att barn och unga i högre utsträckning får psykiatriska diagnoser i dag jämfört med för 10 år sedan.⁵ Depression, ångest och neuropsykiatriska diagnoser står för huvuddelen av dessa tillstånd.⁶ Barn och unga med depression och ångest riskerar i högre grad långvariga behov av behandling och kontakt med vården, sämre möjligheter att fullfölja sina studier samt högre risk för framtida suicid. Den kraftfulla ökningen av diagnoser inom neuropsykiatriska fältet tenderar i dag på vissa håll i landet att skapa köer och undanträngningseffekter.⁷ Läkemedelsbehandling till barn och unga med psykiatriska tillstånd har också ökat kraftigt, vilket troligtvis är en effekt av den ökande diagnostiseringen.⁸ Orsaker till detta kan vara att klinisk praxis har ändrats, stigmatiseringen har minskat för att söka vård, särskilt för psykisk ohälsa, och en alltmer utbyggd hälso- och sjukvård med fokus på diagnostik och behandling. Den ökade förekomsten av psykiska besvär kan också kopplas till oro för familjens ekonomi, ökad stress i skolan och på arbetsmarknaden.⁹ Jakten på en diagnos för att få rätt hjälp och stöd för sitt barn är en nutida företeelse som utredningen erfar kan drivas på både av vårdnadshavare, vården och skolan och som inte alltid är fullt ändamålsenlig. Det debatteras ibland om ökningen av psykisk ohälsa hos barn och unga är överdriven och vår tids trend och att det egentligen handlar om livets naturliga inslag av lidande och smärta som inte ska betraktas som sjuklighet.¹⁰ Till detta hör också vittnesmål och rappor-

³ SOU 2018:90 *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa.*

⁴ Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor.*

⁵ Socialstyrelsen (2019): *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga. Öppna jämförelser 2019.*

⁶ Socialstyrelsen (2017): *Utvecklingen av psykisk ohälsa. Till och med 2016.*

⁷ Västra Götalandsregionen (2017): *Regional utvecklingsplan för BUP 2017–2020.*

⁸ Socialstyrelsen (2018): *Inrapporterade depressioner och ångestsyndrom bland barn och unga vuxna – utvecklingen till och med 2018.*

⁹ Hagquist, C. (2020): *Final Scientific Report. Research programme 2013–2020. The impacts of changed living conditions on child and adolescent mental health. Karlstad University.*

¹⁰ Rück, C. (2020): *Olyckliga i paradiset* och Mind (2018): *Unga mår allt sämre – eller?*

ter om medikalisering och överdiagnostik.¹¹ Detta står i kontrast till, men behöver inte alls motsäga, alla vittnesmål och rapporter om barn och unga som mår dåligt och inte får rätt hjälp och stöd i dag. Båda dessa problem finns sannolikt samtidigt.

För många decennier sedan var undernäring, graviditets- och förllossningskomplikationer, olycksfall och smittsamma sjukdomar vanliga orsaker till sjukdom och död i barndomen. Detta har förändrats genom bättre levnadsstandard, vaccinationsprogram, förebyggande arbete, medicinteknisk utveckling och en mer tillgänglig hälso- och sjukvård. Det som nu sker är en annan utveckling av vårdbehoven.¹²

Antalet barn som överlever svåra sjukdomar har ökat avsevärt tack vare till exempel hjärtkirurgi, avancerad nyföddhetsvård, nya behandlingar för cancer och andra svåra sjukdomstillstånd. Dock medföljer ofta ett långvarigt behov av behandling, stöd och uppföljning, inte bara i vården utan även i skola och vardag. Ett exempel på hur vården försöker hantera detta är det svenska neonatala uppföljningsprogrammet, som strukturerat och med helhetssyn på barnet och dess familj följer svårt sjuka nyfödda efter avslutad intensivvård ända upp till skolåldern.¹³

I en bred studie baserad på vårddataregister och besöksorsaker i all hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen 2018, visade det sig att cirka 20 procent av barn och unga hade en eller flera kroniska tillstånd och många vårdkontakter.¹⁴ Myndighetsrapporter och internationella data pekar på ungefär samma prevalens.¹⁵ Trenden är ökande, framför allt när det gäller psykiatriska diagnoser. En femtedel av dessa barn och unga beräknas ha tre eller flera kroniska diagnoser samtidigt. Samsjuklighet är vanligt hos barn och unga med kroniska medicinska och psykiatriska tillstånd. Beräkningar i Västra Götalandsregionen visar att 20 procent av barn och unga efterfrågar 80 procent av den specialiserade vårdens resurser, ungefär på samma sätt som för vuxna. Det rör sig alltså om en stor mängd barn och unga med långvariga och stora behov av vård och omsorg. Individerna i denna grupp varierar över tid, det vill säga många har under

¹¹ Socialstyrelsen (2019): *Geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn.*

¹² Blair M, et al. (2013): *Barnhälsövetenskap.*

¹³ Svenska neonatalföreningen, (2015): *Nationella riktlinjer för uppföljning av neonatala riskbarn.*

¹⁴ Almgren, P. (2020): *Många barn har långvariga och stora behov av hälso- och sjukvård.*

¹⁵ Myndigheten för vårdanalys (2014): *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.* Rapport 2014:2.

en period större behov men inte nödvändigtvis under hela uppväxten. Dagens hälso- och sjukvård är uppbyggd efter diagnosområden men en enskild profession, ett team eller ens en hel verksamhet kan sällan fullt ut möta dessa familjers behov av vård och stöd.¹⁶

5.2 Samhällstrender, skola, arbetsmarknad och utsatta grupper barn och unga

Samhället förändras i snabb takt och en del av dessa trender påverkar barn och unga mer påtagligt. Den pågående pandemin är ett tydligt exempel på direkta och indirekta effekter på barn och unga, som kommer att påverka hälsa, utveckling och uppväxtvillkor för många under lång tid framåt. Även om pandemin inte primärt drabbar barn och unga genom egen sjuklighet, har barn och unga på flera sätt påverkats av de samhällsförändringar som följt. I Sverige har många barn och unga fått en förstärkt utsatthet i hemmet och en försämring av den psykiska hälsan under krisen och det är tydligt att pandemin slår hårdast mot barn och unga som redan innan krisen befann sig i en utsatt situation eller hade psykisk ohälsa.¹⁷ Trots en bättre generell välfärd ökar samhällsklyftorna och många barn och unga växer upp i socioekonomiskt utsatta områden. Dessa barn och unga riskerar sämre hälsa, svårigheter i skolan och att nå ut på arbetsmarknaden.¹⁸ Exempel på barn och unga i utsatthet är de som växer upp i områden där närstående har låg tilltro till samhället och vården, far illa till följd av våld i nära relationer, sviktande omsorg eller föräldrar med psykiatrisk sjukdom. För barn och unga i utsatthet är det allmänna hälsoutfallet sämre och vården misslyckas ofta med att möta deras familjers behov av riktat och ändamålsenligt stöd.¹⁹ I utredningens dialogmöten har vikten av ändamålsenliga insatser när det gäller placerade barn och unga särskilt poängterats. Berörda myndigheters tillsyn visar att dessa barn och unga är en särskilt eftersatt målgrupp.²⁰

¹⁶ Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt*.

¹⁷ Bris (2021): *Första året med pandemin – om barns mående och utsatthet. Årsrapport 2020*.

¹⁸ Folkhälsomyndigheten (2019): *Ojämlikheter i psykisk hälsa – Kunskapsammansättning och Folkhälsomyndigheten (2020): *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2020**.

¹⁹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:11) *om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem, stödboende och hem för vård eller boende*.

²⁰ SKR (2020): *Nationell kartläggning om hälsoundersökningar för placerade barn*.

Skolan uppfattas som stressande av barn och unga i alla samhällsskikt och cirka 17 procent av alla barn och unga uppnår inte behörighet till gymnasieskolan. Det är stor spridning med kraftigt ökad andel utan behörighet hos utlandsfödda eller där vårdnadshavare inte har eftergymnasial utbildning.²¹ Det föreligger också stor variation mellan olika skolor. Fullföljda studier är en stark hälsoindikator.²² Under de senaste decennierna har ungdomars situation på arbetsmarknaden förändrats. Ungdomars etableringsålder har ökat, arbetslösheten är högre och arbetsmarknaden är mer instabil. Det är inte ovanligt att ungas anställningar är kortvariga och tillfälliga. Dessutom har kraven på utbildning ökat. Unga har därmed svårare att ta sig in på arbetsmarknaden i dag, jämför med till exempel före den ekonomiska krisen på 1990-talet. Unga som varken arbetar eller studerar är en grupp som har särskilt stora svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden.²³

Ungdomsbrottsligheten har gått ner de senaste tio åren men det är inte ovanligt att unga begår brott.²⁴ Det är dock mycket få som fortsätter in i vuxen ålder och det finns kända risk- och skyddsfaktorer för en sådan utveckling. Ökad risk finns hos de individer som har svagt stöd hemma eller om våld och bestraffning förekommer i hemmet. Misslyckande i skolan och umgänge med andra unga som begår brott är andra riskfaktorer, liksom den egna sårbarheten i form av nedsatt impuls kontroll, aggressivitet eller svårigheter i socialt samspel.²⁵ Narkotikarelaterad brottslighet är en av de vanligaste brotstyperna bland ungdomar och eget missbruk är en känd riskfaktor för att tidigt utveckla kriminalitet. Samhällets förebyggande insatser inom skola, vård- och omsorg och föräldrars roller och stöd är centrala faktorer i det brottsförebyggande arbetet. Inte minst för att förhindra tidig rekrytering av barn och unga in i kriminella gäng, en ökande trend i vissa regioner.

Olika globala trender som ökad digitalisering och den explosionsartade utvecklingen av sociala medier debatteras utifrån både positiv och negativ inverkan på barns och ungas hälsa.²⁶ Fysisk inaktivitet utgör ett stort hot mot folkhälsan och barn och unga rör

²¹ Skolverket (2020): *Andelen med behörighet till gymnasiet*.

²² SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa* (s. 99).

²³ SOU 2013:74 *Unga som varken arbetar eller studerar – statistik, stöd och samverkan*.

²⁴ Brottsförebyggande rådet (2019): *Unga misstänkta för brott*.

²⁵ Brottsförebyggande rådet (2009): *Orsaker till brott bland unga och metoder att motverka kriminell utveckling – En kunskapsinventering*.

²⁶ Statens Medieråd (2020): *Unga medier och psykisk ohälsa*.

sig allt mindre.²⁷ Sverige är ett av världens mest individualiserade länder vilket innebär att stöd från familjemedlemmar såsom mor- och farföräldrar tenderar att vara svagt. Ungas framtidstro rubbas av pågående hot mot demokratiska värden i både Sverige och världen samt av den accelererande klimatkrisen.

5.3 Reaktiv och sjukhustung vård med otillräckligt utbyggd primärvård

I slutbetänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) från den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården drogs slutsatsen att strukturen i hälso- och sjukvården i Sverige är för akut- och sjukhustung. I Sverige är primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader 17–18 procent, vilket är betydligt lägre än i jämförbara länder, där motsvarande andel genomgående är 20–30 procent. Förutsättningarna varierar över landet, men primärvården har inte sällan problem med rekrytering och hög andel hyrläkare, vilket riskerar att medföra sämre kontinuitet, kvalitet och tillgänglighet.²⁸ Primärvården har som en följd av detta på många ställen begränsade möjligheter att fullt ut ta behandlings- och samordningsansvar för vanligt förekommande vårdbehov, till exempel kroniska sjukdomar:

[...] Primärvården i Sverige är alltför svag med en alltför begränsad funktion vad gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård, kommunernas hemsjukvård och socialtjänst. Resultatet av detta är väsentligen väl känt: ett på många olika sätt fragmenterat system för vård och omsorg. Enskilda insatser fungerar bra för sig och levereras ofta med hög kvalitet men när det kommer till informationsutbyte, samordning och kontinuitet kring individens vård och omsorg finns stora brister. Detta blir i sin tur ett stort problem för vårdens (och omsorgens) effektivitet eftersom det i synnerhet är informationsutbyte, samordning och kontinuitet som behövs för de som konsumerar den absoluta merparten av all vård och omsorg. Det handlar ofta om äldre med omfattande behov men kan också vara till exempel yngre med kroniska sjukdomar. [...]²⁹

²⁷ Folkhälsomyndigheten (2019): *Barns och ungas rörelsemönster*.

²⁸ Myndigheten för vårdanalys (2018): *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkar kompetens i första linjens vård* och IVO (2020): *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*.

²⁹ SOU 2016:2 *Effektiv vård* (s. 239).

Primärvården har alltså inte alltid resurser att i tillräcklig utsträckning ta ansvar för patienter med stora vårdbehov. I internationella jämförelser har Sveriges hälso- och sjukvård goda medicinska resultat men förhållandevis låga betyg gällande tillgänglighet, patientdelaktighet och kontinuitet. Detta skapar ineffektivitet och kan medföra onödig ohälsa och sjukdom eftersom förebyggande och behandlande insatser som kunde getts tidigt och ändamålsenligt i primärvården uteblir. I stället skapas onödig ohälsa och sjukdom som hanteras på akutmottagningar och i sluten vård. Även bristande förtroende för primärvården kan få som konsekvens att många söker sig till akutmottagningar och specialiserad vård med besvär som mer ändamålsenligt och effektivt kunnat avhjälpas i primärvården.

Som nämnts föreligger alltså stundtals svårigheter att möta behoven hos sköra grupper med kroniska och stora behov. Detta gäller även barn och unga.³⁰ För patienter med stora vårdbehov saknas ibland en funktion med samordningsansvar, som kan vara länk till socialtjänst och kommunal vård och omsorg. Rollen som fast vårdkontakt, med uppgift att koordinera och hålla ihop vården riskerar att utebli och patienten själv eller anhöriga tvingas i stället ta ansvar för att koordinera vårdinsatserna. Tidigare hade primärvården ett tydligt områdesansvar som innefattade ett ansvar för befolkningens hälsa. Införande av vårdvalssystem har påverkat denna roll, vilket riskerar att drabba samverkan med andra aktörer i lokalsamhället, till exempel skolan, där det fria skolvalet gör förutsättningarna än svårare. Bland annat varierar möjligheterna till tvärprofessionella och psykosociala insatser i primärvården för patienter med psykiska vårdbehov.³¹

Det omfattande arbetet med omställningen har lett till vissa förbättringar när det gäller utbyggnad och utveckling av den nära vården och det finns en positiv trend. Till exempel har förtroendet för primärvården och vården i stort ökat de senaste åren.³² Arbetet med patientkontrakt har satt fokus på de grupper i samhället som har behov av samordning av vårdinsatser. Socialstyrelsen menar i sin senaste utvärdering av omställningen att arbetet i riktning mot en mer nära vård med fokus på primärvården pågår i samtliga regioner.

³⁰ Socialstyrelsen (2012): *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser.*

³¹ SOU 2021:6 *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa.*

³² SKR (2020): *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020 – befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*

Såväl regioner som kommuner uttrycker att en mer nära vård är nödvändig för att hantera framtida demografiska och ekonomiska utmaningar för hälso- och sjukvården. Myndigheten menar vidare att de flesta strategier, målbilder eller handlingsplaner innehåller förebyggande eller hälsofrämjande insatser som ett uttalat fokusområde.³³

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet riskerar ändå ofta att komma till korta även om mödrahälsovård och barnhälsovård är exempel på motsatsen. I utredningens dialoger med företrädare för primärvård, upplevs ett tydligt glapp när barnet lämnar barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser tar över hälsouppföljningen. Först i vuxen ålder återknyts kontakten med patienterna och primärvården har då missat väsentliga delar av hälsoutvecklingen under barn- och ungdomsåren. Det systematiska hälsofrämjande och förebyggande arbetet i primärvården liksom i all hälso- och sjukvård är överlag nedprioriterat till förmån för de akuta vårdbehoven.

Bilden för barn och unga skiljer sig inte på ett avgörande sätt från den som gäller för vuxna, speciellt inte från skolåldern och uppåt. Primärvården har inte sällan svårigheter att axla huvudrollen för patienter med kroniska sjukdomar. Det gäller inte minst barn och unga med psykisk ohälsa av skiftande svårighetsgrad där barn- och ungdomspsykiatri, såväl historiskt sett som i dag, har behandlingsansvar för många vanligt förekommande kroniska vårdbehov. Barn- och ungdomsmedicin, såväl avseende den planerade som den akuta vården, är generös med att ta emot och ge vårdinsatser när primärvården inte har förutsättningar att göra det. Även om primärvården utför fler barnbesök än den specialiserade vården, har den alltså alltså svårt att fullt ut ta rollen som första linjens vård för barn och unga. På så sätt riskerar även barns och ungas hälso- och sjukvård att bli specialistfokuserad. Det finns inom flera regioner i Sverige, till exempel region Uppsala, Västra Götalandsregionen och region Stockholm, en förhållandevis väl utvecklad specialiserad öppenvård inklusive olika konsultationsmodeller som kan tjäna som goda exempel på en omställning till god och nära vård. Utredningen har inte haft möjlighet att i detalj kartlägga hur utbyggnaden och uppdragen varierar mellan de regionerna.

³³ Socialstyrelsen (2020): *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.*

5.4 Ojämnt vård- och omsorgsutbud

Utbudet av vård, stöd och insatser är ojämnt i landet, både inom och mellan regioner och kommuner och andra huvudmän. Faktorer som spelar in är bland annat kompetenstillgång, lokala strukturer, styrning och ledning, ekonomiska förutsättningar och demografi. Utöver detta finns också skillnader i hur verksamheten och professionerna som möter patienten tolkar sitt uppdrag och ansvar och kvaliteten i vårdmötet med patienten. Som ett resultat av ovanstående uppstår skillnader avseende kvalitet i själva mötet med patienten. Ett vittnesmål om detta är det stora antalet barn och unga som i utredningens samarbete med Bris (bilaga 2) och i Bris egen statistik uttrycker sin frustration och besvikelse över att inte blivit hjälpta trots många vård- och behandlingsinsatser. Målsättningen i hälso- och sjukvårdslagen, att vård ska ges på lika villkor efter behov med hänsyn taget till lagstadgade diskrimineringsgrunder samt var man bor i landet, är en utmaning.³⁴ Samtidigt är det oetiskt att barn och unga som inte följer förväntad hälsoutveckling, har olika förutsättningar att uppmärksammas och erbjudas förebyggande och behandlande insatser beroende på var man bor eller vilken inkomst- och utbildningsnivå deras vårdnadshavare har. Demografiska faktorer påverkar genom att det är längre till vården och svårare att rekrytera specialistkompetenser på landsbygden jämfört med i storstaden medan det på landsbygden ofta finns en starkare samverkan och något som skulle kunna liknas vid det som tidigare kallades ett områdesansvar.

I utredningens verksamhetsdialoger blir det tydligt hur olika förutsättningarna ser ut i landet och hur vårderbjudandet och verksamheternas innehåll varierar stort. Det gäller både primärvård, och specialiserad vård samt elevhälsans medicinska insatser. Det åskådliggörs också i den stora variation som redovisas när det gäller de nationellt utbyggda första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska ohälsa.³⁵ Även för de yngsta barnen i åldrarna 0–5 år finns stora skillnader över landet när det gäller tillgång till späd- och småbarnsverksamheter.³⁶

³⁴ Prop. 1981/82:97 Om hälso- och sjukvårdslag, m.m., (s. 112 f.).

³⁵ Uppdrag Psykisk Hälsa (2020): *Psykiatri i siffror Barn- och ungdomspsykiatri – kartläggning 2019*.

³⁶ Furmark, C. och Neander, K. (2018): *Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning*.

I kommunal omsorg och särskilt i skola och elevhälsa ser vi stora variationer i utbudet, beroende på storlek och ekonomi. Vilka kompetenser som anställs i elevhälsan och i vilken omfattning beror på skolpeng och elevunderlag. För ett barn kan detta vara avgörande för att få rätt stöd och hjälp, hälsoutvecklingen och möjligheterna att lyckas i skolan. Se vidare under den fördjupade problembeskrivningen om elevhälsan.

5.5 Fragmentiserad hälso- och sjukvård med oklara uppdrag, ansvar och roller

Ett genomgående problem är den alltmer fragmentiserade hälso- och sjukvården. Det splittrade vårdlandskapet har varit i fokus för en mängd statliga utredningar och inte minst har problematiken utvecklats av utredningen samordnad utveckling för en god och nära vård (S 2017:01). Fragmentiseringen är extra tydlig när det gäller barn- och ungdomshälsovården där flera huvudmän och vårdverksamheter styrs av olika lagrum, uppdrag och förutsättningar i övrigt. Detta utvecklas ytterligare i problembeskrivningen och analysen av barn- och ungdomshälsovården och i utredningens olika förslag som rör en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Den ökade privatiseringen och mångfalden av aktörer i vården, tillsammans med det fria vård- och skolvälet, har bidragit till fragmentiseringen och i det här sammanhanget påtagligt försämrade möjligheter att utöva lokalt befolknings- och områdesansvar. Barn och unga rör sig under uppväxten genom olika utvecklingsstadier från tillblivande till vuxen ålder med olika behov, hälsoproblem och sjukdomsuttryck. Under denna period ansvarar olika aktörer för barns och ungas hälso- och sjukvård, inte minst den centrala skolarenan som står för elevhälsa och dess medicinska insatser och olika verksamheter inom primärvården för barn och unga under uppväxttiden.

Unga rapporterar att det är svårt att veta när man ska söka hjälp och vart man ska vända sig, framför allt vid psykisk ohälsa.³⁷ Samma bild lämnar utredningens egen fokusgrupp och patient- och föräldraföreträdare i dialoger med patientföreningar och civilsamhällets aktörer. Brister i vårdkedjor för barn och unga till följd av en frag-

³⁷ Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (2018): *Ungas beställning till samhället* (S2018/04669/FS).

mentiserad hälso- och sjukvård är ett centralt problem som beskrivs i många rapporter och i våra dialoger. Detta riskerar leda till att man inte söker hjälp enligt utredningens expertgrupp unga med erfarenhet av psykisk ohälsa. Det kan också leda till att upptäckt, utredning, insatser och uppföljning brister, vilket kan drabba barns eller ungas hälsa och därmed belasta hela familjen.

För barn och unga och familjer med behov av ökade insatser, där fler professioner och verksamheter är berörda, blir det ofta otydligt vem som har det samordnade ansvaret och var de kan få hjälp. Det uppstår glapp i olika överlämningar eller mellan verksamheterna vilket kan leda till att barn och unga faller mellan stolarna. Det gäller till exempel barn och unga med insatser från barnhälsovård, vårdcentralen, BUP eller annan specialiserad vård, ungdomsmottagningar, elevhälsans medicinska insatser, socialtjänsten och folktandvården.³⁸ Primärvården och elevhälsans medicinska insatser har mycket centrala uppdrag för barn och unga men samverkan mellan dessa verksamheter brister och de saknar i dag förutsättningar för att utveckla det starka partnerskap de borde ha kring förebyggande arbete, att uppmärksamma tidiga symptom och vanligt förekommande psykisk ohälsa. Samverkan brister dock mellan alla aktörer när det gäller vården av psykisk ohälsa och ansvarsfördelningen är otydlig.³⁹

Förutsättningarna för att bedriva olika verksamheter inom vård och omsorg varierar också mellan regioner och kommuner. Verksamhetsföreträdare och chefer lyfter otydliga ansvarsförhållanden och uppdrag som ett av de allra mest frekventa och största problemen. Utredningen erfar att företrädare för verksamheterna ofta efterfrågar skärpt och förtydligt ansvar, liksom tydliga uppdrag. Ansvaret för att förtydliga verksamheternas uppdrag vilar i första hand på huvudmännen. Ansvarsfördelningar och gränssnitt tas också fram lokalt, men inte alltid utifrån ett patient- och helhetsperspektiv. I de fall de inte är framtagna i konsensus mellan berörda verksamheter, är de inte heller till gagn för barn och unga, som riskerar att hamna i vårdens mellanrum.

³⁸ Socialstyrelsen (2011): *Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem?*, IVO (2015): *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan* och Socialstyrelsen (2019): *Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården, slutrapport 2019*.

³⁹ IVO (2015): *Elevhälsan – Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*.

5.5.1 Glapp i övergången till hälso- och sjukvård för vuxna

Ett mycket vanligt och ofta beskrivet fenomen är brister i övergången från hälso- och sjukvård för barn och unga till hälso- och sjukvård för vuxna. Problemen rör huvudsakligen barn och unga med funktionsnedsättning, psykiatriska tillstånd och andra kroniska sjukdomar och uppstår i övergångar mellan den specialiserade vården, till exempel barn- och ungdomsmedicin, psykiatri eller habilitering och vuxensjukvård eller primärvård.⁴⁰ Det kan gälla vilken kontinuerlig vårdkontakt som helst som tvingas brytas när den unge fyller 18 år. Bristerna handlar om delaktighet och stöd samt information och trygga överlämningar. Dessutom saknas ofta rätt resurser och kompetens i hälso- och sjukvården för vuxna, särskilt i primärvården, om den unga personen haft insatser i den specialiserade vården fram till 18-årsdagen. Ser man till den ökande andelen nya överlevare har hälso- och sjukvården för vuxna alltjämt helt nya och okända patientgrupper att möta. I dialoger med utredningens unga expertgrupp kring psykisk ohälsa lyfts särskilt ungdomsmottagningar som goda förebilder i det hänseendet att de kan fortsätta kontakten in i det unga vuxenlivet. På många andra håll i landet finns olika unga vuxna-verksamheter som komplement till övriga vården, till exempel inom området psykisk hälsa och inom cancervården.

5.6 Koordinering och samordning av vård brister

Ett centralt och växande problem i den moderna hälso- och sjukvården, både hos vuxna och barn och unga, är bristen på koordinering och samordning av vård och stödinsatser. Detta är beskrivet och utvecklat både i statliga utredningar och en mängd rapporter.⁴¹ I en alltmer fragmentiserad och specialiserad mångfald av vårdutbud kommer verksamheterna längre ifrån varandra vilket försvårar god kommunikation mellan de olika delarna i systemet. För barn och unga och deras familjer är bristande koordination och samordning

⁴⁰ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd – Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård, rapport 2019:6.*

⁴¹ SOU 2019:29 *God och nära vård - Vård i samverkan*, Socialstyrelsen (2017): *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning* och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015): *Samordna vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, PM 2016:1.

inom och mellan den specialiserade vården, socialtjänsten, elevhälsan och primärvården mycket vanligt.⁴²

Vart femte barn eller ung person under 18 år har en diagnostiserad kronisk sjukdom och utöver det finns barn och unga med andra tillstånd, till exempel smärta, ångest och trötthet, som kan vara långvariga och ge upphov till upprepade kontakter med hälso- och sjukvården. Deras behov möts sällan fullt ut av en verksamhet som kännetecknas av det enkla trygga omhändertagandet med ändamålsenligt samordnade insatser. Hjälp med samordning och planering av barnets vårdinsatser och en fast vårdkontakt eller en väg in i vården är det som vårdnadshavare till ett barn eller ung person med kronisk sjukdom oftast efterfrågar. Som vårdnadshavare till ett långvarigt sjukt barn eller ung person är det viktigt att veta vad som ska göras i olika situationer och skeenden i sjukdomen och i vardagen, vart vårdnadshavaren ska vända sig med sina frågor och vem som är ansvarig inom hälso- och sjukvården. En familj som har flera sjuka barn eller unga personer med ett antal vård- skola- och myndighetskontakter för varje enskilt barn, upplever ofta svår stress och svårigheter att få ihop vardagen och planeringen. Ibland med sjuk-skrivningar, utbrändhet, nedsatt arbetstid, försämrad ekonomi och begränsat socialt liv som följd.⁴³ Detta slår ännu hårdare mot resurssvaga eller sjuka föräldrar med barn och unga med samman-satta behov. Rapporter och utredningens dialoger med berörda parter gör gällande att vårdens brister när det gäller koordinering och samordning särskilt drabbar barn och unga med samsjuklighet, olika psykiatriska tillstånd och stora sociala behov.⁴⁴ Regeringens och regionernas gemensamma arbete för att införa patientkontrakt, samt nu föreliggande förslag från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (2017:01) om en författningsreglering avseende patientkontrakt, som bland annat föreslås innehålla uppgifter om individuell plan, adresserar dessa problem och det finns goda exempel på utvecklingsarbete runt om i landet. I den senaste rapporten

⁴² IVO (2019): *Barn och unga som riskerar att drabbas av bristande samordning och osammanhängande vård- och omsorgskedja, förstudie.*

⁴³ IVO (2020): *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019* och Västra Götalandsregionen (2018): *Intervjustudie närstående till barn med kronisk sjukdom och många vårdkontakter, bilaga till Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt.*

⁴⁴ Broberg, M. et al. (2014): *En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning* och Västra Götalandsregionen (2018): *Intervjustudie närstående till barn med kronisk sjukdom och många vårdkontakter, bilaga 2.*

återfinns dock få projekt som rör barn och unga och utredningen noterar att det finns svårigheter med den föreslagna regleringen om patientkontrakt utifrån ett barnrättsperspektiv, eftersom skolhuvudmännen och därmed elevhälsan inte omfattas av den föreslagna bestämmelsen om individuell plan fullt ut.⁴⁵

5.7 Informationsdelning inom vård och omsorg brister

Frågan om hur vård och omsorg på ett patientcentrerat sätt kan nå målet om rätt information på rätt plats i rätt tid, har varit föremål för omfattande utvecklingsarbete under många år. Bristerna är fortsatt stora, vilket rapporteras om återkommande. Bristande dokumentation eller tillgång till rätt information i vården är en av de vanligaste orsakerna till lex Maria anmälningar. Tillsyn inom området visar att patienter med många vårdkontakter löper stor risk att drabbas av en bruten informationskedja och att viktiga hälsodata såsom aktuella läkemedel eller underliggande sjukdomar saknas i vårdmötet eller för den som ska samordna vården och omsorgen.⁴⁶ Patientens möjlighet till delaktighet i sin egen vård minskar, liksom vårdnadshavares möjlighet att ta ansvar och vara delaktiga i beslut om barnets eller den unges vård och behandling. Informationsbrist är särskilt vanlig på akutmottagningar och i primärvård men även i vården av patienter med komplexa behov och många kontakter i specialistvård och omsorg. Det leder också till ökad risk för patientsäkerheten. Vårdnadshavare blir bärare av barnets sjukdomshistoria och tvingas upprepa denna gång på gång i mötet med vården. Många vårdnadshavare vittnar om att detta är en av de största stressfaktorerna när man har ett barn med långvarig sjukdom. Det kan vara en bidragande orsak till nedsatt arbetstid eller sjukskrivning.

Dessa brister får effekter på vårdens kvalitet. Det blir svårt att följa patientens resa genom vården och därmed skapa effektiva vårdflöden. Ett barn eller ung person som ofta söker för magsmärtor på olika vårdcentraler eller på akuten och som samtidigt har insatser från socialtjänsten och elevhälsan på grund av omsorgssvikt och skolfrånvaro, riskerar att avfärdas som ett lindrigt fall då läkaren inte

⁴⁵ SKR (2018): *Slutrapport januari 2018 Samarbetsprojektet i tre landsting/regioner.*

⁴⁶ IVO (2020): *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019.*

har tillgång till all information om barnets eller den unges vårdkontakter. Den låga personkontinuiteten i dagens hälso- och sjukvård ställer än högre krav på informationssystemet. Kvalitetsbristerna gäller också de begränsade möjligheterna att använda informationen i kvalitetsregister, i öppna jämförelser, och när det gäller att utforma och tillgängliggöra beslutstöd i vårdmötet. Kvalitetsbrister finns också när det gäller möjligheten att använda informationen i verksamhetsutveckling och att mäta medicinska effekter eller patientens upplevelse av vården. En gemensam journalföring eller gemensamt delad information mellan vårdgivare där också patienten är delaktig, är av de mest efterfrågade önskemålen hos både profession och patienter. I utredningens dialoger med de unga i fokusgruppen psykisk ohälsa framkommer att informationsdelning mellan olika vårdaktörer brister och även deras egen tillgång till sin vårdplan och möjlighet till delaktighet vid utformningen av vårdplanen. Inte desto mindre finns många hinder för en sådan utveckling.

Hinder för en gynnsam utveckling av informationsdelning

Lagstiftningen möjliggör i dag sammanhållen journalföring och direktåtkomst till journal när det gäller verksamheter inom hälso- och sjukvården, men hinder kvarstår fortfarande, framför allt mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Lagförslag på det här området har nyligen presenterats av utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) vilket kan utgöra en möjlig öppning för ytterligare förbättringar för barn och unga med funktionsnedsättningar.⁴⁷ För barn och unga finns också särskilda hänsynstaganden utifrån ett integritets- och barnrättsperspektiv, till exempel när det gäller reglering av ombud och vårdnadshavares ansvar och roll i vården. När det gäller kommunala och regionala vårdgivare finns i dag lagliga möjligheter till sammanhållen journalföring och genom aktivt samtycke även direktåtkomst till journal.

Barns och ungas egen tillgång till sina hälsodata är mer komplicerad och varierar utifrån både tekniska och rättsliga hinder. Organisatoriska hinder föreligger, inte minst genom ökad privatisering och mångfald av vårdgivare, införande av vårdvalssystem och olika huvudmän för vård och omsorg. En stor region som Stockholm eller

⁴⁷ SOU 2021:4 *Informationsöverföring inom vård och omsorg*.

Skåne kan ha över 1 000 olika journalsystem som på grund av bristande interoperabilitet inte kommunicerar med varandra. Digitala vårdplaner eller hälsoinformationsplattformar som också kan delas med patienten är därför mer av en framtida vision och i den mån det utvecklas byggs ofta ytterligare ett gränssnitt upp. På det sättet behöver en genomsnittlig vårdutövare logga in i och använda minst ett dussintal olika system en vanlig arbetsdag, en verksamhetschef säkerligen det dubbla. Nationella och regionala projekt har försökt komma till rätta med detta genom att samla alla vårdgivares vårdinformation i en gemensam databas med en mer ändamålsenlig informatik och fastställd nomenklatur. Den resan är dock snårig och har inverkan på vårdens arbetskultur med krav på förändring. Vårdinformationssystem som tillåter gränsöverskridande utbyte av information är alltfjämt avlägset.

Icke användarvänliga it-system är också en vanligt förekommande brist och patientsäkerhetsrisk.⁴⁸ It-systemen i vården upplevs ofta ligga långt efter samhällets övriga digitaliseringsutveckling och är sällan kompatibel med medborgarnas, inte minst barns och ungas digitala plattformar och höga digitala kompetens. Behovet av ökad kunskap, ledning och styrning ifråga om möjligheterna att hantera och utbyta information är därför fortsatt centralt för en framtida sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

Det saknas sammanhållen information om barns fysiska och psykiska hälsa och utveckling på nationell nivå men också mellan aktörerna inom barn- och ungdomshälsovården. Det saknas också en sammanhållen journalföring med relevanta indikatorer från graviditetsövervakningen till 18-årsdagen. Därmed finns svårigheter att bedöma barns och ungas långsiktiga hälsoutveckling och det finns risk för att barns och ungas behov missas när de faller ur ramarna och signalerar ohälsa på olika sätt. Behovet av samlad nationell uppföljning som är tillgänglig för alla och uppdateras löpande har tydligt bekräftats under utredningens dialogmöten. Det finns vidare en samsyn i att det i dag är svårt att följa upp barns och ungas hälsa, då man tenderar att mäta sjukdom i stället för hälsa. Utredningen kommer att utveckla frågan om informationsdelning och uppföljning i slutbetänkandet.

⁴⁸ Myndighetens för vårdanalys (2013): *Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens.*

5.8 Barn och unga med vissa diagnoser eller problem får en sämre vård

Hälso- och sjukvården har en stark tradition av att diagnostisera och hantera kroppsliga åkommor. Detta gäller även för primärvården. Vårdprocesser för höftproteser, stroke, hjärtinfarkt och cancer med mera har ofta varit föregångare i både medicinteknisk utveckling och nationellt prioriterade och resurssatta vårdflöden.⁴⁹ Utredningen erfar att hälso- och sjukvård för vuxna ofta gått före, till exempel när det gäller stora folksjukdomar med mycket resurser kopplade till vård och behandling, inte minst läkemedel och medicinteknik. Barn-cancervården är dock ett exempel på när vården, trots en svår och långvarig sjukdom med krävande behandling, ändå kan upplevas som trygg, tydlig och stödjande för barn och unga och deras vårdnadshavare. Erfarenheter visar däremot att barn och unga med vissa psykiatriska sjukdomar, fetma, samsjuklighet, funktionsnedsättning, oklara besvär som långdragen smärta, trötthet, yrsel, undervikt eller sömnbesvär riskerar att få ett sämre omhändertagande och sällan är föremål för standardiserade vårdförlopp. En stor del av dessa barn och unga söker vård och hjälp i primärvården och uppmärksammas säkerligen både i barnhälsovården och elevhälsan men överlag saknas tydliga effektiva vårdflöden från tidiga symtom till utredning och behandling. Barn och unga har i större utsträckning än vuxna kroppsliga uttryck för psykosociala eller psykiatriska problem, detta gäller särskilt de allra minsta barnen. I och med den ökade satsningen på nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården noterar utredningen att fokus ändå har skiftat mot dessa grupper, och nationella arbetsgrupper har bildats kring diagnoser som fetma och långvarig smärta hos barn.

Utredningen menar att vissa systembrister i vården, såsom fragmentisering och glapp särskilt drabbar barn och unga med psykisk ohälsa eftersom de har skilda behov och befinner sig på olika arenor under olika utvecklingsstadier under uppväxten. Barn och unga med psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd tenderar att få ett sämre omhändertagande i vården jämfört med barn och unga som har medicinska sjukdomar och fysiska problem.⁵⁰ Unga med egen vård-erfarenhet som utredningen pratat med beskriver hur samverkan och

⁴⁹ Regeringen och SKR (2020): *Överenskommelse sammanhållen, jämlik och säker vård 2021*.

⁵⁰ Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga med komplexa behov*.

samordning fallerar, hur information fastnar och hur svårt det är att veta vart man ska vända sig för att få ett tryggt och kontinuerligt professionellt omhändertagande hela vägen. Det finns flera rapporter om bristande stöd, vård och behandling i primärvården när det gäller psykisk ohälsa hos barn och unga.⁵¹ Bilden stärks av många inspel i utredningens dialoger med verksamheter och barn och unga.

5.9 Bristande stöd, delaktighet och inflytande på vården

I återkommande rapporter och vittnesmål redovisas att vården inte är tillräckligt personcentrerad. Ett flertal nationella och regionala projekt pågår för att förbättra personcentreringen i vården särskilt för vuxna patienter. Utredningen kan konstatera att behovet av ökad personcentrering är särskilt viktig för barn och unga, för att skapa förutsättningar för delaktighet i vårdmötet och beslut om vård och behandling. Att på riktigt göra barnet delaktigt med inflytande på sin egen vård kräver tid, kompetens, metod och systematik. I utredningens dialoger med verksamhetsföreträdare, professionella och patientföreträdare har behovet av att utveckla arbetssätt och metoder som sätter barnet i centrum särskilt lyfts fram. Det handlar till stor del om att skapa delaktighet och inkluderande förhållningssätt och att ha en samlad plan för barnet.

Eftersom nästan all information om vård och behandling går genom vårdnadshavarna blir deras delaktighet i vården också viktig för barnet. Ett familjecentrerat arbetssätt är basen i all vård och omsorg som riktar sig till barn. Vårdnadshavare till barn med kroniska sjukdomar upplever ofta frustration över att inte bli behandlade som experter på sitt barns sjukdom. De vill, precis som barn och unga, vara delaktiga och få stöd i den praktiska hanteringen av sjukdomen. För professionen som möter barnet blir det ofta en balansgång mellan autonomi och integritet kopplat till allvarlighetsgraden av problemen. I utredningens samtal med unga själva framkommer ett tydligt efterfrågat behov av att bli sedd, hörd, tagen på allvar och att få vara delaktig i sin egen vård och behandling. Många unga, även under 18 år, lyfter också fram behovet av att kunna söka vård själva,

⁵¹ SKL (2012): *Slutrapport från Modellområdesprojektet 2009–2011* och SKR (2020): *Första linjen 2020. Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa*.

på sina villkor och ofta anonymt till en början. Unga vill att vården anpassas efter ungas livsvillkor och utvecklas för att passa dem, till exempel genom anpassade öppettider eller digital tillgänglighet.

5.10 Brister i kontinuitet och kompetens

Som beskrivits ovan i avsnittet om den sjukhustunga och reaktiva vården, får svensk sjukvård och särskilt primärvården kritik för bristande kontinuitet. Kontinuitet är en av de allra mest avgörande faktorerna för en trygg och effektiv vård, vilket framhållits i flera tidigare statliga utredningar och myndighetsrapporter.⁵² Primärvården, som möter flest barn och unga och barn- och ungdomspsykiatri som är sista utpost för barn med psykiatriska tillstånd, har haft problem med stor personalomsättning och därmed bristande kontinuitet de senaste åren. Den tillitsfulla relationen med barnet och familjen som behövs för en god vård, skadas av detta. Utan kontinuitet i systemet riskerar också kunskapsöverföring och samverkan att drabbas negativt. Föräldrar och barn efterfrågar personkontinuitet så långt det är möjligt, särskilt när det gäller långvariga och stora behov. I dagens hälso- och sjukvård, med mångfald, vårdval och begränsat närområdesansvar, behöver hälso- och sjukvårdssystemet vara mer robust och sammanhållet, och strukturerad uppföljning behöver allt mer väga upp för en bristande personkontinuitet.

Allmän och specifik barn- och ungdomskompetens brister

Vid sidan av elevhälsans medicinska insatser har primärvården flest besök när det gäller barn och unga. Barnhälsovården träffar i princip alla barn under 6 år. Akutsjukvården träffar också en stor andel barn och unga och deras familjer när de söker för akuta och enklare åkommor som drabbar många barn och unga i alla åldrar. Psykosomatiska besvär och vanligt förekommande kroniska sjukdomar såsom astma och fetma är andra vanliga sökorsaker. Primärvårdens företrädare menar att de också träffar barn och unga med mer omfattande behov som redan har kontakt med den specialiserade vården, när de har

⁵² SOU 2019:42 *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Primärt i vården, En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*.

akuta och enklare vårdbehov. Trots detta utses sällan en fast vårdkontakt eller ansvarig person för vården för barn och unga med kroniska sjukdomar i primärvården och få vårdcentraler har medarbetare med specifik barn- och ungdomskompetens.

Vård vid de allra flesta kroniska sjukdomar och utredningar av oklara fall sker i specialiserad vård, både barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomsmedicin. Den kompetensen finns inte uppbyggd i primärvården i dag. I de flesta regionala riktlinjer ska barn under ett års ålder söka direkt eller frikostigt remitteras till specialiserad vård för bedömning vid oklara tillstånd. Primärvården har behov av att träffa och hantera barn i olika åldrar för att erhålla vana och bygga upp en allmän barnkompetens om bemötande, bedömning och behandling av barn och unga. Rapporter som utredningen tagit del av, liksom även primärvårdens egna utsagor, menar att barnkompetensen brister i primärvården, särskilt under skolåren och i omhändertagandet av barn och unga med psykiska vårdbehov. Elevhälsas medicinska insatser och ungdomsmottagningarna, som beskrivs utförligt i andra delar av detta betänkande, utgör en primärvårdsnivå som utvecklat en miljö- och målgruppsanpassad barn- och ungdomskompetens. Utredningen menar att dessa arenor kompletterar primärvården och den nära vården med kompetens och viktiga kontaktytor och därmed stärker underlaget till en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

I den specialiserade vården finns huvuddelen av och ansvaret för specifik och tvärprofessionell barn- och ungdomskompetens. Data från Västra Götalandsregionen visar att ungefär hälften av alla barn och unga har kontakt med den specialiserade vården under ett år och andelen planerade besök är lika stora som primärvårdens. I den specialiserade vården har dock utvecklingen gått mot en ökad subspecialisering. Även i den öppna specialiserade vården som tidigare hade mer generalistperspektiv, har mer avancerad och specialiserad vård och behandling tagit över. Antalet medarbetare inom varje subspecialistområde är dock färre jämfört med den specialiserade vården för vuxna. Detta medför att tillgången till kompetens är skörare än på vuxensidan. Tillgången i den nära vården räcker inte till fast bemanning på till exempel varje hälsocentral. Utredningen menar att den specialiserade vården måste ta ökat ansvar för barnkompetensen i hela systemet.

5.11 Utmaningar i barn – och ungdomshälsovården och barn- och ungdomspsykiatri

Det kan konstateras att barn och unga i Sverige generellt har en mycket god hälsa och att de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovården på många sätt har varit och är en bidragande orsak till att hälsan hos barn och unga är så god.⁵³ Det pågår ett arbete med att utveckla vården för barn och unga i regioner, kommuner och hos skolhuvudmän. Det finns flera goda exempel och initiativ på insatser som syftar till att få till stånd en mer sammanhållen vård och samordnade vårdinsatser för barn och unga. Med det sagt finns det fortsatt ett antal problem och hinder för att barn och unga ska kunna få hälsofrämjande och förebyggande insatser på lika villkor i landet oavsett huvudman eller vårdverksamhet.⁵⁴ Nedan följer en fördjupad beskrivning av de svårigheter och hinder som finns för verksamheterna inom barn- och ungdomshälsovården och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) för att åstadkomma en mer sammanhållen vård.

5.11.1 Tillgång till och kvalitet i mödrahälsovården

De flesta tar del av mödrahälsovårdens verksamhet

De flesta kvinnor och blivande föräldrar tar del av mödrahälsovårdens verksamhet. Den höga täckningsgraden beror sannolikt på den relativt långa svenska traditionen med starkt decentraliserad, lätt tillgänglig, kostnadsfri och sjuksköterskebaserad mödrahälsovård och barnhälsovård som har etablerat en hög grad av förtroende i befolkningen. Det finns dock studier som visar att föräldrastöd i form av gruppverksamhet inom mödrahälsovården och framför allt barnhälsovården, inte i lika stor utsträckning lyckas få med lågutbildade, utlandsfödda och ensamstående vårdnadshavare. Kommissionen för jämlik hälsa föreslog därför i sitt betänkande att regeringen bör utveckla den nationella strategin för föräldrastöd med särskild inriktning mot riskgrupper och familjer med behov av fördjupade in-

⁵³ Karlsson M. och Nilsson T. (2018): *Den allmänna och fria spädbarnsvårdens betydelse för hälsa, utbildning och inkomster.*

⁵⁴ Wallby, T. (2012) *Lika för alla? Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC.*

satser.⁵⁵ Vidare visar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljning av graviditetsvårdkedjan att det finns skillnader i vilken vård kvinnor får och vårdens resultat. Till exempel finns stora skillnader mellan regionerna i andelen allvarliga bristningar, deltagande i föräldrastöd, andelen kvinnor som går på eftervårdsbesök och andelen kvinnor som får extrastöd på grund av förlossningsrädsla. Utöver regionala skillnader nämns skillnader mellan kvinnor födda i Sverige och kvinnor födda utanför Europa. Detta gäller både den vård som kvinnorna får, till exempel i form av extrastöd på grund av förlossningsrädsla, behandling för psykisk ohälsa under graviditeten och deltagande i eftervårdsbesök men även vårdens resultat. Det finns också skillnader mellan kvinnor med olika utbildningsnivå, till exempel i extrastöd på grund av förlossningsrädsla och deltagande i eftervårdsbesök.⁵⁶

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har också funnit att det finns omotiverade skillnader i graviditetsvårdkedjan, till exempel i AUDIT-screening, andelen som tillfrågats om våldsutsatthet och andelen kvinnor som kommer på eftervårdsbesök. Svenskfödda kvinnor och kvinnor med hög utbildning kommer på eftervårdsbesöket i högre utsträckning än lågutbildade kvinnor och kvinnor födda utanför Sverige. Ingenting talar för att utrikes födda kvinnor eller kvinnor med lägre utbildning skulle ha ett mindre behov av eftervårdsbesöket. Mer sannolikt är att vården i nuläget inte fullt ut kompenserar för olika gruppers förutsättningar.⁵⁷

Förutsättningar för att bedriva mödrahälsovård varierar

I mödrahälsovården finns uppbyggda system för omhändertagande under graviditet, för blivande föräldraskap och uppföljande kontakt efter barnets födelse. Förutsättningarna för att bedriva mödrahälsovård varierar dock mellan regionerna.⁵⁸ Det finns också brister i mödrahälsovården när det gäller till exempel kontinuitet i vårdkedjan, och att i tid upptäcka psykisk ohälsa och amningsproblem. Det är otydligt för kvinnor vart de ska vända sig efter förlossning om de

⁵⁵ SOU 2017:47 *Nästa steg mot en jämlik hälsa*.

⁵⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*, rapport 2020:11.

⁵⁷ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Olik eller jämlik – En analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan* Rapport 2019:4.

⁵⁸ Socialstyrelsen (2019): *Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa*.

upplever problem. De flesta brister i vården är strukturella, och det behövs organisatoriska förändringar i regionerna för att uppnå en mer patientcentrerad, tillgänglig, säker och jämlik mödrahälsovård i hela landet.⁵⁹

De riktlinjer och underlag som finns att tillgå för mödrahälsovården tolkas olika utifrån verksamheternas olika organisationsform och lokala förutsättningar. Detta bidrar till en ojämlik mödrahälsovård i landet. På nationell nivå har riksguppen för mödrahälsovårdsläkare och samordningsbarnmorskor i Sverige med stöd av svensk förening för obstetrik och gynekologi och Svenska barnmorskeförbundet tagit initiativ till att en rikshandbok för mödrahälsovård i likhet med den som finns för barnhälsovården ska utvecklas med syfte att skapa en mer jämlik och rättvis mödrahälsovård.

Det pågår ett arbete på Socialstyrelsen med att ta fram ett kunskapsstöd, för hela vårdkedjan från graviditet till förlossning och eftervård. Särskilt behövs bättre stöd efter förlossningen till dem som fött barn. Det behövs både generella insatser för en bättre graviditets- och förlossningsvård, och riktade insatser till utsatta grupper, till exempel personer med bristande svensk-kunskaper, psykisk ohälsa eller fetma. Alla oavsett socioekonomi eller bostadsort behöver få tillgång till råd och stöd. Som exempel kan nämnas att övervikt och fetma har blivit vanligare hos gravida i Sverige. Omkring en fjärdedel hade övervikt 2015, och drygt en tiondel hade fetma. På grund av riskerna kopplat till övervikt och fetma behövs metoder för att ge olika typer av stöd för livsstilsförändringar som fungerar både före, under och efter graviditeten. Riktade insatser borde vara motiverade för att förebygga övervikt och fetma också hos det växande barnet.⁶⁰

På nationell nivå har regeringen tagit initiativ till en satsning på förlossningsvården och kvinnors hälsa. Satsningen fokuserar främst på kvinnans hälsa, med det ingår också insatser för att utveckla neonatalvården och vårdkedjan för tidigt födda och sjuka nyfödda barn, från förlossningen till och med barnhälsovården. Insatser för att förbättra kvinnans hälsa, inte minst den psykiska hälsan, har också inverkan på barnets hälsa under det mycket tidiga livet. I regeringens satsning ingår överenskommelser med Sveriges Kommuner och

⁵⁹ Socialstyrelsen (2017): *Vård efter förlossning*.

⁶⁰ Socialstyrelsen (2019): *Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa*.

Regioner för att stärka vården och uppdrag till olika myndigheter att följa upp och utvärdera vården samt att bistå med kunskapsstöd.

5.11.2 Tillgång till och kvalitet i barnhälsovården

Tillgången till barnhälsovården beror på flera aspekter

Tillgängligheten i barnhälsovården kan beskrivas med utgångspunkt från ett antal aspekter som belyser hur barnhälsovården bevakar att nyinflyttade familjer listar sig på en barnavårdscentral, möjligheten för familjer att få kontakt med mottagningen, och i vilken mån de kommer till barnhälsovårdens besök och hur barn och vårdnadshavare görs delaktig i besöket.

Socialstyrelsen har under 2020 genomfört en nationell kartläggning av barnhälsovården.⁶¹ Kartläggningen visar bland annat att 16 av 21 regioner har system för att bevaka nya listningar. Det innebär att familjer och barn som inte gjort ett aktivt val av barnavårdscentral listas på en av regionen vald mottagning. I andra regioner ansvarar barnavårdscentralen enbart för de barn och familjer som har gjort ett aktivt val att lista sig på en mottagning. I dessa regioner finns en risk för att barn till vårdnadshavare som inte gjort ett aktivt val kan missas.

En annan aspekt av tillgänglighet gäller möjligheten att få kontakt med barnavårdscentralen. Socialstyrelsens kartläggning visar att 8 av 21 regioner ställer krav på att barnavårdscentralen ska vara tillgänglig på telefon och 11 regioner att barnavårdscentralen ska finnas tillgänglig via en e-tjänst. Barnavårdscentralernas arbete med att säkerställa kontakt med familjer varierar. Det vanligaste sättet att säkerställa kontakt är via familjernas och barnens listning på mottagningsarna. Några barnavårdscentraler tar även kontakt med olistade barn och familjer. Det förekommer att barnavårdscentraler inte gör något särskilt för att säkerställa kontakt med familjer och barn. Flera barnavårdscentraler upplever också att det är svårt att säkerställa att mottagningen har kontakt med alla barn och deras familjer.⁶²

Tillgängligheten kan vidare beskrivas utifrån antalet barn och familjer som kommer till besöken på barnavårdscentralen. De allra

⁶¹ Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.*

⁶² Ibid.

flesta kommer till besöken. Data från regionerna indikerar dock att 1–6 procent inte deltar i fyraårsbesöket. Det kan bero på försenade besök eller uteblivet besök eller problem med journalföring. Barnavårdscentralerna arbetar i varierande grad med uppsökande verksamhet när familjer och barn inte kommer till besöken. Det kan handla om rutiner för upprepade kallelser eller oanmälda hembesök eller vid behov en orosanmälan till socialtjänsten.⁶³

Dessutom är delaktighet en viktig aspekt av tillgänglighet. Socialstyrelsens kartläggning visar att barnavårdscentralerna i första hand främjar delaktighet genom information om barnhälsovårdens verksamhet till familjer och barn. Nära hälften av barnavårdscentralerna främjar också barnets delaktighet genom att barnet får vara i centrum under besöket och att personalen kommunicerar direkt med barnet. Även vårdnadshavare görs delaktig genom möjligheten att ställa frågor och berätta vad de vill med besöket. Dessutom säkerställs delaktighet genom att tolk används vid samtliga besökstillfällen med vårdnadshavare som inte talar svenska.⁶⁴

Barnhälsovården har högt förtroende hos familjer

Inom barnhälsovården finns uppbyggda system för omhändertagande av vårdnadshavare och barn. Barnhälsovården har också en hög täckningsgrad i Sverige och ett högt förtroende i befolkningen. Det är sannolikt resultatet av den relativt långa svenska traditionen med starkt decentraliserad, lätt tillgänglig, kostnadsfri och sjuksköterskebaserad barnhälsovård. Förutsättningarna för att bedriva barnhälsovård varierar dock mellan regionerna.

Socialstyrelsens kartläggning av barnhälsovårdens verksamhet visar att barnhälsovården i huvudsak erbjuder insatser i enlighet med barnhälsovårdsprogrammet, men att det finns utrymme för förbättringar inom vissa områden. Barnavårdscentralerna genomför i mycket hög grad insatser för hälsouppföljning av barns hälsa, utveckling och livsvillkor och vid behov ger cirka 70 procent riktade insatser av annan vårdnivå för språkutveckling, syn, hörsel och beteende. Alla barnavårdscentraler ger vaccinationer i enlighet med det nationella vaccinationsprogrammet. Barnavårdscentralerna erbjuder också ett varie-

⁶³ Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.*

⁶⁴ *Ibid.*

rat utbud av hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det handlar främst om insatser för att främja barnsäkerhet, hälsosamma levnadsvanor, god tandhälsa, rörelse och fysisk aktivitet, sömn, och amning. Det handlar också om insatser till vårdnadshavare när det gäller alkoholvanor och rökning. Cirka 92–96 procent av barnvårdscentralerna anger att de erbjuder sådana insatser på universell nivå och 75–80 procent anger att de ger riktade insatser vid behov. Barnvårdscentralerna uppger också att de tillhandahåller universella och riktade insatser mot våld i nära relationer och insatser mot vårdnadshavares droganvändning. Några barnvårdscentraler uppger att det krävs mer riktade insatser när det gäller barns levnadsvanor i socioekonomiskt utsatta områden. Det finns material på andra språk och lättläst svenska.

Föräldrastöd och insatser för att stärka vårdnadshavarna i deras föräldraskap sker kontinuerligt. Många barnvårdscentraler erbjuder samtal för att stärka vårdnadshavare både i grupp och individuellt. Barnvårdscentralerna anger också att de främjar anknytning och samspel mellan barn och förälder, och olika insatser för att främja barns rättigheter. Barnvårdscentralerna erbjuder också i hög grad universella insatser för att främja vårdnadshavares psykiska hälsa (92 procent).⁶⁵

Genomförande av det nationella barnhälsovårdsprogrammet behöver förbättras

Uppföljningar visar att regionerna har kommit olika långt i implementeringen av barnhälsovårdsprogrammet.⁶⁶ Delar av den barnhälsovård som erbjuds i regionerna är universella och likvärdiga, men det förekommer även skillnader i omfattning, metoder och uppföljning av interventioner. Barnhälsovårdens sjuksköterskor och barnhälsovårdssamordnare betonar betydelsen av ett nationellt barnhälsovårdsprogram och gemensamma riktlinjer för att nå en jämlik barnhälsovård. Det finns dock utmaningar med att implementera de nationella styrdokumenterna i regionerna.⁶⁷ Särskilda utmaningar gäller barnhälsovårdens möjligheter att tillhandahålla av fördjupade

⁶⁵ Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.*

⁶⁶ SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.*

⁶⁷ Tell, J. (2019): *Implementation and use of web-based national guidelines in child healthcare.*

och riktade insatser till familjer och barn med stora behov av stöd. Studier visar att grupper som behöver särskilt stöd inte har mer kontakt med barnhälsovården i förhållande till andra familjer. Det gäller till exempel invandrarfamiljer, familjer med låga inkomster, unga och ensamstående mödrar. Mödrar med utländsk bakgrund, framförallt de med utlandsfödd partner, mödrar med låga inkomster samt unga och ensamstående mödrar deltar också i lägre utsträckning i föräldragrupp. Detta förhållande antyder brister i fördelningen av barnhälsovård till nackdel för de grupper som på olika grunder kan anses ha ett större behov och en ur jämlikhetsperspektiv. Dessutom visar svenska studier att barnvårdscentralernas sjuksköterskor upplever svårigheter i kontakten med vårdnadshavare med utländskt ursprung och att de saknar stöd i denna uppgift. Utlandsfödda vårdnadshavare kan känna sig utlämnade och ängsliga inför risken att bli missförstådda och betraktade som dåliga föräldrar till följd av att de inte talar samma språk som vårdpersonalen.⁶⁸

En studie av familjehemsplacerade barn från 2017 visar att det också finns brister i barnhälsovården rörande dessa barn och deras familjer. Enligt studien deltog barn i familjehem i lägre utsträckning vid nyckelbesök till sjuksköterska eller läkare och var även vaccinerade i lägre grad än andra barn. De uteblev oftare från hälsobesöken och bytte även barnvårdscentral oftare än andra familjer och barn. Barn i samhällsvård hade högre hälsorisker och lägre deltagande i barnhälsovården än andra barn. Personalens journaldokumentation rörande dessa barn var omfattande, med probleminriktat innehåll som dominerades av föräldrarnas ohälsa och sociala problem medan barnets egna erfarenheter, liksom sociala strukturer, saknades. Få anmälningar gjordes till socialtjänsten.⁶⁹

⁶⁸ Wallby, T. (2012): *Lika för alla? Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC.*

⁶⁹ Köhler, M. (2017): *Vulnerable children. A social perspective on health and healthcare.*

5.11.3 Tillgång till och kvalitet i elevhälsan

Tillgången till elevhälsans medicinska insatser varierar

Tillgången till elevhälsa och dess medicinska insatser är inte likvärdig. Uppföljningar visar på stora variationer både inom och mellan skolhuvudmän och olika skolor. Många gånger är dessutom tillgången till elevhälsan otillräcklig i förhållande till elevernas behov av stöd.⁷⁰ Det är skolhuvudmannens och rektorns ansvar att besluta om tillgången till elevhälsans kompetenser med utgångspunkt från elevernas behov och förutsättningar. I praktiken innebär detta både tillgången till de aktuella yrkesgrupperna och i vilken omfattning de är på plats i skolan varierar.⁷¹ Skolinspektionen konstaterar att var tredje skola har svårigheter med att tillhandahålla samtliga kompetenser i elevhälsan.⁷² Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) har vid flera tillfällen påpekat att förekomsten av skolsköterskor, skolläkare och skolpsykologer i Sverige är oroväckande låg. OECD bedömer att det kan påverka förutsättningarna för skolan att bedriva hälsofrämjande och förebyggande insatser på universell nivå.⁷³

Sveriges Kommuner och Regioners uppföljningar av de kommunala skolorna visar att tillgången till elevhälsopersonalen för elever och lärare är särskilt problematisk på mindre skolor och i kommuner med stora geografiska avstånd mellan skolorna. På en del små skolor finns elevhälsans yrkesgrupper fysiskt på plats endast vissa dagar i veckan och ibland ännu mer sällan.⁷⁴ Sambandet mellan omfattning av elevhälsans yrkeskategorier och elevernas behov av insatser är inte alltid tydligt. När det gäller yrkeskategorier inom elevhälsans medicinska insatser har skolsköterskor dock vanligen schemalagd arbetstid inom skolan och det finns oftare arbets- eller mottagningsrum

⁷⁰ SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet*, SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet*, och SOU 2010:95 *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*.

⁷¹ SOU 2010:95 *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*, SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet*, och SKR (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning*.

⁷² Skolinspektionen (2018): *Årsrapport 2017 Skillnader i skolors arbetssätt och huvudmäns ansvarstagande*.

⁷³ SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*, SOU 2010:95 *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*, SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet*, och SKR (2018) *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning*.

⁷⁴ SKR (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning*.

för skolsköterskans verksamhet i skolans lokaler. Den yrkeskategori som har minst schemalagd tid är skolpsykologen och det är inte ovanligt att skolpsykologer endast anlitas vid behov.⁷⁵

Skolinspektionen har i sin tillsyn kritiserat skolor som har köpt in elevhälsans kompetenser vid behov eftersom skolorna då inte har kunnat leva upp till skollagens intentioner att elevhälsans verksamhet ska vara hälsofrämjande och förebyggande. Skolinspektionen konstaterar att den närhet till eleverna och den förankring och långsiktighet som behövs för ett väl utvecklat hälsofrämjande och förebyggande arbete som tar sin utgångspunkt i elevernas behov saknas när elevhälsans kompetenser köps in vid behov.⁷⁶ I SKR:s uppföljningar framkommer att rektorer för de kommunala skolorna upplever liknande svårigheter med att fullfölja elevhälsans uppdrag i skolan när elevhälsan är centralt organiserad i kommunen. Det kan då också uppstå otydlighet i ansvarsfördelningen mellan rektorer och den centrala elevhälsochefen. Det ska dock framhållas att skolhuvudmännen även ser stora fördelar med en centralt organiserad elevhälsa, till exempel skapar det bättre förutsättningar för en mer likvärdig elevhälsa i kommunen när det gäller att fördela resurser utifrån behov. Det ökar också möjligheterna till kollegial handledning och tvärprofessionella samtal, riktade insatser, mindre utredningar, handledning, konsultation och gemensamma utbildningsinsatser. Andra skolhuvudmän framhåller styrkan i en kombination av ett centralt övergripande team och ett elevhälsoteam ute på skolorna.⁷⁷

Kvaliteten på elevhälsans verksamhet varierar

Kvaliteten på elevhälsans verksamhet varierar mellan skolhuvudmän och skolor. Enligt SKR uppger cirka en tredjedel av kommunerna att det finns relativt stora kvalitetsskillnader mellan grundskolorna i kommunen. Utmaningarna i elevhälsan handlar i första hand om den ökande psykiska ohälsan hos eleverna, möjligheten att tillhandahålla goda lärandemiljöer som stödjer elevernas utveckling mot målen och utvecklingen av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på skolan. Dessutom har det blivit vanligare med utmaningar som rör

⁷⁵ Skolinspektionen (2015): *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*. Kvalitetsgranskning Rapport 2015:05.

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ SKR (2018) *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning*.

rektors ledarskap över elevhälsan och möjligheten att rekrytera elevhälsopersonal. Flera kommuner uppger att elevhälsoarbetet varierar mellan skolorna i kommunerna till exempel när gäller rektors engagemang och ledarskap över elevhälsoarbetet och samarbetskulturen dels inom elevhälsoteamet dels med lärarna. Det framgår att rektorerna ibland har dåliga förutsättningar för att hinna med att leda elevhälsoarbetet. Möjligheterna till kompetensutveckling för elevhälsans yrkesgrupper skiljer sig också till viss del mellan skolor i kommunerna.⁷⁸ I utredningens dialoger har det också framkommit att elevhälsans kvalitet och verksamhet kan vara personberoende. Det innebär att kvaliteten på verksamheten och hur elevhälsans verksamhet prioriteras kan förändras när personal slutar eller rektorer byts ut.

Det förekommer också brister i det systematiska elevhälsoarbetet. Skolinspektionens granskningar visar att elevhälsoarbetet inte alltid styrs med utgångspunkt från en tydlig strategi eller ingår i ett systematiskt utvecklingsarbete. Det saknas i vissa fall elevhälsoplaner eller annan dokumentation över elevhälsans verksamhet. Dessutom saknas nyckel- och processtal som kan ligga till grund för uppföljning av verksamhetens kvalitet. Skolor samlar vanligen in information om elevernas hälsotillstånd genom enkäter och hälsosamtal men informationen ligger inte alltid till grund för planeringen av hälsofrämjande insatser på generell eller individuell nivå.⁷⁹

Skolinspektionen lyfter fram att det är viktigt att följa upp de hälsofrämjande och förebyggande insatserna i skolan och utvärdera insatsernas effekter för elevernas hälsa och välmående. Eftersom elevernas utbildning även omfattar deras personliga utveckling, hälsa och välmående behöver elevernas hälsa, på samma sätt som deras kunskapsresultat, få påverka skolans utvecklingsarbete. Skolinspektionen påpekar att det finns risk för att skolan inte uppmärksammar elever med eventuell tendens till att utveckla psykisk ohälsa i de fall där kunskapsresultaten är goda om skolan bara följer skolresultat och inte inkluderar hälsa. Om skolan och elevhälsan däremot har en systematiskt utformad plan för sina hälsofrämjande och förebyggande insatser, som omfattas av ett psykologiskt perspektiv, finns

⁷⁸ SKR (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning*.

⁷⁹ Skolinspektionen (2015): *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*, kvalitetsgranskning rapport 2015:5.

större förutsättningar att i tid få syn på, och kunna initiera insatser till elever med eventuell psykisk ohälsa, oavsett kunskapsresultat.⁸⁰

Eleverna har olika kunskap om elevhälsans uppdrag

Skolinspektionens uppföljningar visar att elevernas kännedom om elevhälsans verksamhet och funktion varierar. Eleverna vet inte alltid vad elevhälsan kan hjälpa dem med, eller om de själva kan söka upp elevhälsans olika personalgrupper för att få stöd. Det förekommer också att eleverna inte träffar eller söker upp elevhälsans personal trots att de har olika svårigheter. Elever uppger att det finns vuxna i skolan som de kan prata med men det kan lika gärna vara en lärare som någon av elevhälsans personalkategorier. Det förekommer att elever som talat med elevhälsan inte känner förtroende för att elevhälsans personal lever upp till sekretessbestämmelser och tystnadsplikten och det uppges också som ett skäl för att inte söka sig till elevhälsans personal.⁸¹ Skolinspektionens uppföljningar understryks av de barn och unga som utredningen fört dialog med. Även i dessa dialoger framkommer att barn och unga inte alltid har förtroende för vuxna i skola eller att de kan lita på att elevhälsans personal följer bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt.

Enligt Skolinspektionens skolenkät anser eleverna att tillgången till elevhälsans medicinska insatser är relativt god, det gäller särskilt tillgången till skolsköterskan. 35 procent uppger också att de har tillgång till skolläkare. I årskurs 9 instämmer cirka 65–75 procent av eleverna i påståendet att de kan gå och prata med skolsköterskan om vad de vill och utan att det har hänt något allvarligt. Ungefär hälften av eleverna uppger också att de har uppsökt skolsköterskan vid något tillfälle.⁸²

Det hälsofrämjande arbetet i elevhälsan kan förbättras

Enligt skollagen ska elevhälsan främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Utgångspunkten för ett sådant arbetssätt är att det finns ett etablerat samband mellan hälsa och lärande. God hälsa leder

⁸⁰ Skolinspektionen (2015): *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*, kvalitetsgranskning rapport 2015:5.

⁸¹ Ibid.

⁸² Skolinspektionen (2020): *Skolenkäten*.

till ökat välbefinnande, och därmed även till bättre förutsättningar för lärande hos den enskilda eleven. Omvänt ökar ett lågt självförtroende eller psykisk eller fysisk ohälsa risken för att barn och unga inte når målen för utbildningen.⁸³

Skolor genomför vanligen olika förebyggande respektive hälsofrämjande insatser men omfattningen och inriktningen på dessa insatser är inte alltid tillräcklig i förhållande till elevernas behov. Skolinspektionens och Inspektionen för vård och omsorgs granskningar visar att det sällan är elevhälsans personal som initierar eller bedriver det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i skolan. Denna verksamhet genomförs i stället i huvudsak av lärare och handlar ofta om skolövergripande aktiviteter såsom arbete för trygghet och mot mobbning och kränkande behandling eller arbetet kring jämställdhet, demokrati och hälsa och livsstil med utgångspunkt från kursplanerna. Kuratorer, skolsköterskor och specialpedagoger ingår i högre grad i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet än skolpsykologer och skolläkare. Skolläkare och skolpsykologer uppger att de har en konsultativ roll och att det därför inte alltid finns förutsättningar för att arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Skolsköterskor behöver prioritera hälsobesöken, kontroller och vaccinationer framför det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i bred bemärkelse.⁸⁴ Hälsobesöken är visserligen en viktig del i det hälsofrämjande arbetet som ska ta sikte på enskilda elevers hälsa och att främja sunda levnadsvanor. Det finns dock ingen nationell uppföljning av verksamheten med hälsobesöken i skolan som visar om besöken bidrar till att utveckla barns och ungas hälsa och i vilken grad insatser initieras för att stärka enskilda barns hälsa med utgångspunkt från den information som samlas in vid hälsobesöket. SKR:s uppföljningar skolorna efterfrågar stöd och vägledning när det gäller hälsofrämjande och förebyggande arbetet i skolan.⁸⁵

Vårdgivaransvaret för elevhälsan brister

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under många år sett att det finns kunskapsbrister hos skolhuvudmännen och rektorerna när det gäller de krav som hälso- och sjukvårdslagstiftningen ställer

⁸³ Skolverket (2019): *Hälsa för lärande – Lärande för hälsa*.

⁸⁴ IVO (2015): *Tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*.

⁸⁵ SKL (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning*.

på vårdgivare.⁸⁶ I tillsynen har det till exempel framkommit att skolhuvudmännen inte alltid har ett kvalitets- och ledningssystem som är anpassat för elevhälsans medicinska insatser. Elevhälsans personal arbetar inte heller alltid i enlighet med rutiner och processer som är fastställda av huvudmannen. Ett otillräckligt kvalitets- och ledningssystem kan, enligt IVO, i kombination med oerfaren personal bli kännbart och en reell patientsäkerhetsrisk för eleverna. Konsekvenserna kan till exempel bli bristfälliga hälsobesök och felaktiga vaccinationer.

Det förekommer att skolhuvudmännen inte har utsett en verksamhetschef som har det samlade ledningsansvaret för de medicinska insatserna eller att ansvarig person inte har den medicinska utbildning som krävs för de medicinska uppgifterna.⁸⁷ IVO konstaterar att skolhuvudmännen i vissa fall köper in konsulttjänster för att driva elevhälsan. Det kan vara positivt för eleverna eftersom en sådan lösning kan vara ett sätt att överbygga kompetensbrister i organisationen, men detta förutsätter att huvudmännen har tillräcklig kompetens för att kvalitetssäkra den tjänst de köper in, så att de vet vilka krav de ska ställa på den externa vårdgivaren.

Det förekommer också brister i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Det gäller till exempel brister i dokumentationen, både av den organisatoriska ansvarsfördelningen för patientsäkerhetsarbetet och rutiner för att utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vidare förekommer brister i avvikelserapporteringen, egenkontrollen och i upprättandet av en patientsäkerhetsberättelse. IVO anser att sådana brister medför svårigheter för vårdgivaren att uppfylla utredningsskyldigheten, vidta åtgärder och att förbättra verksamhetens patientsäkerhet. Lärande och förändring riskerar därmed att utebli.⁸⁸

IVO:s tillsyn visar också att dokumentationen inom elevhälsan inte alltid är enhetlig. Anteckningar som görs av läkare, skolskötterska skiljs från anteckningar som psykolog gör. Dokumentationen är avgörande för uppföljning och utvärdering av insatser riktade till

⁸⁶ IVO (2016): *Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del.*

⁸⁷ IVO (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län* och IVO (2016): *Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del* och SKR (2019): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan* (s. 27–28).

⁸⁸ IVO (2016): *Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del* (s. 10.)

enskilda elever.⁸⁹ Det förekommer också brister när det gäller skolhuvudmännens kännedom om Socialstyrelsens föreskrifter för ledning och kvalitetssystem, remisshantering med mera.

Brister när det gäller vårdgivaransvaret förekommer både hos stora och små skolhuvudmän, men IVO bedömer att huvudmannens storlek kan ha betydelse och att vårdgivarkompetensen är mer sårbar hos mindre kommunala och enskilda skolhuvudmän. IVO pekar också på att vårdgivaransvaret och de skyldigheter som följer med vårdgivaransvaret inte framgår tillräckligt tydligt vid ansökningsprocessen om att driva en fristående skola. Enligt IVO är det möjligt för en enskild aktör att starta en skolverksamhet utan att fullt ut förstå sina skyldigheter som vårdgivare.⁹⁰ Svårigheter med att leva upp till de krav som ställs på skolhuvudmannen som vårdgivare understryks av företrädare för skolan inom ramen för utredningens dialoguppdrag, detta gäller främst företrädare för små skolhuvudmän.

5.11.4 Tillgång till och kvalitet i ungdomsmottagningar

Tillgången till ungdomsmottagningarnas verksamhet varierar

Enligt SKR är det svårt att bedöma tillgängligheten till ungdomsmottagningarnas verksamhet. Det saknas beräkningar i regioner och kommuner om hur många unga per tjänst som medför en god tillgänglighet. Det finns inte heller någon nationell mätning av väntetider till ungdomsmottagningarna. Dessutom varierar öppettiderna kraftigt. I SKR:s kartläggning från 2016 framkom att drygt en tredjedel av mottagningarna hade öppet fem dagar i veckan medan knappt 20 procent hade öppet en dag i veckan eller mindre.⁹¹

Även kunskapen om vilka ungdomar som söker sig till ungdomsmottagningarna är begränsad. Bristen på kunskap gör det svårt att bedöma om ungdomsmottagarna når ut till relevanta grupper med sin verksamhet. Det är dock relativt välbelagt att tonårspojkar och unga män inte besöker ungdomsmottagningarna i lika hög grad som tonårsflickor och unga kvinnor. År 2013 genomförde Föreningen

⁸⁹ IVO (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län* (s. 11).

⁹⁰ IVO (2016): *Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del*.

⁹¹ SKL (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar* (s 50–53).

för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) en undersökning av antalet besök vid 33 ungdomsmottagningar som visade att 89 procent av besöken gällde unga kvinnor och 11 procent unga män. Det är inte klarlagt varför unga män inte söker sig till ungdomsmottagningarna, men enligt SKR skulle det kunna handla om att de unga männen inte söker hjälp i samma utsträckning vid psykisk ohälsa, att ungdomsmottagningarna inte är en naturlig verksamhet att vända sig till för unga män och att de unga männen inte har tillräcklig information om vad mottagningarna kan hjälpa till med.⁹² Stöd och rådgivning behöver därför även utformas utifrån mäns behov och villkor, utifrån mäns rätt till reproduktiv hälsa, vägen till barn, preventivmedelsanvändning och sexuellt överförbara infektioner samt generell sexuell hälsa.⁹³ Signifikant fler kvinnor (25 procent) än män (15 procent) har testat sig för HIV på ungdomsmottagningar.⁹⁴

En annan grupp som i lägre utsträckning kommer till ungdomsmottagningarna är unga som lever i social utsatthet. Många ungdomsmottagningar samarbetar med socialtjänsten för att öka tillgängligheten för denna grupp. Det saknas också en överblick över hur tillgängliga ungdomsmottagningarna är för unga hbtq-personer, unga med funktionsnedsättning, unga med en kulturell bakgrund där frågor om sex och preventivmedel är tabu, unga nyanlända och asylsökande.⁹⁵

Rättigheter kring den sexuella och reproduktiva hälsan når inte alla grupper. Ett exempel på det är att hos kvinnor som omfattas av kostnadsfria läkemedel (15–20 år), syns under de senaste åren en ökning för varje år av andelen kvinnor som hämtar ut preventivmedel. Det gäller för alla grupper utom för dem som bor i de områden där i genomsnitt 61 procent har utländsk bakgrund. Unga kvinnor med utländsk bakgrund hämtar ut minst preventivmedel av alla och andelen har inte ökat sedan preventivmedlen blev gratis. Parallellt med detta faktum har tonårsfödslarna i landet minskat sedan 2010 generellt, men det är fortfarande fler unga kvinnor i områden där många har utländsk bakgrund som fött barn. Även antalet

⁹² SKL (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar* (s. 50–53).

⁹³ Folkhälsomyndigheten (2017): *SRHR i Sverige*.

⁹⁴ Folkhälsomyndigheten (2017): *Hiv i Sverige 2016*.

⁹⁵ SKL (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar* (s. 55–58).

aborter är ojämnt fördelat mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden.⁹⁶

Folkhälsomyndigheten menar att skolan, elevhälsan, ungdomsmottagningarna med flera i större utsträckning måste ha ett normkritiskt och intersektoriellt perspektiv på arbetet. Alla unga behöver information, kunskap och vägledande samtal oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.⁹⁷

För de ungdomar som inte besökte ungdomsmottagningarna varierade hindren. Det framkommer i SKR:s kartläggning från 2020. Strukturella förutsättningar som åldersgränser, geografiskt avstånd, bristande förtroende och legitimitet hos vissa grupper av ungdomar samt normer och tabun begränsade sökbenägenheten. För att kunna nå de ungdomar som är i behov av mottagningarnas stöd behövs ett strategiskt arbete som utgår från den lokala kontexten.⁹⁸

Flera ungdomsmottagningar har identifierat prioriterade målgrupper som de strävar efter att nå via sitt utåtriktade arbete. De har sedan kopplat riktade insatser till varje målgrupp. Ett strategiskt utåtriktat arbete kan vara ett viktigt sätt att nå ut bredare och visa en positiv bild av verksamheten för de unga som inte känner att ungdomsmottagningarna riktar sig till dem.⁹⁹

Kvaliteten på ungdomsmottagningarna kan förbättras

På ungdomsmottagningarna saknas, enligt SKR, överlag systematik i kvalitetsarbetet och det genomförs få uppföljningar och utvärderingar av verksamheternas arbete. Arbetet bedrivs delvis utan vetenskaplig förankring och beprövad erfarenhet. Kvalitetsarbetet begränsas också av en varierande tillgång till kunskapscentrum och stödmaterial. Genom att ta fram kunskap kring effekter av olika arbetssätt och insatser och förbättra möjligheten att dela kunskap mellan mottagningar finns en stor potential att kunna göra verk-

⁹⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Kostnadsfria preventivmedel till unga. En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa.*

⁹⁷ Folkhälsomyndigheten (2017): *SRHR i Sverige.*

⁹⁸ SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*

⁹⁹ Ibid.

samheterna mer ändamålsenliga. Tillgången till kunskapsstöd behöver öka liksom kunskapsutbytet mellan ungdomsmottagningar.¹⁰⁰

Även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ser behov av gemensamma kunskapsstöd för ungdomsmottagningarnas verksamhet och menar att regionerna bör överväga att ta fram kunskapsstöd för ungdomsmottagningarnas verksamhet, inom ramen för den nationella strukturen för kunskapsstyrning och tillsammans med kommunerna.¹⁰¹

Ungdomarnas upplevelse av ungdomsmottagningarna är god

Det finns få utvärderingar av ungdomsmottagningarnas verksamhet, utifrån besökarnas perspektiv, men en utvärdering som har genomförts visar att verksamheten är mycket uppskattad av sina besökare. Av dem som besöker ungdomsmottagningen är de allra flesta nöjda med tillgänglighet och bemötande. Det framkommer att ungdomarna som besöker ungdomsmottagning tycker att det är lätt att få en besökstid och att de kan ta upp de frågor de vill och få hjälp med dem.¹⁰² Detta bekräftas också av unga i utredningens dialoger. Samtidigt nås inte alla målgrupper av ungdomsmottagningarnas verksamhet, som tidigare nämnts.

Ungdomsmottagningarnas uppdrag varierar

Viktiga delar av ungdomsmottagningarnas verksamhet är insatser och stöd för ökad kunskap om sexualitet och stärkt egenmakt. I dag arbetar många av verksamheterna utifrån otydliga uppdragsbeskrivningar från respektive huvudman. Det blir därmed otydligt för verksamhetsnivån hur stort utrymme arbetet med sexualitet och egenmakt bör ges och på vilket sätt det ska bedrivas. SKR:s kartläggning av ungdomsmottagningar visar att en del huvudmän prioriterar tydligt mellan inriktningar och insatser, men det förekommer även att enskilda mottagningar förväntas göra prioriteringar. Vissa mottagningar prioriterar i större utsträckning strategier för att nå ut brett, vilket resulterat i att ungdomar i Sverige inte har samma tillgång till

¹⁰⁰ SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa*.

¹⁰¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Kostnadsfria preventivmedel till unga. En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*.

¹⁰² FSUM (2013): *Ni är grymma, keep up the good work*.

ungdomsmottagningarnas stöd. De lokala uppdragsbeskrivningarna från huvudmännen skiljer sig avsevärt över landet. Några fokuserar på information om bemanning, målgrupp och dokumentation. Medan andra är betydligt mer utförliga och beskriver specifikt hur mottagningen ska arbeta för att öka tillgänglighet, syfte med det utåtriktade arbetet, hur uppföljning ska genomföras och hur samverkan med andra aktörer kan gå till.¹⁰³

För många ungdomsmottagningar är rollen gentemot skolans sex- och samlevnadsundervisning otydlig när det kommer till frågor kring sexualitet och egenmakt.¹⁰⁴

Enligt kartläggningen finns en oro för att det utökade ansvaret inom psykisk hälsa skulle kunna leda till en nedprioritering av arbetet med sexuell hälsa. Dock lyftes detta av mottagningar som inte hade ett tydligt första linjen-uppdrag. De ungdomsmottagningar med ett formellt första linjen-uppdrag lyfte snarare fördelarna med kombinationen av uppdrag som möjliggörare för ett mer integrerat förhållningssätt. Förtydligade mål och uppdragsbeskrivningar kan säkerställa en utveckling mot ett bredare uppdrag och skapa mer tydlighet när det gäller verksamheternas prioriteringar. Tydliga nationella målsättningar kan stärka riktningen i arbetet och säkerställa likvärdighet i landet och främja en jämlik sexuell hälsa bland ungdomar.¹⁰⁵

5.11.5 Tillgång till och kvalitet i barn- och ungdomspsykiatri

Tillgången till BUP är fortsatt en utmaning

Som tidigare nämnts har det under de senaste 20 åren skett en ökning av psykisk ohälsa hos barn och unga.¹⁰⁶ I takt med detta har antalet sökande till BUP ökat kraftigt liksom antalet besök. 6,1 procent av Sveriges barn och unga hade BUP kontakt 2019. Antalet besök i öppenvård ökade med 33 procent mellan 2016 och 2019, antalet unika patienter med 10 procent. Samtidigt har antalet som står i kö också fortsatt att öka, i maj 2020 fick endast 65 procent av sökande hjälp inom vårdgarantin. Antalet medarbetare inom barn-

¹⁰³ SKR (2020) *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa*.

¹⁰⁴ Ibid.

¹⁰⁵ Ibid.

¹⁰⁶ SOU 2018:90 *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa*.

och ungdomspsykiatri (BUP) har också ökat. Sverige har flest medarbetare inom psykiatrisk vård per barn i en jämförelse med 12 europeiska länder.¹⁰⁷ I samma undersökning noteras att Sverige har flest barn och unga som har kontakt med BUP per invånare. Verksamhetsföreträdare och företrädare för professionen som utredningen har fört dialog med har upplevt de senaste åren som krisartade för barn- och ungdomspsykiatri. Det har varit en stor personalomsättning, till exempel när det gäller psykologer och svårigheter med kompetensförsörjning till exempel när det gäller läkare. Det har lett till svårigheter med att fullfölja uppdraget inom vårdgarantin. Historiskt sett har barn- och ungdomspsykiatri varit den verksamhet som i första hand har mött barn och unga med psykisk ohälsa i vården, oavsett svårighetsgrad, vilket förmodas ligga bakom att så många fortsatt vänder sig direkt till den specialiserade nivån när det gäller psykiska vårdbehov hos barn och unga. Den ofullständigt uppbyggda kompetensen när det gäller barn och unga och psykisk ohälsa inom primärvårdsuppdraget som redovisas ovan är också en del av denna utveckling.

BUP har de senaste 20 åren varit föremål för en mängd nationella satsningar, utvecklingsprojekt men också ökade krav. I huvudsak har det rört sig om insatser för att korta köerna till verksamheten, resursförstärkning men också strategier för hur primärvården och elevhälsan bättre ska kunna möta och hjälpa barn och unga med psykisk ohälsa. Syftet har varit att lämna plats för de svårast sjuka inom BUP, och att skapa förutsättningar för att ohälsa och sjukdom ska hanteras på rätt vårdnivå. Målsättningen om en förstärkt vårdgaranti som infördes 2015 har på senare år utgjort underlag för prestationsbaserad ersättning i överenskommelser mellan staten och SKR.¹⁰⁸

Enligt en tidigare uppföljning av dåvarande SKL (2008) utgjorde cirka 25 procent av de barn och unga som stod i kö till BUP eller som redan befann sig inom BUP av patienter på fel vårdnivå. På senare år och efter en utbyggnad av första linje verksamheter för psykisk ohälsa antas denna procentsats ha minskat något. Vid en jämförelse i Stockholms läns landsting av de barn och unga som togs emot i första linjen och de barn och unga som fick insatser av BUP, kunde det konstateras att BUP tog emot sex procent medan första

¹⁰⁷ SKR (2019): *BUP i siffror, öppna jämförelser*.

¹⁰⁸ Socialstyrelsen (2019): *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018*.

linjen endast tog emot två procent av barn och unga med psykisk ohälsa.¹⁰⁹ I en behovspyramid där de flesta barn och unga får insatser av första linjen borde förhållandet vara det omvända. Uppskattningar som gjorts av experter utredningen talat med, pekar mot att cirka fem procent av barn och unga har psykiska vårdbehov som borde kunna mötas på primärvårdsnivån. Mer kartläggningar och analyser av detta behöver dock göras.

Produktiviteten inom BUP har också varit föremål för olika analyser. Öppna jämförelser inom barn- och ungdomspsykiatrien visar att det nationella medeltalet för antal patienter per medarbetare och dag inom BUP var 1,4 patienter 2019 vilket ska jämföras med ett internt framtaget måltal på fyra patienter per dag.¹¹⁰ I detta ingår också administrativ personal och ledning. SKR lyfter i sina analyser fram att fokus på vårdens kvalitet och innehåll, den stora efterfrågan på tidskrävande samverkan med socialtjänst och skola, och verksamhetens teambaserade arbetssätt bidrar till de låga medeltalen. Även den stora personalomsättningen och bristen på olika professioner och erfaren personal påverkar förstås effektiviteten. Produktionstalen har många bottnar och mäter egentligen inte kvalitet som sådan. Den låga effektiviteten påverkar dock tillgängligheten och skapar köer till vården. 2020 tillsattes en delegation för ökad tillgänglighet i vården med uppdrag att bland annat se över om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti.¹¹¹ Enligt SKR har de digitala besöken inom BUP ökat kraftigt under 2020 på grund av pandemin. Erfarenheten visar att ett antal digitala besök kan ge ett likvärdigt eller högre värde för patienten jämfört med ett fysiskt besök.

Utvecklingsområden inom barn- och ungdomspsykiatrien rör dess konsultativa roll och hur specialistverksamheten tillsammans med primärvårdsnivån kan fungera triagerande för en gemensam väg in. Detta finns på plats och utvecklas i flera regioner i dag. Det finns en tydlig önskan från BUP:s verksamhetschefer i Sverige att den konsultativa och stöttande rollen utvecklas nationellt.¹¹²

¹⁰⁹ Dalman, C. (2018): *Uppföljning av första linjen psykisk ohälsa barn och unga.*

¹¹⁰ SKR (2019): *BUP i siffror, öppna jämförelser.*

¹¹¹ Dir 2020:81 *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.*

¹¹² Verksamhetschefsnätverket för BUP Sverige (2020): Skrivelse daterad 2020-05-28 om regeringsdirektivet.

Samtidigt med detta pågår initiativ för att skapa resurseffektiva och ändamålsenliga vårdflöden när det gäller till exempel barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som engagerar primärvård och elevhälsa på ett tydligare sätt vid tidiga symtom, i syfte att kunna förebygga ohälsa och psykiatriska tillstånd som kräver specialistbedömning och behandling.¹¹³ Utredningen noterar två vanliga företeelser i vårdkedjan som påverkar köerna till BUP. Det handlar dels om att skolor i ökad utsträckning kräver diagnos som en förutsättning för särskilt stöd och för att göra anpassningar i skolmiljön, dels att BUP kräver basutredning av skolpsykolog innan remisser tas emot. Detta ökar risken för medikalisering, långa väntetider, försämring av psykiska besvär och misslyckande i skolan. Utredningen anser att det i stället krävs tidiga och samordnade insatser och effektiv triagering där en stärkt primärvård och elevhälsa samarbetar i högre grad än i dag och att den specialiserade vården finns tillgänglig för konsultativa insatser.

5.11.6 Brister i samverkan mellan samtliga vårdverksamheter

Samverkan mellan berörda vårdverksamheter brister

Enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen ska huvudmän och vårdverksamheter samverka för att bidra till en mer samordnad och kontinuerlig vård för alla patienter inklusive barn och unga. Dessa bestämmelser gäller för samtliga vårdgivare oavsett huvudman inklusive elevhälsans medicinska insatser. Flera statliga utredningar och myndighetsrapporter visar dock att samverkan inte alltid fungerar i enlighet med lagstiftarens intentioner.¹¹⁴ Det förekommer brister i samverkan och i samordningen av barns och ungas vårdinsatser i alla led mellan de olika vårdverksamheterna under barnets och den unges hela uppväxt. Särskilt bristfällig är samverkan mellan elevhälsan, primärvård och barn- och ungdomspsykiatri. Denna bild bekräftats vid utredningens dialoger med företrädare för verksamheter, professioner och barn och unga. Otydlighet i ansvarsfördelning men även i roller och uppdrag samt behov av förbättrad kännedom om

¹¹³ Socialstyrelsen (2019): *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar*.

¹¹⁴ SKR (2019): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan* (s. 27–28), SOU 2010:95 *Se, tolka och Agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*, SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet* och SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet*.

verksamheternas uppdrag lyfts särskilt fram som orsaker till samverkansbristerna. Samlad styrning, bättre samordning av processer mellan huvudmän nämndes som utvecklingsområden av flera parter vid dialogmötena. Dessutom konstaterades från flera håll att det saknas tydliga ekonomiska incitament för att samverka, och att samverkan kräver nya arbetssätt och strukturer, med barnet eller den unga och familjen i centrum.

Samverkan inom mödrahälsovården och barnhälsovården

Inom ramen för utredningen har professionsföreningar lyft fram att det förekommer brister i samverkan och vid informationsöverföring i hela vårdkedjan från graviditet till förlossning, eftervård och överlämningar till barnhälsovården. Professionsföreningarna uppger att det ofta saknas styrdokument med gemensamma mål och strategier för kontinuitet i vårdkedjan. Kvinnan får oftast träffa flera olika barnmorskor både under och efter förlossning. Även efter förlossningen kan det saknas alternativa vårdmodeller som stödjer kontinuitet och relationen till en barnmorska eller ett team av barnmorskor, vilket gör det svårare för mödrahälsovården att identifiera kvinnor med psykisk och fysisk ohälsa. Professionsföreningarna lyfter också fram problem med informationsöverföring vid överlämning efter förlossningen. En majoritet av regionerna i Sverige har ingen aktiv överrapportering från förlossning/BB till mödrahälsovården eller barnhälsovården, utan rapporteringen sker genom journalutdrag. Informationshantering utgår inte alltid från vårdkedjor och barnmorskans lämnas i hög grad att själv navigera i olika situationer och hantera patientinformation utifrån de lokala förutsättningarna och rutinerna och det enskilda ansvaret. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bekräftar i sin tillsyn bilden av att det förekommer brister när det gäller samverkan inom förlossningsvården och att det finns utrymme för förbättringar, särskilt när gäller informationsöverföringen om avvikelser eller komplikationer under förlossningen och riskbedömning av patienten vid inskrivningen. Dessa brister kan enligt IVO i förlängningen leda till försenad eller missad diagnos och skador hos den blivande mamman och barnet.¹¹⁵

¹¹⁵ IVO (2015): *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan.*

När det gäller barnhälsovården visar Socialstyrelsens nationella kartläggning från 2020 att företrädare för barnavårdscentralerna (BVC) själva bedömer att samverkan med andra vårdverksamheter i huvudsak fungerar väl.¹¹⁶ Av rapporten framgår 8 av 10 BVC anger att samverkan med mödrahälsovården fungerar bra eller mycket bra särskilt där verksamheterna är samlokaliserade till exempel i en familjecentral. Det finns dock vissa variationer mellan regionerna när det gäller synen på hur samverkan fungerar mellan mödrahälsovården och barnhälsovården. I 8 av 21 regioner upplever samtliga BVC att samverkan fungerar bra mellan mödra- och barnhälsovården. Det finns också indikationer på att mödrahälsovården i allt högre grad organiserar sig i större enheter som inte ingår i familjecentraler. Detta kan försvåra förutsättningarna för samverkan med BVC.¹¹⁷

Det fria vårdvalet med ett utökat antal aktörer har medfört utmaningar för samverkan mellan mödrahälsovården och barnhälsovården. Det ställer höga krav på verksamheternas samverkansstrukturer.

En central del i samverkan handlar om informationsöverföringen mellan verksamheterna. 8 av 10 barnavårdscentraler anger att informationsöverföringen fungerar väl, med det förekommer regionala skillnader. Bland de BVC som inte är samlokaliserade med mödrahälsovården fungerar informationsöverföringen sämre. I storstadsregionerna anger 22 procent av de BVC som inte är samlokaliserade med mödrahälsovården att informationsöverföringen fungerar dåligt eller mycket dåligt. Motsvarande andel är 7 procent i landsbygdskommuner och 13 procent i större och näraliggande kommuner. Brister i informationsöverföringen leder till att BVC saknar viktig information om familjen vid den första kontakten eller att den första kontakten med familjen försenas. De förekommer också brister när det gäller informationsöverföringen om familjer i behov av särskilt stöd. Informationsöverföringen kan försvåras när verksamheterna har olika journalsystem eller när information inte kan överföras digitalt.¹¹⁸

Av kartläggningen framgår vidare att samverkan med förskolan respektive elevhälsan i huvudsak fungerar väl enligt barnavårds-

¹¹⁶ Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård*.

¹¹⁷ Ibid. (s. 29–31).

¹¹⁸ Ibid. (s. 29–31).

centralerna. 7 av 10 BVC uppger att samverkan med förskolan fungerar bra eller mycket bra och 8 av 10 anger att samverkan fungerar bra eller mycket bra med elevhälsan. När det gäller samverkan med förskolan finns det dock en annan kartläggning av Svenska OMEP i samarbete med Barn- och ungdomsvetenskapliga institutionen vid Stockholms universitet och Barnhälsovården i Region Stockholm som visar att systematisk och strukturerad samverkan är mycket ovanlig och att det inte förekommer i de flesta kommuner. I rapporten anges att mångfalden av verksamhetsamordnare samt stora enheter har försvårat samverkan, även om det finns goda erfarenheter från Gotland och Region Jönköping. Däremot anges i rapporten att kontakt tas vid behov kring enskilda barn.¹¹⁹

När det gäller samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten anger ungefär hälften av barnavårdscentralerna att samverkan fungerar bra eller mycket bra. Bristerna rör i hög grad återkoppling och informationsöverföring. Det förekommer också att samverkan med socialtjänsten inte fungerar alls och företrädare för barnavårdscentralerna anser att detta påverkar förutsättningarna för att tillhandahålla tidiga insatser. Ungefär hälften av barnavårdscentralerna uppger att samverkan med tandvården fungerar bra eller mycket bra. Kartläggningen visar dock att företrädare för barnavårdscentralerna är mer nöjda med samverkan vid samlokalisering med de andra vårdverksamheter, så som mödrahälsovården, socialtjänst och tandvården. Sämst fungerar samverkan med barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Drygt 4 av 10 barnavårdscentraler anser att samverkan med BUP fungerar dåligt eller mycket dåligt och endast drygt 2 av 10 anser att samverkan med BUP fungerar bra eller mycket bra. Det handlar bland annat om långa väntetider. I vissa fall är samverkan med BUP inte aktuell eftersom de inte tar emot barn under sex år. Samverkan med barnhälsovårdspsykologen fungerar bättre, 84 uppger att sådan samverkan fungerar bra eller mycket bra.¹²⁰

¹¹⁹ Svenska OMEP (2019): *Samarbete förskola – barnavårdscentral En nationell enkätundersökning 2019*.

¹²⁰ Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård*.

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska insatser

Elevhälsans arbete förutsätter samverkan med andra vårdverksamheter bland annat inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Sådan samverkan är en betydelsefull förutsättning för att barn och unga vid behov ska kunna erbjudas adekvata vårdinsatser. Uppföljningar från myndigheter och statliga utredningar visar dock att det förekommer brister i samverkan mellan elevhälsan och andra vårdverksamheter. Det gäller särskilt samverkan med primärvården och barn- och ungdomspsykiatri, men även samverkan med tandvården behöver utvecklas.¹²¹ Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i sin tillsyn sett att förutsättningar för samverkan varierar i de olika länen.¹²² Endast en tredjedel av regionerna har till exempel upprättat länstäckande styrdokument för samverkan mellan regionens hälso- och sjukvård och elevhälsan i länet.¹²³ I de län där sådana överenskommelser förekommer fungerar samverkan bättre.¹²⁴ Sveriges Tandläkarförbund genomförde år 2019 en undersökning i samarbete med Dietisternas Riksförbund och Sveriges läkarförbund som visade att ungefär en tredjedel av skolläkarna och skolsköterskorna samverkade med primärvården och endast cirka en av tio angav att de samverkade med tandvården.¹²⁵ IVO har också uppmärksammat frågeställningar i tillsynen som rör otydligheter om elevhälsans ansvar i förhållande till primärvården.¹²⁶

IVO lyfter fram att samverkan mellan elevhälsans medicinska insatser och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är särskilt problematisk. Det handlar bland annat om att BUP ställer krav på elevhälsan som inte alltid är förenliga med elevhälsans uppdrag och förutsättningar. Det gäller till exempel krav på att elevhälsan genomför olika former av basutredningar eller att elevhälsan ska ansvara för att följa upp läkemedelsbehandling som ordinerats av BUP. BUP:s krav på elevhälsan att genomföra basutredningar kan också innebära ytterligare en fördröjning innan barnet eller den unge kan få kontakt

¹²¹ SOU 2010:95 *Se, tolka och Agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*, SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet* och SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet*.

¹²² IVO (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*.

¹²³ *Ibid.*

¹²⁴ IVO (2015): *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan*.

¹²⁵ Sveriges Tandläkarförbund et.al. (2019): *Förutsättningar för god mun- och allmänhälsa hos barn och ungdomar – Enkät till skolpersonal*.

¹²⁶ IVO (2018): *Remissvar på SOU 2018:39 God och nära vård en primärvårdsreform*.

med BUP. Det har också framkommit samverkansproblem med psykiatri i övergången mellan hälso- och sjukvård för barn och unga respektive vuxna. Det har i första hand handlat om oklarheter kring vilken verksamhet som har huvudansvar för den unge.¹²⁷

Samverkansproblem uppstår inte sällan på grund av att de involverade parterna upplever att ansvarsförhållandena mellan olika vårdverksamheter är otydlig. Detta problem har belysts i flera offentliga utredningar och i myndighetsrapporter av olika slag.¹²⁸ Oklarheter i ansvarsfördelningen leder till att barn och unga bollas mellan de olika vårdverksamheterna och att de inte alltid får sina behov av vård och insatser tillgodosedda. Ansvarsfördelningen är särskilt oklar mellan elevhälsan och barn- och ungdomspsykiatri.¹²⁹ Barn- och ungdomspsykiatri ställer ofta krav på att elevhälsan ska genomföra olika former av basutredningar mm. Skollagen bidrar med vissa förtydliganden när det gäller elevhälsans utredande och övriga ansvar i denna del. Av skollagen framgår att elevhälsans medicinska insatser främst ska vara hälsofrämjande och förebyggande och bidra till elevernas utveckling mot målen (2 kap 25 § skollagen). Elevhälsan ska också erbjuda ett antal hälsobesök under skolarbetet (2 kap. 27 § skollagen). I övrigt kan elevhälsan bistå med enklare sjukvårdsinsatser (2 kap 28 § skollagen). Med detta avses i första hand omplåstring och bedömning av en olyckshändelse.¹³⁰ Skollagens förarbeten anger att elevhälsans fokus inte ska vara hälso- och sjukvård i snäv bemärkelse utan förebyggande och hälsofrämjande insatser i ett bredare perspektiv. Enligt skolförfattningarna har skolan även ett utredande ansvar. Detta ansvar är dock huvudsakligen kopplat till skolprocesser av olika slag, så som till exempel ansvaret att utreda om en elev är i behov av särskilt stöd för att nå kunskapskraven eller det utredningsansvar som föregår mottagande i grund- eller gymnasiesärskola (3 kap 7 § och 7 kap 5 § skollagen). Av skollagen framgår även att behovet av särskilt stöd ska utredas om eleven uppvisar andra svårigheter i sin skolsituation (3 kap 8 § skollagen). Med andra svårigheter i sin skolsituation avses enligt förarbetena situationer där en elev behöver särskilt stöd även om det just då inte finns anledning

¹²⁷ IVO (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län* (s. 15).

¹²⁸ SOU 2010: 95 *Se, tolka och Agera – allas rätt till en likvärdig utbildning* (s. 206).

¹²⁹ SOU 2010:95 *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning* och IVO (2015): *Elevhälsan – Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*.

¹³⁰ Prop. 2009/2010:165 *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 658).

att befara att han eller hon inte ska nå kunskapskraven som minst ska uppnås.¹³¹ Det kan handla om elever som behöver betydande anpassningar som inte kan hanteras i den ordinarie undervisningen.¹³²

Ungdomsmottagningarnas samverkan med andra

Av SKR:s kartläggning framkommer att en återkommande utmaning är att ungdomsmottagningarnas resurser inte planeras effektivt, vilket gäller både hos huvudmän som har en enskild mottagning och huvudmän som har flera. Ungdomsmottagningarna utarbetar på olika håll metoder, insatser och kompetensförsörjning. Det finns exempel på mottagningar som samplanerar sina verksamheter för att till exempel kunna erbjuda gruppstöd, vilket kan vara svårare för mindre mottagningar att erbjuda. Andra ungdomsmottagningar tar ett helhetsgrepp kring planeringen av personal och vikarier för alla sina verksamheter. En mer samordnad resursplanering skulle kunna öka resurseffektiviteten och möjliggöra insatser som enskilda ungdomsmottagningar inte kan tillhandahålla på egen hand. Det är även viktigt att huvudmän som ansvarar för enskilda mottagningar ser över samarbetet med andra huvudmän. Samverkan sker även på nationell nivå, via Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningars nätverk för verksamhetsutvecklare och chefer för ungdomsmottagningar, och konferenser.¹³³

Andra aktörer som ungdomsmottagningarna vanligen samverkar med är skolan, socialtjänsten, polisen, och övrig hälso- och sjukvård som BUP, vårdcentraler och abortmottagningar samt det lokala civilsamhället.¹³⁴

Förutsättningarna för att samverka med skolan varierar, geografien kan spela roll samt den lokala skolstrukturen. I glesbygden verkar det ofta finnas upparbetade kontaktvägar mellan skolan, elevhälsan och ungdomsmottagningarna. I SKR:s kartläggning lyfts att ungdomsmottagningarnas kompetens kan komma till nytta i skolans sex- och samlevnadsundervisning, eftersom ungdomsmottagningarna har lång erfarenhet och stor kunskap om ungdomars sexualitet

¹³¹ Prop. 2009/10:165 *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 664).

¹³² Prop. 2013/14:160 *Tid för undervisning – lärares arbete med stöd, särskilt stöd och åtgärdsprogram* (s. 37).

¹³³ SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa*.

¹³⁴ Ibid.

och egenmakt. Detta skulle med fördel kunna ingå i tydliggjorda uppdrag med rutiner och riktlinjer för ungdomsmottagningarna.¹³⁵

En tydligare utvecklad samordning av aktörernas individriktade insatser kan säkerställa att den enskilda ungdomen får ett ändamålsenligt stöd. Förtydligandet kan exempelvis innefatta rutiner för när en ungdomsmottagning ska kontakta elevhälsan, när ungdomen bör gå i stödbehandling hos en ungdomsmottagning och när remiss behövs till annan vårdnivå. Det skulle även kunna innebära rutiner som beskriver när och hur vårdnadshavare eller socialtjänst ska kontaktas.¹³⁶

Hälso- och sjukvårdens samverkan med socialtjänsten

I hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen finns krav på samordning och samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En individuell plan (så kallad SIP, samordnad individuell plan) ska upprättas mellan kommunen och regionen när en person har behov av stödinsatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Vissa uppföljningar av gruppen barn och unga visar att utvecklingsarbetet med SIP har gett resultat och att antalet upprättade individuella planer har ökat över tid, men arbetet har kommit olika långt i olika delar av landet.¹³⁷

Det finns också mycket som pekar på att det är svårt att få den samordnade planen att verkligen bli en fungerande plan för samordning. En rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys om samordnad vård och omsorg från 2016 visar att det saknas tillräckliga förutsättningar för personalen inom vården och omsorgen att arbeta mer samordnat. Det saknas också en gemensam syn om vad samordnad vård och omsorg innebär för patienter och brukare vilket bidrar till svårigheter att samverka. Det utgör också ett hinder för att utvärdera samordningen, både lokalt och nationellt. Vidare kan sekretesslagstiftningen i vissa fall försvåra arbetet över myndighets- och institutionsgränser.¹³⁸

¹³⁵ SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa*.

¹³⁶ Ibid.

¹³⁷ Socialutskottet (2017): *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering*.

¹³⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016): *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem (2016:1)*.

Skolverkets och Socialstyrelsens uppföljning av TSI-projekten som beskrivs i bakgrund och nuläge, kap. 4, visar att ansvarsgränser tenderar att snävas åt när verksamheterna är ekonomiskt pressade. Det tidiga och förebyggande arbetet riskerar att prioriteras bort i besparingstider till fördel för den lagstyrda verksamheten. Personalomsättning påverkar också utvecklingsarbetet, särskilt när strukturerna inte är stabila. Inom flera utvecklingsarbeten rapporteras om svårigheter att få den regionala hälso- och sjukvården att delta aktivt i utvecklingsarbetet och få tillgång till primärvårdens resurser. Det kan exempelvis bero på att varje region har många kommuner att samverka med och prioriterar hårt vilka utvecklingsarbeten de går in i utanför sitt grunduppdrag. Andra svårigheter som rapporteras är dels att involvera barn, unga och föräldrar i utvecklingsarbetet, dels att komma i gång med systematisk uppföljning. Det finns också, enligt Socialstyrelsens och Skolverkets bedömning, juridiska hinder som innebär att gemensam personuppgiftsbehandling inte får ske i utvecklingsarbetet. Det berör såväl frågan om barn, unga och föräldrars delaktighet som systematisk uppföljning.

Samverkan hälso- och sjukvården och tandvården

Socialstyrelsen gjorde 2019 en kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård. Kartläggningen visar att det finns brister i samverkan och att dessa brister bland annat leder till ojämlikheter i vården och en risk för att patienter faller mellan stolarna. De stora hindren för samverkan bottnar i en lång tradition av två separata system med olika kulturer, finansiering, ledning och styrning. Systemskillnaderna avspeglas bland annat i hur vården organiseras, liksom i olika finansieringsmodeller, där tandvårdens insatser till stor del betalas av patienten själv. Dessa system- och kulturskillnader gör att samverkan inte faller sig naturligt mellan hälso- och sjukvården och tandvården. Socialstyrelsen gör samtidigt bedömningen att kunskaperna om kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa har ökat på senare tid och att ett ökat fokus på gemensamma riskfaktorer för allmän hälsa och munhälsa har medfört att flera initiativ har tagits för en bättre samverkan.¹³⁹

¹³⁹ Socialstyrelsen (2019): *Kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård – Slutrapport 2019*.

5.12 Sammanfattande analys

Utredningens sammanfattande bedömning är att ovan beskrivna systembrister får konsekvenser för barn och unga. Bristerna leder till sämre möjligheter att främja hälsa, stärka motståndskraft och förebygga fysisk och psykisk ohälsa och långvariga eller kroniska sjukdomar. Om inte hälsouppföljningen och uppföljningen vid ohälsa eller olika sjukdomstillstånd fungerar fullt ut, leder det till försenad upptäckt och fördröjda insatser som till exempel utredning och behandling. Skadeeffekterna blir mer kännbara för barn och unga än för vuxna, eftersom de befinner sig i en utvecklingsfas som lägger grund för hela deras fortsatta liv. Bland barn och unga i Sverige finns i dag exempel på onödigt försämring av hälsan, misslyckanden i skolan eller i nära relationer, samt stress och otrygghet i vardagen som påverkar hela familjen. På längre sikt kan bristande hälsofrämjande arbete, långvariga hälsoproblem och eftersatta behov också påverka hälsan som vuxen, samt möjligheter till ett gott arbetsliv och föräldraskap.

5.12.1 Reglering av barn-och ungdomshälsovård saknas

Utredningen konstaterar att barn- och ungdomshälsovården är fragmentiserad med många huvudmän och vårdverksamheter och att det saknas en tydlig nationell styrning av verksamheterna. Det gäller såväl mödrahälsovårdens och barnhälsovårdens som ungdomsmottagningarnas verksamhetsformer och dess innehåll. I praktiken innebär det att det finns variationer över landet när det gäller verksamhetsformer, uppdrag och övriga förutsättningar. Det finns en risk att den långsiktiga hållbarheten och stabiliteten för dessa verksamheter påverkas när övergripande reglering av verksamheterna och dess innehåll saknas.

Socialstyrelsens allmänna råd 1991:8 Hälsoundersökningar inom barnhälsovården, upphörde att gälla 2009 med motiveringen att skriftens innehåll var föråldrad. Barnhälsovårdens professioner påtalade därefter behovet av reglering av verksamheten för att stödja utvecklingen av en jämlik och rättvis barnhälsovård. Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag och vägledning för barnhälsovården. Arbetet genomfördes av Socialstyrelsen i samarbete med professionsföreträdare och ledde till Vägledning

för barnhälsovård 2014, med kunskaps- och handläggningsstöd för yrkesverksamma och beslutsfattare. De centrala barnhälsovårdsenheterna och företrädare för professionen har drivit och samordnat frågor inom barnhälsovårdens område, och tagit fram Rikshandboken för barnhälsovård, som omnämns tidigare. Detta arbete har resulterat i en relativt stabil nationell samsyn kring barnhälsovårdens innehåll och även en relativt jämlik vård, även om det fortfarande finns variation. Professionsföreträdare vittnar dock om att det förekommer avsteg från genomförandet av barnhälsovårdens program, framförallt på grund av ekonomiska skäl och att hälsofrämjande och förebyggande arbete får stå tillbaka för mer sjukdomsinriktade insatser. De uttrycker en oro för en ökande ojämlik vård på grund av att reglering saknas.

För mödrahälsovårdens verksamhet finns ingen vägledning eller motsvarande styrdokument från nationell nivå. Det finns dock ett kunskapsstöd som stödjer mödrahälsovården i sitt arbete, i form av en rapport framtagen av professionerna. De riktlinjer och underlag som finns att tillgå för mödrahälsovårdens verksamhet tolkas olika utifrån de förutsättningar som finns på förlossningskliniker, regioner och barnmorskemottagningar. Det bidrar till en ojämlik vård i landet. På nationell nivå har riksgruppen för mödrahälsovårdsläkare och samordningsbarnmorskor i Sverige med stöd av Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) och Svenska barnmorskeförbundet tagit initiativ till att en rikshandbok för mödrahälsovård, i likhet med den som finns för barnhälsovården, ska utvecklas med syftet att skapa en mer jämlik och rättvis mödrahälsovård. En ansökan om detta har lämnats in till Sveriges Kommuner och Regioner och Inera.

Ungdomsmottagningar benämns ibland som en frivillig verksamhet för regionen, men ungdomsmottagningarnas verksamhet står på samma juridiska grund som både mödrahälsovårdens och barnhälsovårdens verksamheter. Alla uppdragen grundar sig i det lagstadgade ansvaret att arbeta med att förebygga ohälsa. Hur arbetet ska organiseras finns inte reglerat. Utredningen bedömer att det finns ett behov av ett juridiskt förtydligande av hälso- och sjukvårdens ansvar för hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga.

Elevhälsans medicinska insats är till skillnad från de övriga verksamheterna i barn- och ungdomshälsovården, reglerad i lag. 2010 infördes elevhälsa som begrepp i skollagen och sedan dess har elev-

hälsans verksamhet huvudsakligen utvecklats mot att stödja elevernas utveckling mot målen. En viktig utgångspunkt för förändringen var det ömsesidiga beroendet mellan hälsa och lärande och behovet av ett tvärprofessionellt arbetssätt i elevhälsan för att skapa goda förutsättningar för lärande, hälsa och utveckling. Samtidigt fasades skolhälsovård som begrepp ut ur skollagen och därmed skolhälsovårdens uppdrag att ”följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem”, enligt 14 kap 2 § 1985-års skollag. I samband med förändringen genomfördes ingen analys av vad det skulle få för konsekvenser för arbetet med elevers hälsa, som inte är en direkt följd av utbildningssituationen eller påverkar lärandet. Enligt nuvarande skollagen ska elevhälsan visserligen fortsatt främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande och hälsobesöken i skolan ska innefatta allmänna hälsokontroller och ha ett hälsofrämjande och förebyggande syfte, men det är inte längre lika tydligt i lagen att dessa insatser ska ta sikte på elevernas fysiska och psykiska hälsa och hälsosamma levnadsvanor.

Den verksamhet som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser definieras i regel som hälso- och sjukvård och i förhållande till detta har skolhuvudmannen ett vårdgivaransvar och rektorn ett ansvar som verksamhetschef. Elevhälsans medicinska insatser omfattas därmed av de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller vårdgivare. Elevhälsans medicinska insatser kan däremot inte definieras som kommunal hälso- och sjukvård i enlighet med de avgränsningar som finns för kommunal hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen. Detta medför vissa svårigheter vid en mer sammanhållen reglering av de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovård.

5.12.2 Alla barn och unga får inte del av hälsofrämjande och förebyggande stöd och insatser under hela sin uppväxt

Utredningen konstaterar att utformningen av arbetet med hälsouppföljning, hälsofrämjande och förebyggande stöd och åtgärder ser helt olika ut för olika åldrar och är beroende av vilket verksamhetsområde som har ansvaret. Även metodstöd och kunskapsstöd för genomförandet skiljer sig mycket åt, både avseende utformning och

omfattning, men även kvalitet. För barnhälsovården finns ett bearbetat och aktuellt metod- och kunskapsstöd i form av Rikshandboken, medan övriga verksamhetsområden inte har metod- och kunskapsstöd i motsvarande omfattning. De metod- och kunskapsstöd som finns tar sikte på de enskilda verksamheterna och det saknas ett gemensamt syfte, mål, metodik och struktur för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med barn och unga, och deras familjer. Utredningen bedömer att en sådan gemensam modell eller program för barn och unga genom uppväxtåren, skulle leda till ökad kvalitet och bättre förutsättningar till jämlik och likvärdig hälsovård.

Det är angeläget att regelbundet övervaka och följa barns och ungas utveckling, för att tidigt upptäcka avvikelser och behov av åtgärder och stöd. Ett bra föräldraskapsstöd är avgörande för att främja barnets och familjens hälsa, och att förebygga ohälsa.

Barns och ungas utveckling, problem och uttryck ser olika ut i olika åldrar. Varje ålder har sina viktiga utvecklingssteg som behöver följas och stödjas, för att främja en god hälsoutveckling och förebygga ohälsa. Det kräver olika strategier och kompetenser av hälso- och sjukvården. Under det tidiga livet är till exempel tillväxt, motorisk utveckling psykomotorisk utveckling och psykosocial utveckling viktiga att följa, med syfte att finna utvecklingsavvikelser och att stödja vårdnadshavarna. Det ställer krav på särskild kompetens inom till exempel anknytningsteori, utvecklingspsykologi och utvecklingsneurologi. Vårdnadshavare kan behöva stöd kring till exempel matvanor, sömnsvårigheter och samspelet med sitt barn.

Det är också viktigt att följa skolbarns och ungdomars tillväxt, utveckling och mående, för att identifiera funktionssvårigheter, sjukdomar och andra hälsoproblem, inte minst psykisk ohälsa. Hälsouppföljningen ska ligga till grund för att barnet eller den unga personen ska kunna få det stöd som de behöver. Även när barn befinner sig i skolåldern kan vårdnadshavare ha behov av stöd för att kunna bidra till en god hälsoutveckling hos barnet. Ett sådant föräldraskapsstöd erbjuds dock inte på samma sätt i elevhälsans medicinska insats som det görs inom barnhälsovården.

Det hälsofrämjande och förebyggande arbete som genomförs i elevhälsans medicinska insats tar, som tidigare nämnts, alltmer sikte på att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. En konsekvens av detta blir att elevhälsans medicinska insats inte alltid tillhandahåller insatser när det har identifierats att en elev har ohälsa

eller kan komma att utveckla ohälsa som inte beror på skolsituationen och inte heller synbart påverkar elevens förmåga att nå utbildningens mål. Samtidigt finns ingen annan tydligt utpekad aktör som har detta uppdrag. Det leder till ett glapp mellan barns och ungas behov och det stöd de får. Skolinspektionens och Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn bekräftar detta, då det visat sig att den information som samlas in vid hälsobesöken inte alltid följs upp eller leder till insatser. Det betyder att hälsobesöken riskerar att inte ha tillräcklig effekt på barns och ungas hälsa. Det finns inte heller någon systematisk överföring av hälsoinformation till regionen så att den kan ligga till grund för hälsofrämjande insatser på grupp- eller individnivå med regionen som huvudman.

Utredningen bedömer att elevhälsans insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa inte är tillräckliga. Det finns visserligen goda exempel på hur skolhuvudmän och skolor arbetar med att utveckla det hälsofrämjande arbetet men på många skolor bedrivs inte det hälsofrämjande arbetet systematiskt och arbetets kvalitet och omfattning är i hög grad personberoende. För att kunna följa och stödja barns och ungas hälsoutveckling krävs ett väl utvecklat systematiskt hälsofrämjande och förebyggande arbete med långsiktighet. Ur ett hälsoperspektiv är det problematiskt om det hälsofrämjande arbetet inte prioriteras eller hinns med. Om insatser som främjar barns och ungas fysiska och psykiska hälsa och en hälsosam livsstil uteblir, kan det få konsekvenser för barnets eller den unges hälsa, utveckling och välmående. Utgångspunkten behöver vara elevernas behov och ta sikte på att både undanröja hinder för lärandet och barns och ungas hälsoutveckling och välmående som sådant. Att eleverna klarar skolan är en avgörande skyddsfaktor och förutsättning för hälsa men på motsvarande sätt är hälsa och välbefinnande också en förutsättning för att elever ska kunna lära och utvecklas i skolan.

Utredningen vill i likhet med Skolinspektionen lyfta fram att det är av stor betydelse att elevhälsopersonalen dels befinner sig i skolan, dels är aktivt synliga för eleverna. Det är relativt vanligt att elever inte har tillgång till samtliga yrkeskategorier inom elevhälsan och att elevhälsans personal bara är tillgänglig på skolan vissa dagar i veckan och även mer sällan än så. Den viktiga principen om närheten till barn och unga som så ofta lyfts fram till elevhälsans fördel upprätthålls då inte för alla barn och unga. När tillgängligheten till elevhälsans personal brister finns det risk för att barn och unga att inte

få sina behov tillgodosedda och att de kan gå miste om den specifika kompetens som elevhälsopersonalen besitter och som kan behövas för att identifiera behov av vård och stöd. Det gäller inte minst barn och unga från socioekonomiskt utsatta grupper. Utredningen bedömer att det är viktigt att insatser görs för att öka tillgängligheten till elevhälsans personalgrupper. Utredningen stödjer därför förslag från Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) i som innebär att en acceptabel lägstanivå för tillgången till de professioner som anges i lagen och hur tillgången till personalen kan följas upp i förhållande till antalet elever (SOU 2021:11 Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning).

Barn och unga som inte studerar får inte del av det hälsofrämjande och förebyggande erbjudandet. Det handlar framförallt om unga personer som inte fortsätter till gymnasieskolan och då inte erbjuds det hälsobesök som enligt lag ska ske minst en gång under gymnasietiden. Det betyder att dessa unga personer inte per automatik får ett hälsobesök med hälsosamtal och de stöd och insatser de behöver. Utredningen bedömer att det hälsofrämjande och förebyggande erbjudandet ska nå fram till alla barn och unga, oavsett deras livssituation.

Rättigheter kring den sexuella och reproduktiva hälsan når inte heller alla grupper. Till viss del ingår området i elevhälsans uppdrag, men i relativt begränsad omfattning. Ungdomsmottagningar existerar i olika utsträckning parallellt med elevhälsan och annan hälso- och sjukvård. Alla unga är välkomna att söka, men det är på den unges initiativ och alla gör inte det. Ungdomsmottagningarnas förhållningssätt att finnas för ungdomarna på deras villkor och initiativ är mycket bra och bidrar till goda förutsättningar för förtroende. De unga personer som har behov av stöd kring frågor som rör den sexuella hälsan, men inte själv av olika skäl söker sig till ungdomsmottagningen, får dock inte stödet. Dessa unga personer riskerar att få en försämrad hälsoutveckling. Till exempel handlar det om tonårspojkar och unga män, unga som lever i social utsatthet, unga med funktionsnedsättning och unga med en kulturell bakgrund där frågor om sex och preventivmedel är tabu. Många ungdomsmottagningar arbetar dock aktivt för att nå dessa grupper.

Utredningen bedömer att sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter tydligare behöver ingå i det hälsofrämjande och förebyggande erbjudandet till alla och som en naturlig del i ett kommande gemensamt hälsovårdprogram för barn och unga.

Skolhuvudmännens och rektorernas kunskap om vilka krav hälso- och sjukvårdslagen ställer på elevhälsans medicinska insatser behöver stärkas. De kunskapsbrister som framkommit i tillsynens granskningar och utredningens dialoger riskerar att få konsekvenser på genomförande, kvalitet och patientsäkerhet.

Utredningen konstaterar att det är en utmaning för skolhuvudmännen att styra, leda och tillhandahålla elevhälsans medicinska insatser av hög kvalitet som motsvarar elevernas behov. Variationerna inom och mellan skolhuvudmän och skolenheter är stora. Skolinspektionens regelbundna tillsyn visar på återkommande brister, som kan bero på till exempel elevhälsans arbetssätt, hur mycket resurser rektorn avsätter, kompetensutveckling och stöd till rektorer, svårigheter att rekrytera särskilt i glesbygden samt kombinationen av små skolenheter och stora geografiska avstånd.

5.12.3 Samordningen mellan verksamheter brister

Utredningen konstaterar att samordning mellan vårdverksamheter och nivåer brister på flera sätt.

Informationsöverföring och överlämning mellan verksamheterna i barn- och ungdomshälsovården fungerar inte alltid, vilket leder till att viktig information om barnet eller den unge inte kommer fram. Det innebär en risk för att fortsatt vård och stöd inte genomförs på ett ändamålsenligt sätt och att barnets eller den unges hälsa försämras.

Det är angeläget att elevhälsans medicinska insats agerar i sin roll som första ledet i en vårdprocess, där fler vårdverksamheter har ansvar för att barnet eller den unge ska få de insatser som de behöver. Elevhälsan har en central roll när det gäller att uppmärksamma behov av insatser, inte minst vid hälsobesöken. Elevhälsans medicinska insats behöver också ta ansvar för att vid behov leda barnet eller den unge vidare till en annan vårdverksamhet eller vårdnivå. Barn och unga som utredningen träffat uttrycker att det är viktigt att elevhälsan lotsar dem till vården och att elevhälsan sedan följer upp att

insatser genomförts. När samverkan mellan elevhälsan och övrig hälso- och sjukvård brister, kan det få konsekvenser för barn och unga som har behov av mer fördjupade insatser av fler vårdverksamheter, särskilt för elever som inte har ett tillräckligt socialt stöd i hemmet. Utredningen bedömer att ansvaret för samverkan mellan region och skolhuvudmän behöver förtydligas och förstärkas.

Barn och unga med långvariga och stora vårdbehov och deras närstående möter ibland ett dysfunktionellt system när det gäller samordning och planering av till exempel besök och insatser, när de i stället behöver en koordinerad och samordnad vård och omsorg. Dessa barn hamnar också ofta utanför de breda hälsofrämjande och förebyggande insatserna eftersom fokus läggs på sjukdomen, vård och behandling. Barn och unga med komplexa behov behöver ofta breda och långvariga insatser där varje enskild profession, team eller verksamhet inte kan bidra isolerat med sina insatser var för sig, utan det behövs helhetssyn och koordination. Komplexa vårdbehov eller kroniska tillstånd innebär ofta risk för samsjuklighet, skolmisslyckanden och försämrad hälsa. I utredningens dialogmöten med verksamhetsföreträdare i Sverige, lyftes återkommande gruppen barn med långvariga och större vård- och omsorgsbehov samt från flera även behovet av en koordinator för att hålla samman vård och insatser för barnet. Utredningen bedömer att barns och ungas rätt till fast vårdkontakt behöver förstärkas.

5.12.4 Ökat ansvar, resurser och kompetenser till primärvården i omställningen till en god och nära vård

I omställningen till en nära vård ska primärvården vara navet i hälso- och sjukvården och samspela med övriga vårdverksamheter. För att det ska vara möjligt behöver primärvården stärkas med tillgänglig tvärprofessionell barn- och ungdomskompetens och med kompetensöverföring från den specialiserade vården för att i framtiden kunna ansvara för fler barn och unga med olika kroniska sjukdomar eller psykisk ohälsa. Det är avgörande för ett framtida gott omhändertagande av barn och ungas behov. Det finns olika modeller för att tillgängliggöra den specialiserade vårdens kompetens i primärvården, till exempel kan primärvården använda moderna it-lösningar för att

konsultera den specialiserade vården. Det kan också bidra till ökad kunskapsöverföring.

Primärvårdens roll som första ingång vid ohälsa behöver också stärkas, det har framkommit vid utredningens dialogmöten. I de fokus- och expertgrupper som utredningen har genomfört med unga personer har det till exempel lyfts fram att primärvården borde vara den självklara vägen in i vården för unga personer med psykisk ohälsa, på samma sätt som vid fysisk ohälsa.

5.12.5 Psykisk ohälsa leder till allvarliga konsekvenser

De allra flesta barn och unga känner ett psykiskt välbefinnande och signalerar inga psykiska besvär eller psykiatrisk sjuklighet. Utvecklingen av barns och ungas psykiska hälsa i Sverige skiljer sig inte nämnvärt från den övriga västvärlden även om barn- och ungdomspsykiatri i Sverige har det högsta antalet medarbetare per capita och högst andel barn som har kontakt med specialistnivån.

När det gäller psykisk ohälsa är det ibland oklart vilket ansvar respektive aktör har för att identifiera, utreda och behandla psykisk ohälsa av olika slag och det förekommer att barn och unga bollas mellan verksamheter. Det finns brister i den somatiska vården kring hantering av psykisk ohälsa och på motsvarande sätt finns brister i den psykiatriska vården att hantera kroppslig ohälsa. Utredningen bedömer att det ibland är problematiskt att barns och ungas psykiska och fysiska hälsa hanteras av olika vårdverksamheter. Det är ofta svårt att skilja den fysiska och psykiska hälsan åt eftersom den psykiska ohälsan hos barn ofta tar sig uttryck i fysiska besvär, det gäller inte minst de små och späda barnen. Kroniska sjukdomar påverkar i stor utsträckning även individens psykiska hälsa. Psykisk ohälsa medför ofta problem med dålig sömn, övervikt och fetma, missbruk, stressrelaterad ohälsa och enligt vissa studier finns en översjuklighet i astma och diabetes. Psykisk sjukdom leder lätt vidare till annan samsjuklighet, som till exempel riskbruk som i sin förlängning kan vara lika livshotande som kroppslig svår sjukdom. Psykiska problem medför en ökad risk för kortare livslängd. Dessutom är insatser som främjar den fysiska hälsan ofta viktiga insatser som främjar den psykiska hälsan, det gäller till exempel insatser som handlar om fysisk aktivitet, kosthållning och sömn.

Skolhuvudmännen upplever den psykiska ohälsan hos barn och unga som en av skolans och elevhälsans största utmaningar. Trots det är skolans elevhälsa och tillgången till elevhälsans kompetenser inte alltid anpassad efter elevernas behov. Skolpsykologer köps in per timme och har i huvudsak en konsultativ funktion. Även i detta sammanhang bedömer utredningen att förslag från Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) kan komma att bidra till en mer likvärdig tillgång till elevhälsa. Utredningen bedömer också att insatser för att främja elevernas psykiska hälsa och förebygga ohälsa behöver utvecklas i skolan.

5.12.6 Kunskapsstyrning för barn- och ungdomshälsovård är av varierande kvalitet och inte samordnad

Tillgången till nationella kunskapsstöd baserade på evidens och beprövad erfarenhet varierar i de olika verksamheterna som utgör barn- och ungdomshälsovården, det vill säga mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningar. De nationella kunskapsstöd som finns är implementerade i varierande grad och inte samordnade med varandra. Utredningen bedömer att tillgången till kunskapsstöd behöver öka generellt, liksom kunskapsutbytet mellan verksamheterna.

Kvalitetsarbete behöver ske med systematik, med uppföljningar och utvärderingar av verksamheternas arbete och ständiga förbättringar. Genom att ta fram kunskap kring effekter av olika arbetssätt och metoder, och förbättra möjligheten att dela kunskap mellan verksamheter kan kvaliteten öka, liksom förutsättningarna för en mer jämlik vård.

Utredningen vill betona vikten av kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och att organisationen för kunskapsstyrning som drivs av regionerna gemensamt, är en central del av detta. En effektiv och sammanhållen vård med god kvalitet ger professionerna och forskningen mer resurser och utrymme för en fortsatt medicinteknisk utveckling som i sin förlängning kan stärka patienters egenkraft, förhindra sjukdomar och minska behovet av hälso- och sjukvård i framtiden.

Det nationella programområdet för barn och ungdomars hälsa i regionernas kunskapsstyrningsorganisation, har integrerat barnhälsovårdens struktur som en nationell arbetsgrupp (NAG) inom

ramen för kunskapsstyrningen. Motsvarande struktur för övriga åldrar och verksamheter inom barn- och ungdomshälsovården saknas. Utredningen bedömer att det skulle vara fördelaktigt med en struktur för barn och unga som har i uppdrag att hålla samman arbetet med kunskapsstyrning för barn- och ungdomshälsovård som helhet. Det ger förutsättningar för samordning och kvalitetsutveckling.

5.12.7 Hälsa- och sjukvården kan anpassas mer utifrån barns och ungas rättigheter och behov

Utredningen bedömer att hälso- och sjukvården behöver utveckla sin förmåga att möta barns och ungas rättigheter och behov. Det gäller både på en övergripande nivå av systemet, och i det enskilda vårdmötet.

Hälso- och sjukvårdssystemet med uppdelade verksamheter och olika kompetensområden har svårt att möta barns och ungas behov, som ofta är sammansatta och kräver en samling av kompetenser och funktioner, för att ge ett ändamålsenligt stöd. När ansvar och uppdrag är otydliga, eller inte utgår från ett patient- och helhetsperspektiv, riskerar det att leda till att barn och unga och deras familjer hamnar i vårdens mellanrum. Där får de inte den vård och behandling och det stöd som de behöver och har rätt till.

Det kräver tid, kompetens, metod och systematik för att göra barn och unga delaktiga med inflytande på sin egen vård. Det handlar till stor del om att skapa delaktighet och inkluderande förhållningssätt och att ha en samlad plan för barnet eller den unge. Det är också viktigt att göra vårdnadshavarna delaktiga, eftersom nästan all information om vård och behandling som gäller barnet går genom dem. Ett familjecentrerat arbetssätt är basen i all vård och omsorg som riktar sig till barn.

Hälso- och sjukvård för vuxna har ofta gått före med utveckling av vården kring stora folksjukdomar och resurser kopplade till vård och behandling. Utredningen menar att det är angeläget att även integrera hälso- och sjukvården för barn och unga i de utvecklingsarbeten där det är relevant och att prioritera utvecklingsarbeten där barn och unga är målgrupp.

För barn och unga som inte har en kontinuerlig vårdkontakt uppstår ofta svårigheter i övergången från hälso- och sjukvård för barn och ungdomar till hälso- och sjukvård för vuxna. Bristerna handlar

om delaktighet och stöd samt information och trygga överlämningar. För barn och unga med funktionsnedsättning eller kroniska sjukdomar blir det extra påtagligt, eftersom kontinuitet är viktig för att kunna ge dem det stöd de behöver. Övergången från hälso- och sjukvård för barn till vuxna behöver utvecklas så att den unge görs delaktig och förbereds på hur övergången går till, när och hur ansvar kommer att fördelas. För detta krävs både en systematisk och tydlig process för övergången och anpassningar utifrån individens behov.

Negativa upplevelser kan sätta svåra spår i minnet hos ett barn eller en ung person och skada förtroende och tillit för lång tid framöver. En trygg och säker miljö och ett gott bemötande är viktig för att nå resultat i pågående vårdsituationer, men även för kommande situationer i livet. Hälso- och sjukvården som har barn och unga som uttalad målgrupp är i relativt hög utsträckning anpassad avseende till exempel miljö, bemötande, kommunikation, och personalen har ofta kompetens för att möta barn och unga. Samtidigt finns även i dessa verksamheter utrymme för förbättringar. Barn vårdas ibland i verksamheter som även vårdar vuxna patienter, till exempel vid undersökningar av olika slag eller behandlingar där det inte finns särskild barnkompetens. Det kan gälla både i primärvården och i den specialiserade vården. Det ställer krav på anpassningar och barnkompetens även i dessa delar av hälso- och sjukvården.

5.12.8 I ett komplext system finns inga enkla lösningar på sammanhållen vård

Utredningen har i problembilden ovan konstaterat att barn- och ungdomshälsovården består av ett komplext och fragmentiserat system av flera huvudmän och vårdverksamheter som alla arbetar utifrån olika lagstöd, uppdrag och förutsättningar. Det saknas en tydlig nationell styrning som kan hålla samman verksamheterna och de hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga under hela uppväxten.

Komplexiteten och fragmentiseringen i systemet har byggts upp under lång tid och beror på flera olika faktorer. Det är delvis en naturlig konsekvens av det decentraliserade ansvaret att organisera, planera och finansiera hälso- och sjukvård inklusive elevhälsans medicinska insatser och delvis en konsekvens införandet av vård- och skolval och mängden aktörer som detta har medfört.

Bara inom skolområdet finns i dag 1 100 skolhuvudmän för de obligatoriska skolformerna och gymnasieskolan och gymnasiesärskolan som sammantaget ansvarar för landets 6 000 skolenheter. Varje enskild huvudman har ansvar för att organisera och planera elevhälsan och dess medicinska insatser med utgångspunkt från elevernas behov. En klar majoritet av huvudmän ansvarar bara för en enda skola och det finns svårigheter med att leverera elevhälsa som motsvarar elevernas behov.

Inom primärvården organiseras insatser till barn och unga och deras familjer i mödrahälsovård och barnhälsovård och ungdomshälsovård. Regionen är huvudman för denna verksamhet men vården tillhandahålls av en mängd aktörer, både offentliga och enskilda. Tidigare hade primärvården ett tydligt geografiskt områdesansvar som innebar att vårdverksamheterna ansvarade för befolkningens hälsa i bestämda upptagningsområden. Det underlättade samverkan mellan olika aktörer i lokalsamhället såsom förskola och skola och förutsättningarna att samarbeta kring familjens samlade hälsosituation. Det fria skolvalet har på motsvarande sätt förändrat förutsättningarna för skolornas upptagningsområde.

Utredningen konstaterar att den komplexitet och fragmentering som är inbyggd i det nuvarande systemet inte låter sig lösas på ett enkelt sätt och att det krävs flera olika insatser för att komma tillrätta med problem. I följande kapitel föreslår utredningen några olika insatser som vi bedömer leder till en mer sammanhållen och likvärdig vård för barn och unga i det befintliga systemet. Förslagen tar i huvudsak sikte på att barn och unga ska få rätt insatser och att skapa samordning mellan vårdverksamheterna med stöd av ett gemensamt hälsofrämjande och förebyggande uppdrag och förstärkt samverkan på olika nivåer i systemet.

Utredningen bedömer dock att insatser för att stödja samordning inte är tillräckliga för att till fullo komma tillrätta med fragmenteringen i systemet. Utredningen bedömer att det också kan behövas en mer omfattande översyn av systemets inneboende logik med vård- och skolval. Detta är dock en mycket stor fråga som får implikationer i hela hälso- och sjukvården och skolväsendet och ligger utanför utredningens uppdrag.

6 Förslag och bedömningar

6.1 Sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Utredningen har i uppdrag att se hur barn och unga kan få en god och nära vård som är mer sammanhållen, likvärdig och effektiv. Särskilt fokus ska läggas på primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser. Grundproblemet är fragmentiseringen i barn- och ungdomshälsovården, med flera huvudmän och vårdverksamheter som alla arbetar utifrån olika lagstöd, uppdrag och förutsättningar i övrigt. Det fragmentiserade systemet har byggts upp under många år och har flera dimensioner med både ett decentraliserat beslutsfattande och ett valfrihetssystem som har bidragit till utvecklingen av mångfalden aktörer på området. För att få till stånd en mer sammanhållen och likvärdig vård i ett sådant fragmentiserat och komplicerat system bedömer utredningen att det behövs en tydligare och mer enhetlig styrning av de verksamheter som tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga. Utgångspunkten ska vara att ett helhetsperspektiv på hälsa, där alla barns och ungas behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser, ska säkras under hela uppväxttiden oavsett bostadsort, val av skola eller vårdenhet.

I följande avsnitt föreslår utredningen ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, av hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Utredningen föreslår dessutom att ett nationellt hälsovårdsprogram tas fram för hälsofrämjande och förebyggande insatser som tar ett helhetsgrepp om barns och ungas hälsa, utveckling och välmående under hela uppväxttiden. Utredningen bedömer att det behövs en nationell samling kring

utvecklingen och implementeringen av programmet som inkluderar alla berörda aktörer. Det nationella hälsoprogrammet ska tydliggöra vad barn och unga samt barns vårdnadshavare kan förvänta sig av barn- och ungdomshälsovården i form av hälsofrämjande och förebyggande insatser. Hälsovårdsprogrammet ska också vara det sammanhållande kitt som binder samman de verksamheter inom primärvården och elevhälsans medicinska insatser som i dag utgör barn- och ungdomshälsovården och bidra till att verksamheterna arbetar utifrån samma mål och uppdrag.

En sådan nationell samling kring ett hälsovårdsprogram statuerar att samhället börja med barnen och tydliggör den grundläggande plattformen i hälso- och sjukvården som behövs för att barns och ungas behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser ska kunna tillgodoses. Det lägger också grunden för att barn och unga med mer omfattande behov ska kunna uppmärksammas och insatser sättas in i ett tidigt skede. Det stärker därmed även primärvårdens uppdrag som bas i hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska insatser centrala uppdrag när det gäller barns och ungas hälsa, utveckling och välmående. Det stärker också det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet i bred bemärkelse. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen och skolhuvudmännen behöver skapa förutsättningar för att ett partnerskap kan utvecklas mellan primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser så att barns och ungas behov av samordnad och kontinuerlig vård tillgodoses. Dessutom behöver det finnas förutsättningar för att den specialiserade vården ska kunna utgöra ett konsultativt stöd för primärvården och elevhälsans medicinska insatser. Detta är förenligt med den omställning som nu pågår i hälso- och sjukvården till en god och nära vård och lägger grunden för en vidare påbyggnad av mer fördjupade insatser och samverkan inom och mellan olika vårdnivåer. Utredningen föreslår vidare att lagstiftningen kring fast vårdkontakt till barn och unga skärps samt att ett tydligt krav på samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet införs. Sammantaget bildar detta ett mer ändamålsenligt och resurseffektivt system som främjar hälsan hos barn och unga och frigör resurser till dem som har störst behov.

6.2 Förtydligande av skyldigheten att arbeta för att främja hälsa

Förslag: Det ska uttryckligen anges i 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa.

Skälen för utredningens förslag: Det behöver förtydligas i lag att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa. Fokus på hur hälsan kan stärkas är avgörande för att samhället och hälso- och sjukvården ska klara av att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov i befolkningen. En god hälsa är central för den enskilda individen och för välbefinnandet. En befolkning som är frisk och mår bra skapar också bättre förutsättningar för välstånd och ökad tillväxt genom minskad sjukfrånvaro, ökad sysselsättning, högre produktivitet och minskade behov av vård och omsorg.¹

Hälsofrämjande arbete bygger på att skapa stödjande miljöer för hälsa, stärka insatser på lokal nivå och utveckla personliga färdigheter. Detta arbete behöver involvera många olika samhällsaktörer. Hälso- och sjukvården är en av de mest centrala aktörerna, där mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna och elevhälsans medicinska insatser är centrala verksamheter för det hälsofrämjande arbetet som riktas till barn och unga. Hälso- och sjukvårdens ansvar för hälsofrämjande arbete är dock inte tillräckligt tydligt i lagstiftningen i dag.

6.2.1 Det behöver förtydligas att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa

Hälso- och sjukvården har i dag ett lagstadgat ansvar att arbeta för att förebygga ohälsa, enligt 3 kap. 2 § HSL. Att medicinskt förebygga sjukdomar och skador ingår dessutom i definitionen av hälso- och sjukvård, enligt 2 kap. 1 § HSL.

Begreppet *främja hälsa* uttrycks inte i HSL i dag, men utredningen bedömer att det av förarbetena kan utläsas att det som i dag brukar kallas för hälsofrämjande arbete var avsett att ingå i hälso-

¹ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 39).

och sjukvårdens ansvar att arbeta för att förebygga ohälsa. I förarbetena till det som i dag är 3 kap. 2 § HSL anges bland annat följande:

Det förebyggande arbetet är såväl individ- som samhällsinriktat. Utgångspunkter bör vara å ena sidan olika befolkningsgruppers livsvillkor och livsstil samt å den andra deras hälsotillstånd. Perspektivet omfattar såväl kemiska, fysikaliska och biologiska som ekonomiska och sociala riskfaktorerens betydelse för folkhälsan. Det ankommer på de verksamma inom hälso- och sjukvården att aktivt medverka till att uppspåra sådana hälsorisker samt att informera såväl patienter, allmänhet som ansvariga inom andra samhällssektorer om de samhälls- och miljöförhållanden som orsakar hälsoproblem.²

I samma proposition nämns hälsouppllysning, som bland annat inkluderar att öka befolkningens kunskaper om kostvanor som befrämjar en god hälsa, som en viktig del att det förebyggande arbete som hälso- och sjukvården ansvarar för. Hälsokontroller, vaccinationer, mödrahälsovård och barnhälsovård är ytterligare exempel på sådant förebyggande arbete som nämns i propositionen.

Hälso- och sjukvården har utvecklats i stor utsträckning sedan dessa förarbeten skrevs och sedan ikraftträdandet av det som i dag är 3 kap. 2 § HSL. Det finns därför behov av modernisering när det gäller de begrepp som används i bestämmelsen, så att de anpassas till den utveckling som skett i hälso- och sjukvården, forskningen och samhället i övrigt.

I dag skiljs begreppen hälsofrämjande och förebyggande mer åt, på så sätt att de har olika betydelser, men de är samtidigt fortfarande mycket nära sammanlänkande med varandra. Det finns också exempel i gällande lagstiftning som skiljer på förebyggande och hälsofrämjande arbete. I 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) anges att elevhälsan främst ska vara förebyggande och hälsofrämjande. Utredningen menar att denna skillnad i begreppsanvändning mellan skollagen och HSL riskerar leda till otydlighet kring vad som gäller i fråga om hälsofrämjande arbete enligt HSL. Med utredningens förslag åtgärdas denna problematik.

Hälsofrämjande åtgärder utgår från kunskapen om vad som gör att individer utvecklas väl och mår bra, medan förebyggande åtgärder utgår från kunskapen om vad som orsakar ohälsa och sjukdom.³ Syftet med hälsofrämjande åtgärder är alltså inte begränsat till att

² Prop. 1984/85:181, *Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m.* (s. 29).

³ Whitehead, D. (2006): *Health promotion in practice settings: findings from a review of clinical issues.*

enbart förebygga ohälsa, utan syftar även till att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Ett hälsofrämjande förhållningssätt kännetecknas av ambitionen att identifiera, stärka och ta hänsyn till individens egna resurser för att främja sin hälsa och förebygga och hantera sjukdom. Det innebär också att ha ett salutogent perspektiv och att öka individens delaktighet och tilltro till den egna förmågan.⁴ Ett hälsofrämjande, holistiskt och salutogent perspektiv är värdefullt och nödvändigt, för att stödja individen att hantera sin situation och främja sin hälsa. Det finns en stor förbättringspotential i hälso- och sjukvården för att öka individens möjligheter att påverka sin egen hälsosituation.⁵

Förebyggande åtgärder är sådana som förhindrar uppkomst av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem och på så sätt minskar risken för ohälsa.⁶

Hälsofrämjande och förebyggande arbete förutsätter kunskap om de faktorer som påverkar hälsan, hälsans bestämningss faktorer, det vill säga de skydds- och riskfaktorer som främjar hälsa och som ökar risk för ohälsa. Målet är att stärka skyddsfaktorer och minska riskfaktorers inverkan på hälsan. Det är ett kunskapsområde som är i ständig utveckling utifrån ökad kunskap om människans biologi, miljömässiga faktorer, livsstil, sociala och ekonomiska faktorer av betydelse för hälsa och betydelsen av samhällets föränderliga krav och förväntningar på individen. Områden som levnadsvanor, vad som påverkar psykisk hälsa samt sociala och ekonomiska faktorer relevans har kommit allt mer i fokus för hälsofrämjande och förebyggande insatser.

I dag används i praktiken ofta begreppet *hälsovård* som ett samlat begrepp för *hälsofrämjande och förebyggande åtgärder*. Begreppet hälsovård förekommer också i flera förarbeten till hälso- och sjukvårdslagstiftningen.⁷ Mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarnas och elevhälsans medicinska insatser kan sägas huvudsakligen arbeta med det hälsovårdande uppdraget. Det har i en tidigare proposition uttalats att typen av hälsovård som till exempel

⁴ Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården*.

⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014): *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*.

⁶ Bloom, M., Gullotta, T. (2003): *Evolving definitions of primary prevention. Encyclopaedia of primary prevention and health promotion*.

⁷ Se t.ex. prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag m.m.* och prop. 1984/85:181 *Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvård*. Begreppet förekommer även i barnkonventionen, t.ex. art 23 och 24.

bedrivs i mödrahälsovården och barnhälsovården har en viktig roll för kvinnors och barns hälsa, och att det är angeläget att den bedrivs i oförminskad omfattning.⁸ Utredningen menar att förslaget lyfter fram och än mer stärker det viktiga arbete som bedrivs inom ramen för hälsovårdsverksamheterna.

Utredningen bedömer att det hälsofrämjande arbetet är en grundläggande förutsättning för att åstadkomma en bättre hälso- och sjukvård för barn och unga. Hälsofrämjande åtgärder tidigt i livet lägger grunden för en god hälsa och välmående för barn och unga och är också en långsiktig investering i hållbar fysisk, psykisk och social hälsa och välbefinnande för den enskilde. Det lägger också grunden för en långsiktigt socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård.

Många insatser är mer effektiva vid tidigare ålder. Det handlar dels om att problemen är mindre och att barn är mer formbara. Deras närmaste miljö och relationen till vårdnadshavare är också mer formbar i tidigt skede, innan eventuella negativa föreställningar och förväntningar har hunnit byggas upp om varandra och relationen. Det handlar också om att onödiga kostnader kan undvikas, eftersom problemen riskerar att bli större och mer kostsamma när barnen blir äldre.⁹

Det finns också allt fler belegg för att insatser som främjar psykisk hälsa, i synnerhet hos barn, är verkningsfulla och kostnadseffektiva. Det konstaterar WHO:s resolution från 2012 om den globala bördan av psykiska störningar och behovet av en övergripande och samordnad respons från hälsosektorer och sociala sektorer på nationell nivå. FN:s barnrättskommitté uppmanar staterna att öka omfattningen av sådana insatser genom att inlemma dem i policyer och program i olika sektorer, till exempel hälsa. Barn som på grund av sina familjer och sociala miljöer tillhör riskgrupper kräver särskild uppmärksamhet för att de ska ges bättre förutsättningar att hantera svårigheter och klara av vardagslivet och för att man ska främja skyddande och stödjande miljöer.¹⁰

Utredningen har, mot bakgrund av dessa särskilda fördelar som ett hälsofrämjande arbete innebär för barn och unga, övervägt en

⁸ Prop. 1984/85:181, *Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvård* (s. 99).

⁹ *Underlagsrapport för den statliga utredningen 'Sammanhållen god och nära vård för barn och unga'* S 2019:05. (Bilaga 4).

¹⁰ Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (2013) om *Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art 24)* CRC/C/GC/15 punkt 39.

reglering som tar sikte på hälsofrämjande arbete enbart till barn och unga. Det bedöms dock inte som ändamålsenligt, bland annat utifrån risken för att en sådan bestämmelse skulle kunna tolkas som att hälsofrämjande åtgärder inte ska erbjudas andra än barn och unga. Även om förslaget alltså tagits fram utifrån vad som är nödvändigt för att förbättra hälso- och sjukvården för barn och unga bedömer utredningen att det finns flera fördelar med att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa hos hela befolkningen. Därför föreslås att förtydligandet placeras i 3 kap. 2 § HSL. På så sätt träffar den också en bredare krets än exempelvis den skyldighet som åligger regionen som huvudman att verka för en god hälsa hos befolkningen, enligt 8 kap. 1 § HSL, eller bestämmelsen om att elevhälsan främst ska vara förebyggande och hälsofrämjande, enligt 2 kap. 25 § skollagen. Den föreslagna bestämmelsen ska alltså tillämpas av alla vårdgivare och av alla regioner och kommuner som huvudmän för hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att det i hög utsträckning kan bidra till en ökad sammanhållning i det fragmentiserade systemet av hälso- och sjukvård och därmed gynna hälso- och sjukvården för barn och unga.

Förslaget innebär inte en förändring av hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvarsområden. Inga nya uppgifter läggs alltså varken på huvudmännen eller vårdgivarna genom förslaget. Förslaget utgör ett nödvändigt förtydligande av vad som redan gäller i fråga om hälso- och sjukvårdens skyldighet att arbeta för att förebygga ohälsa, det vill säga att även arbete för att främja hälsa ingår i det. Betydelsen av att det hälsofrämjande perspektivet framgår tydligare i HSL lyftes fram redan i remissvaren inför införandet av lagen. Dåvarande Folkhälsoinstitutet ansåg att ett tillägg i lagen om hälsofrämjande hälso- och sjukvård gav ett starkare incitament till hälsofrämjande insatser, förebyggande hälso- och sjukvård samt förebyggande åtgärder även i ett befolkningsperspektiv.¹¹

I propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform anförde regeringen, med hänvisning till bestämmelsen i 3 kap. 2 § HSL, bland annat att ett hälsofrämjande och preventivt fokus i hälso- och sjukvården är nödvändigt för att på sikt förbättra hälsan i befolkningen och samtidigt minska belastningen

¹¹ Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag* (s. 93).

på hälso- och sjukvårdssystemet.¹² När befolkningen lever både ett längre och friskare liv, kan vinsterna för samhället bli stora.

Förslaget ligger i linje med barnkonventionens artikel 24 enligt vilken barn har rätt till hälsa och sjukvård. I detta ingår både hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, men även behandling, rehabilitering och palliativ vård. FN:s barnrättskommitté har uttalat att dessa tjänster måste vara tillgängliga med tillräcklig omfattning och kvalitet på primärvårdsnivån, men även andra vårdnivåer nämns som viktiga i den mån det är möjligt.¹³

Utredningen bedömer också att förslaget är i överensstämmelse med regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, genom att primärvårdens aktörer fortsatt kan ha ett stort ansvar för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

6.2.2 Förslaget ska bidra till att det hälsofrämjande arbetet ökar

Utredningen bedömer att förtydligandet också kan bidra till en tydligare styrning och prioritering av det hälsofrämjande arbetet. Det finns skillnader i hur hälso- och sjukvården arbetar med att minska hälsoklyftorna, både när det gäller hur regionen styr arbetet och hur hälso- och sjukvården prioriterar frågan. Förtydligandet syftar till att stärka det proaktiva arbetet, eftersom vardagen i hälso- och sjukvården av tradition och nödvändighet är präglad av att prioritera behandling av akut sjukdom och skada. Samtidigt behöver det proaktiva arbetet med att främja hälsa och att förebygga ohälsa öka, eftersom det bidrar till att befolkningen blir mer välmående och behovet av sjukvård på sikt kan minska.

Behovet av en tydligare proaktiv ansats i form av starkare förebyggande åtgärder för patienter och befolkning lyfts även i propositionen En god och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. Där framgår också att en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett av åtta särskilda målområden.¹⁴

¹² Prop.2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 11).

¹³ Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (2013) om *Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa* (art 24) CRC/C/GC/15 punkt 25.

¹⁴ Prop. 2017/18:249, *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik* (s. 30 f.).

Målområde 8 anger att hälso- och sjukvården bör erbjuda vård som ger bästa hälsoresultat med befintliga resurser. Vården bör vara tillgänglig efter behov, patienter erbjudas hälsofrämjande och förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser av god kvalitet samt delaktighet och kontinuitet. Målområdets inriktning är bland annat att det förekommer omotiverade skillnader i vårdens insatser och resultat och att vården bör verka hälsofrämjande och förebyggande samt baseras på systematiskt jämlikhetsfokus. Åtgärder som främjar en jämlik hälsa handlar bland annat om tillgänglighet som motsvarar olika behov i befolkningen, om vårdmöten som är hälsofrämjande och som skapar förutsättningar för jämlika insatser och resultat, samt om hälsofrämjande arbete utanför själva vårdmötet med patienten.

Hälsofrämjande arbete handlar alltså i hög grad om åtgärder på populations- och gruppnivå men även om att stödja individen så att denne kan ta eget ansvar för sin hälsa och förbättra sin självupplevda hälsa.¹⁵ Hälsofrämjande arbete bygger på ett antal principer som är vägledande i policy- och programarbete och andra aktiviteter. Principerna är baserade på grundläggande värderingar om hälsa och förhållningssätt för området hälsofrämjande arbete och skapar en tillämpning i folkhälsopolitiken och det praktiska folkhälsoarbetet. Dessa principer handlar om individens förmåga och delaktighet och innefattar ett holistiskt perspektiv på hälsa, jämlikhet, intersektoriell samverkan och hållbarhet över tid.¹⁶

¹⁵ Medin, J & Alexandersson, K (2000): *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*.

¹⁶ Rootman, I. (2001): *Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives*. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No.92 och Medin, J. Alexandersson K. (2000): *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*.

6.2.3 Bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga

Förslag: Det ska införas en ny punkt i 6 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) av vilken det framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

Förslag: Det ska införas en paragraf, 8 kap. 3 §, i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) av vilken det framgår att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

Förslag: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att meddela föreskrifter i enlighet med det föreslagna bemyndigandet.

Skälen för utredningens förslag: Det behövs en mer detaljerad reglering av hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete till barn och unga.

Utredningen bedömer att alla barn och unga ska få insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Genom utredningens förslag till förändring av 3 kap. 2 § HSL förtydligas hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa. För att ytterligare precisera hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete för barn och unga behövs också en mer detaljerad reglering. Det är en förutsättning för en mer likvärdig vård och hälsa för barn och unga oavsett var i landet de bor, val av skola eller vårdgivare.

Regleringen behöver tydliggöra vad som ska ingå i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och rikta bindande krav till huvudmän, vårdgivare och personal. Avsikten är att regleringen ska lägga grunden för det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga. Programmet är tänkt att utgöra ett viktigt komplement till de bindande regler och ger ytterligare vägledning om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med utgångspunkt från dessa regler.

Regleringen bör bland annat innehålla bestämmelser om breda insatser som ges till alla barn och unga för att främja goda levnadsvanor, tillgodose säkerhet och skydd inklusive skydd mot våld i nära

relationer och tillhandahålla föräldraskapsstöd. Den bör också innehålla bestämmelser om insatser som är riktade mot vissa åldersgrupper, till exempel insatser som främjar sexuell och reproduktiv hälsa. Insatserna som regleras bör gälla alla barn och unga från tillblivande till vuxen ålder och vara anpassade efter behov och förutsättningar och ta hänsyn till olika utvecklingsstadier under uppväxten. Insatserna bör kunna ges på universell, selektiv och indikerad nivå för att säkerställa att alla barn får insatser och att de som behöver, får mer fördjupade insatser.

En kontinuerlig hälsouppföljning av barn och unga under hela uppväxttiden behöver vara en central del av regleringen. Uppföljningen bör syfta till att främja fysisk och psykisk hälsa och förebygga ohälsa samt att identifiera behov av fördjupade insatser och att initiera sådana insatser i ett tidigt skede på ett samordnat sätt. Hälsouppföljningen bör innefatta hälsoundersökningar och hälsosamtal. Det kan till exempel handla om att följa tillväxt, somatiska undersökningar av olika slag, insatser för att bedöma barns och ungas allmänna utveckling och psykiska och kognitiva funktioner. Det kan vidare handla om tidig identifikation av fysisk eller psykisk ohälsa, språkutveckling, kontakt och kommunikation. Dessutom kan det handla om inläring, beteendebedömning, sociala relationer, familjeförhållanden, kränkande behandling, missbruk och stress.

Regleringen bör tydliggöra att barn och unga ska få insatser på ett samordnat sätt och i ett tidigt skede för att förebygga ohälsa och förhindra en allvarligare utveckling och behov av mer omfattande insatser i ett senare skede. Tvärprofessionell och tvärsektoriell samverkan är en grundläggande förutsättning för att barns och ungas behov ska kunna tillgodoses på ett samordnat sätt. Regleringen bör tydliggöra att tvärprofessionell kompetens behövs för att allsidiga bedömningar ska kunna göras av barn och ungas vårdbehov.

Regleringen bör vidare förtydliga behovet av föräldraskapsstöd i olika former, både generellt och riktat, för vårdnadshavare till barn i alla åldrar under hela uppväxttiden. Det föräldraskapsstöd som utredningen här avser är sådant stöd som ingår i hälso- och sjukvårdens uppdrag och innefattar insatser som stödjer vårdnadshavare att främja sina barns hälsa och utveckling. Det kan till exempel handla om hembesök, individuella samtal, föräldragrupper och att följa och uppmärksamma föräldrars psykiska hälsa.

Regleringen bör ställa krav på arbetssätt och metoder som säkerställer att barnets rättigheter enligt barnkonventionen beaktas. Barnets bästa och barnets rätt att få göra sin röst hörd, och till delaktighet och inflytande i sin vård är exempelvis viktiga i sammanhanget.

Regleringen bör dessutom hänvisa till centrala bestämmelser om systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhetsarbete och reglera uppföljningen av insatser som ges till barn och unga, på individuell och aggregerad nivå. Uppföljningen av barns och ungas hälsa kommer även att behandlas i utredningens slutbetänkande och bestämmelser i föreskriften behöver anpassas till eventuella nya förslag från utredningen i denna del.

Förslaget bidrar till en jämlik vård och minskad fragmentisering

Flera statliga utredningar har pekat på behovet av en mer sammanhållen vård. Barn- och ungdomshälsovården är i dag fragmentiserad och består av flera huvudmän och vårdverksamheter som arbetar utifrån olika uppdrag och förutsättningar. Det finns stora brister när det gäller likvärdighet, samordning och informationsöverföring mellan berörda aktörer. Behovet av ytterligare bindande regler på området har även lyfts i utredningens dialoger med företrädare för olika berörda hälso- och sjukvårdsverksamheter inklusive elevhälsans medicinska insatser, professionen, barn och unga och berörda myndigheter. Barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter har uttryckt en oro för en ökande ojämlikhet i vården och en otydlighet om vad det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska innehålla på grund av att reglering saknas. De riktlinjer och underlag som finns att tillgå för mödrahälsovården tillämpas olika utifrån verksamheternas olika organisationsform och lokala förutsättningar. Det kan bidra till en ojämlik mödrahälsovård i landet. Barnhälsovårdens sjuksköterskor och barnhälsovårdssamordnare betonar betydelsen av nationellt bindande regler för att nå en mer jämlik barnhälsovård i landet.

För att komma tillrätta med dessa problem bedömer utredningen att det behövs en mer enhetlig styrning på nationell nivå, vilket saknas i dag. På nationell nivå finns vägledningar och riktlinjer kopplade specifikt till mödrahälsovårdens, barnhälsovårdens och elevhälsans insatser. Dessa är dock inte rättsligt bindande och professionsföre-

trädare vittnar också om att det förekommer avsteg från genomförandet av barnhälsovårdens program, framför allt på grund av ekonomiska skäl och att hälsofrämjande och förebyggande arbete får stå tillbaka för mer sjukdomsinriktade insatser. Särskilda utmaningar gäller barnhälsovårdens förutsättningar att tillhandahålla fördjupade och riktade insatser till familjer och barn med stora behov av stöd. Förutsättningarna för att bedriva elevhälsans medicinska insatser varierar mellan skolhuvudmännen i landet och det efterfrågas ett tydligare stöd för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Vägledningarna tar inte heller ett helhetsgrepp om barns och ungas hälsa och välmående under hela uppväxttiden utan riktar sig till enskilda verksamheter och understryker ett verksamhetsinriktat arbete. Detta innebär att verksamheterna inte arbetar mot helheten utan utifrån sina specifika uppdrag, målgrupper och medicinska program. Det försvårar förutsättningarna för att samlat följa barn och ungas hälsoutveckling under hela uppväxttiden.

Förslaget leder till ett mer samlat grepp kring de hälsofrämjande och förebyggande insatserna till barn och unga, och preciserar det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Tillgången till och kvaliteten på insatserna ska inte bero på var i landet man bor eller vilken skola eller vårdgivare man har valt. Ett samlat grepp är förenligt med rättigheter som följer av barnkonventionen, främst barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering enligt barnkonventionens artikel 24. Utredningen bedömer att även unga personer upp till 21 års ålder bör gynnas väsentligt av ett sådant samlat grepp. Det täcker in de åldersgrupper som kan vara föremål för elevhälsans medicinska insatser och skapar vid behov förutsättningar för en mjukare övergång till hälso- och sjukvård för vuxna.

Mer detaljerade bestämmelser bör finnas i föreskrifter

Utredningen har övervägt lämplig författningsnivå för att möta det behov av bindande reglering om hälsofrämjande och förebyggande arbete som redovisats ovan. Utredningen bedömer att bestämmelser inom detta område bör hanteras i föreskrifter som meddelas av en myndighet. Det baseras dels på att bestämmelser om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn

och unga skulle behöva vara på en sådan detaljerad nivå som inte lämpar sig i vare sig lag eller förordning, dels på att bestämmelserna behöver bygga på var tids bästa tillgängliga kunskap. Det senare förutsätter att kunskapsläget följs noggrant och att det finns en möjlighet att relativt snabbt göra förändringar i regleringen. Utredningen bedömer att det finns större förutsättningar för en myndighet att göra sådana förändringar i takt med att kunskapsläget utvecklas, än för regering och riksdag att göra det i förordning respektive lag. Kunskapsläget förändras snabbt på området, bland annat när det gäller de minsta barnens hälsa och utveckling.

För att möjliggöra föreskrifter om hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete till barn och unga föreslår utredningen att ett bemyndigande placeras i en ny punkt i 6 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen. Bemyndigandet bör ge regeringen möjlighet att besluta om en myndighet som får meddela föreskrifter, men också att själv meddela föreskrifter i frågan om regeringen skulle se det som mer lämpligt.

Utredningen bedömer att Socialstyrelsen är den myndighet som är bäst lämpad att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Socialstyrelsen är Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg. Socialstyrelsen ska enligt sin instruktion bland annat ”genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet” (4 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen). Mot bakgrund av detta föreslår utredningen att ett bemyndigande för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter i frågan placeras i en ny paragraf, 8 kap. 3 §, i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.

Utredningen ser att de föreslagna bemyndigandena har en tydlig koppling till 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen, särskilt genom den förändring som utredningen föreslår av den paragrafen.

Socialstyrelsen bör även ges ett uppdrag att meddela föreskrifter

Ett bemyndigande för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter skulle innebära att myndigheten *får* meddela föreskrifter i frågan, men inte en skyldighet för myndigheten att göra det. Utredningen bedömer, av de skäl som presenterats ovan, att det är mycket angeläget att föreskrifter meddelas i fråga om hälso- och sjukvårdens arbete med att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. För att säkerställa att så blir fallet föreslår utredningen att regeringen ger Socialstyrelsen ett uppdrag att meddela sådana föreskrifter.

Vad avses med barn och unga?

Som framgår ovan bedömer utredningen att föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga bör omfatta hälso- och sjukvårdens arbete riktat till personer upp till 21 års ålder, för att på ett ändamålsenligt sätt tillmötesgå de behov som finns i den åldersgruppen. Enligt artikel 1 i barnkonventionen är varje människa under 18 år ett barn om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet. Eftersom en person blir myndig vid 18 års ålder i Sverige, enligt 9 kap. 1 § föräldrabalken (1949:381), definieras personer som är yngre än 18 år som barn i Sverige enligt barnkonventionen.

Begreppet unga är mer svårdefinierat då detta kan omfatta både unga under tiden då personen är ett barn i rättslig bemärkelse och unga vuxna personer. Utredningen bedömer att det inte räcker att det föreslagna bemyndigandet avser hälso- och sjukvården till barn, då det även under de första åren som ung vuxen kan finnas särskilda behov i en hälso- och sjukvårdskontext. Eftersom olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet tillhandahåller insatser till barn och unga i olika åldersgrupper (se Problembild, kap. 5) händer det inte sällan att unga personer riskerar att hamna mellan stolarna, exempelvis i övergångar mellan barn- och vuxensjukvården. Utöver den problematik som föreligger vid övergången från barn- till vuxensjukvård ser barns och ungas möjligheter att få hjälp av elevhälsans medicinska del olika ut beroende på hur länge personen genomgår utbildning. Inom elevhälsan ska insatserna tillhandahållas så länge eleven är i skolan och de flesta elever är över 18 år när de avslutar gymnasieskolan. Insatser som regleras i skollagen styrs inte av den

unges ålder, utan utifrån om personen är i utbildning eller inte. Barn och unga som av olika anledningar inte är i skolan eller som avslutar skolan i förtid, får inte tillgång till de hälsofrämjande och förebyggande insatserna som ges i skolan.

Sammantaget innebär ovanstående omständigheter att en hälso- och sjukvårdsreglering som är knuten till ett brytdatum vid 18 års ålder inte är optimalt ur ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsoutveckling. Det gäller särskilt i fråga om en reglering av arbetet för att främja hälsa och förebygga ohälsa, eftersom utredningen konstaterat att sådant arbete är av särskild vikt att erbjuda alla på ett likvärdigt sätt under hela uppväxttiden.

I 16 kap. 3 § HSL används uttrycket barn och unga när det gäller samarbete mellan region och kommun i fråga om barn och unga utanför det egna hemmet. Av relevanta förarbeten framgår följande:

I socialtjänstlagen finns inte någon definition av vad som avses med unga. I förarbetena anges att socialnämndens ansvar när det gäller omsorger om barn och ungdom sträcker sig från insatser för de minsta barnen till insatser för ungdomar upp till 20-årsåldern. När det gäller allmänt förebyggande och stödjande arbete så har man inte velat lägga fast någon åldersgräns uppåt (se prop. 1979/80:1 s. 254). Vård som har beslutats med stöd av LVU ska upphöra senast när den unge fyller 21 år. Regeringen anser att det är lämpligt att sätta gränsen när det gäller erbjudandet om hälsoundersökningar till samma åldersgräns som gäller för vård enligt LVU. Regeringen föreslår därför att erbjudandet, förutom att gälla barn, även ska gälla unga personer i åldern 18–20 år.¹⁷

I ljuset av resonemangen ovan om vilka behov som finns i olika åldersgrupper och om hur begreppen barn och unga bör förstås i HSL, socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, har utredningen landat i att begreppet unga på ett ändamålsenligt sätt inramar såväl barn i ungdomsåren som unga vuxna upp till 21 års ålder. Utredningen bedömer att ”barn och unga” fångar en större grupp av de personer som är i behov av den ovan beskrivna föreskriftsregleringen än enbart barn, exempelvis unga personer som är i gymnasieutbildning efter att de fyllt 18 år. På så sätt omfattas även exempelvis unga personer med vårdinsatser som har beslutats med stöd av LVU samt personer som befinner sig i övergången mellan barn- och vuxen-sjukvården.

¹⁷ Prop. 2016/17:59, *Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet* (s. 33 ff.).

I sammanhanget kan det nämnas att förslag på förtydliganden av att unga inom socialtjänsten ska avse personer under 21 års ålder har lämnats av Barnskyddsutredningen och Utredningen om tvångsvård för barn och unga.¹⁸

I linje med den lagstiftningsteknik som valts i 16 kap. 3 § HSL föreslår utredningen dock inte att åldern skrivs ut direkt i lagparagrafen, utan att begreppet barn och unga används i betydelsen personer som inte fyllt 21 år.

6.3 Nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga

För att ytterligare förstärka den nationella styrningen av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga föreslår utredningen i detta avsnitt att ett nationellt hälsovårdsprogram för hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga ska utformas. Förslaget svarar mot direktivets uppdrag att föreslå hur vården kan bli mer sammanhållen och vad som ska ingå i uppgiften att erbjuda en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

I bakgrundsavsnittet konstateras att de verksamheter som tillhandahåller hälsovård till barn och unga, eller så kallad barn- och ungdomshälsovård, består av ett komplext system med flera huvudmän och vårdverksamheter. Uppdrag och ansvarsfördelning mellan de olika vårdverksamheterna upplevs som otydlig såväl för de professionella som för barn och unga och deras familjer. Det finns brister i samverkan mellan verksamheterna och i samordningen av vårdinsatser för barn och unga. Fragmentiseringen är delvis en naturlig konsekvens av det decentraliserade ansvaret att organisera, planera och finansiera hälso- och sjukvård till barn och unga och det kommunala självstyret. Mängden aktörer bidrar till fragmentisering av vården och i värsta fall till att barn och unga inte får de vårdinsatser som de behöver.

Under barns tidiga liv och utveckling är tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser god och tack vare det nationella barnhälsovårdsprogrammet tillhandahålls insatserna på förhållandevis likvärdiga grunder i landet. Mödrahälsovården och barnhälsovår-

¹⁸ SOU 2009:68 *Lag om stöd och skydd för barn och unga* s. 41 och SOU 2014:3 *Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga* (s. 144 f).

den lyfts ofta fram som strategiskt viktiga verksamheter ur ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv. De har stor kontaktyta mot befolkningen, professionell kompetens och förutsättningar att tillhandahålla insatser i ett mycket tidigt skede vilket gagnar barns hälsa och utveckling. Förutsättningarna för att bedriva mödrahälsovård och barnhälsovård varierar dock i landet och det förekommer brister när det gäller tillgång på riktade insatser, samordningen av vårdinsatser och samverkan både inom och mellan verksamheterna. När barnen börjar skolan tar skolhuvudmannen och elevhälsan över ansvaret för att följa upp barns och ungas hälsa och utveckling. Tillgängligheten till och kvaliteten på elevhälsans insatser varierar stort inom och mellan skolhuvudmän och skolenheter.

Samtliga utpekade verksamheter tillhandahåller hälsovård till barn och unga. Trots detta saknas gemensam syn på barns och ungas hälsa och utveckling hos de berörda aktörerna inom vård och skola. Det finns inte heller någon gemensam nationell målbild eller gemensamt nationellt vårdprogram för de insatser som tillhandahålls. Verksamheterna arbetar i hög grad i stuprör utifrån egna mål, strategier och förutsättningar. Samordningen av vårdgivarnas verksamheter behöver förbättras även på regional och lokal nivå. Det gäller i synnerhet samordningen av de insatser som tillhandahålls av skolhuvudmännen och de regionala hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Sammantaget innebär detta att barn och unga inte har tillgång till hälsofrämjande och förebyggande insatser på likvärdiga grunder i landet.

Statens stöd till verksamheterna bygger på den befintliga verksamhetslogiken i kommuner och regioner och är ofta riktat till de enskilda verksamheterna. Det understryker fragmentiseringen av vården i stället för att stödja ett helhetsperspektiv och en mer sammanhållen vård. Som exempel kan nämnas arbetet med kunskapsstöd och vägledning. I dag finns särskilda vägledning för barnhälsovård och för elevhälsa i stället för en gemensam. Samarbetet mellan myndigheterna har dock utvecklats vilket har bidragit till ökad samsyn i frågor som rör hälsovård till barn och unga. Regeringen har bland annat gett Socialstyrelsen och Statens skolverk i uppdrag att tillsammans utforma vägledningen om elevhälsa. Regeringen har också gett ett stort antal myndigheter och Sveriges

Kommuner och Regioner i uppdrag att utveckla en gemensam strategi för psykisk hälsa.¹⁹

Utredningen bedömer att ovannämnt myndighetssamarbete och arbetet med framtagande av en gemensam strategi pekar i rätt riktning. Det finns fortsatt behov av en tydligare nationell styrning av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. Utredningen bedömer att en nödvändig och rimlig ansats är att tydliggöra vad som ingår i hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete (hälsovård) som riktas till barn och unga under hela uppväxttiden.

6.3.1 Inriktningen på det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga

Förslag: Utredningen föreslår att ett nationellt hälsovårdsprogram för hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga under hela uppväxttiden tas fram.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utforma programmet i nära samarbete med Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten. Huvudmän för hälso- och sjukvård och skola, SKR, myndigheter och professions- och patient- och närståendeorganisationer ska vara delaktiga vid utformningen av programmet.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen föreslår en nationell samling med berörda aktörer kring utvecklingen och implementeringen av ett hälsovårdsprogram som tar ett helhetsgrepp om barns och ungas hälsa, utveckling och välmående under hela uppväxttiden. Programmet ska lägga grunden för en mer sammanhållen hälsouppföljning av barn och unga i bred bemärkelse och ge utförlig vägledning om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. Hälsovårdsprogrammet ska omfatta alla barn och unga, från tillblivande till vuxen ålder. Insatser ska ges på lika villkor i landet oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare.

Programmet ska utvecklas med utgångspunkt från barns och ungas behov och vad de kan förvänta sig av det hälsofrämjande och

¹⁹ Uppdrag till Socialstyrelsen att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention (dnr S2020/06171/FS).

förebyggande arbetet oavsett huvudman eller vårdverksamhet som tillhandahåller insatserna. I programmet ska ingå insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa och vid behov även fördjupade insatser. Insatserna ska ges nära barn och unga, i ett tidigt skede och vara ändamålsenligt samordnade. Målet är att alla barn och unga ska ha bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa och sociala välbefinnande.

Det nationella hälsovårdsprogrammet ska tydliggöra ramarna för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och utgöra ett stöd och ett sammanhållande kitt för professionella och beslutsfattare på alla nivåer inom de aktuella verksamheterna. Det ska också bidra till ökad förståelse om de olika vårdverksamheternas uppdrag och tydliggöra vilket ansvar vårdverksamheterna har enligt lag och annan författning.

Utredningen har i tidigare avsnitt föreslagit ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen av hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Det nationella hälsovårdsprogrammet ska utvecklas och anpassas till föreskrifterna och ge ytterligare vägledning om frågor som inte passar i föreskriftsform.

Hälsovårdsprogrammet ska bidra till en mer enhetlig nationell styrning av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga och utgöra basen i en god, nära, sammanhållen och likvärdig vård. Det ska också bidra till ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa och utveckling.

Det nationella hälsovårdsprogrammet förutsätter att berörda aktörer kan samverka så att vården blir med sammanhållen. Strukturer för samverkan behöver byggas upp till exempel mellan primärvården, BUP och elevhälsan för att överbygga övergångarna mellan vårdverksamheterna och skapa mer sammanhållna vårdprocesser för barn och unga. Det förutsätter också att skolhuvudmännen ger elevhälsans medicinska insatser möjligheter att kunna arbeta i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet oavsett om huvudmannen är en kommunal, enskild, statlig eller regional aktör.

För barnhälsovården finns ett nationellt hälsovårdsprogram vilket har bidragit till att göra hälsovården för de små barnen mer likvärdig och samordnad. Utredningen bedömer att ett nationellt hälsovårdsprogram på motsvarande sätt bör utvecklas för barns och ungas hela uppväxttid. I utredningens dialog med företrädare för

verksamheter, professioner och barn och unga har behovet av ett sådant program som samordnar de hälsofrämjande och förebyggande insatserna för barn och unga under hela uppväxttiden lyfts fram på bred front. Utredningen konstaterar att det också ligger väl i linje med hur de övriga nordiska länderna har valt att styra barn- och ungdomshälsovården. I de övriga nordiska länderna finns nationella föreskrifter och vägledningar som omfattar barns och ungas hela uppväxttid.²⁰ Till exempel har Norge nationella riktlinjer för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälsostations- och skolhälсотjänsten.²¹ Danmark har en sådan vägledning för förebyggande arbete för barn och unga.²² Dessutom har England ett nationellt hälsoprogram för barn och unga som bygger på universella och fördjupade insatser.²³

Utredningen bedömer att det befintliga programmet för barnhälsovården som regionerna ansvarar för bör utgöra en viktig grund och utgångspunkt för arbetet med hälsovårdsprogrammet och de insatser som riktas till barn och unga under hela uppväxten. Därutöver finns ett antal vägledningar och handböcker för de olika verksamheterna som också bör beaktas såsom exempelvis Socialstyrelsens och Statens skolverks Vägledning för elevhälsan och ARG-rapport för mödrahälsovården, sexuell och reproduktiv hälsa som utformats av företrädare för professionella inom mödrahälsovården. Det finns också riktlinjer och en handbok för ungdomsmottagningarnas verksamhet som Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar har utarbetat. Samtliga dessa styrdokument är viktiga utgångspunkter vid utformningen av hälsovårdsprogrammet. Syftet med programmet är dock att verksamheterna ska styras med utgångspunkt från ett gemensamt program och inte genom vägledningar eller andra styrdokument som riktar sig till de enskilda verksamheterna.

²⁰ Socialstyrelsen (2012): *Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård – Danmark, England, Finland, Norge och Sverige.*

²¹ Helsedirektoratet (2017): *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdomen.*

²² Sundhedsstyrelsen (2019): *VEJLEDNING om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge.*

²³ Public Health England (2016): *Best start in life and beyond: Improving public health outcomes for children, young people and families Guidance to support the commissioning of the Healthy Child Programme 0–19: Health visiting and school nursing services.*

Insatser på tre nivåer skapar förutsättningarna för att barn och unga får sina behov tillgodosedde

Hälsovårdsprogrammet ska i likhet med barnhälsovårdsprogrammet omfatta rekommendationer om hälsofrämjande och förebyggande insatser på tre nivåer, universell, selektiv och indikerad. Insatserna bör vara utformade efter barns och ungas olika utvecklingsstadier och anpassade till barn och ungas förutsättningar och behov oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning och sexuell läggning. De bör bidra till delaktighet för barnet eller den unge med utgångspunkt från ålder och mognad. Insatserna bör också vid behov vara samordnade och erbjudas i ett tidigt skede för att i möjligaste mån förebygga behovet av fördjupade insatser. Föräldraskapsstöd ska vara en viktig insats på alla nivåer och under hela uppväxttiden. Syftet med föräldraskapsstödet bör vara att stödja vårdnadshavare att ge sina barn en bra start i livet och en gynnsam utveckling med god hälsa.

Insatser på den *universella nivån* ska riktas till alla barn och unga och deras familjer och fortsatt utgöra en grund för det individriktade förebyggande och hälsofrämjande arbetet. I detta arbete bör till exempel ingå att tillhandahålla hälsobesök till barn och unga under uppväxttiden, generella hälsoundersökningar, hälsosamtal och vaccinationsprogram samt stöd i föräldraskapet. I det universella arbetet ska det vidare ingå att identifiera generella riskfaktorer för ohälsa och stödja och främja friskfaktorer till exempel för barn och unga på gruppnivå. Det kan handla om barns och ungas och deras familjers utveckling av en hälsosam livsstil och frågor som kost, sömn och fysisk aktivitet med mera.

Insatser på den *selektiva nivån* ska riktas till barn och unga och deras familjer som har behov av ytterligare stöd, hjälp och vägledning. Det kan till exempel handla om fördjupade kartläggningar av risk- och friskfaktorer och hälsovägledning som ska motivera till förändrade levnadsvanor hos barn och unga och deras familjer samt utökat föräldrastöd och tvärprofessionell konsultation eller samverkan kring barn och unga och deras familjer med ökade behov. På den selektiva nivå ingår att ge insatser till identifierade grupper av barn och unga och deras familjer som är i riskzonen för att utveckla ohälsa. Det kan handla om barn och unga som växer upp under

ogynnsamma sociala villkor, med psykisk ohälsa i familjen eller med konsekvenser av funktionsnedsättningar. För barn i skolåldern kan det handla om den gruppen elever som lämnar grundskolan med ofullständiga betyg. Uppsökande verksamhet kan vara aktuellt inom ramen för den selektiva nivån. Detta ligger också i linje med riksdagens intentioner om att primärvården i högre grad bör få ansvar för uppsökande verksamhet.²⁴

Insatser på den *indikerade nivån* ska riktas individuellt till barn och unga och i förekommande fall familjer med behov av fördjupade insatser. I detta ingår även att tidigt upptäcka barn och unga som har behov av förstärkta vårdinsatser och insatser som ska underlätta för vårdnadshavare att stödja barns hälsoutveckling. Med tidig upptäckt avses att i ett tidigt skede av en befarad problemutveckling identifiera tecken på ohälsa och utvecklingsavvikelse eller riskfaktorer av betydelse för barnets hälsa och utveckling. Det kan handla om ytterligare samtal och vägledning för det enskilda barnet eller den unge och dess familj. På den indikerade nivån ingår också att ta initiativ till fördjupad utredning och behandling i samverkan med andra vårdgivare och vårdnivåer, till exempel vård- och hälsocentraler eller remittering till specialistsjukvården, tandvården eller socialtjänsten. Insatser ska vidare ges i tid och vara ändamålsenligt samordnade. Det är viktigt att berörda huvudmän, både för hälso- och sjukvård och för skolverksamhet lyckas med ansatsen att både lyfta och stärka en sammanhållen hälsovård för barn och unga och samverka med andra vårdgivare och samhällsaktörer såsom tandvård och socialtjänst, och att förbättra samordningen av vårdinsatser för barn och unga. Utifrån barnets perspektiv är det viktigt att det inte finns några trösklar, gränser, samverkansglapp i insatserna runt barnet eller den unge och dess familj.

Hälsouppföljning ska utgöra grunden för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet

Hälsouppföljning ska liksom i dag fortsatt utgöra en central del i hälsovården till barn och unga. I hälsouppföljningen bör ingå att främja barns och ungas fysiska och psykiska hälsa, förebygga ohälsa och tidigt identifiera behov och initiera fördjupade stöd och riktade

²⁴ Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU2, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

insatser samt föräldraskapsstöd. Utredningen bedömer att hälsouppföljningen ska ske under barns och ungas hela uppväxttid och utformas och anpassas efter barns och ungas utvecklingsnivåer. Grunden för hälsouppföljningen är de hälsobesök som genomförs under uppväxttiden. Hälsovårdsprogrammet bör ge vägledning om rekommenderat antal hälsobesök och vad hälsobesöken ska innefatta. Hälsouppföljningen ska bygga på kunskapen om dels vad som främjar folkhälsan, dels om rådande folkhälsoproblem. Insatserna bör vara proaktiva och uppsökande. Med det avses att alla ska erbjudas hälsobesök och att hälsobesök inte uteblir på grund av att ett barn eller unge person byter skola eller flyttar från kommunen och regionen. Insatser som bygger på kunskaper om bland annat hälsans bestämningsfaktorer ska prioriteras. Hälsouppföljningen ska ge betydelsefull information om barns och ungas hälsa på såväl populations- som individnivå och ska ligga till grund för hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Hälsouppföljning i de tidiga åldrarna ska liksom i dag utgå från de rekommendationer om hälsobesök som anges i det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Vid hälsobesöken bör barnets hälsa och tillväxt samt barnets och familjen livssituation följas upp. Dessutom bör hälsosamtal genomföras för att främja psykiskt välbefinnande och goda levnadsvanor. Åtgärder bör vidtas i ett så tidigt skede som möjligt.

Hälsouppföljning för barn i skolåldern ska liksom i dag bygga på de hälsobesök som regleras i skollagen för grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan samt för gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Hälsobesöken för barn i skolåldern ska syfta till att bedöma barnets eller den unges fysiska och psykiska hälsotillstånd, tillväxt, utveckling och inlärning med målet att tidigt upptäcka barn och unga i behov av stöd eller andra insatser. Hälsobesöken ska innehålla undersökningar för att upptäcka till exempel tillväxt- och utvecklingsavvikelse och syn- eller hörselnedsättningar med flera relevanta undersökningar. I hälsobesöken ska även ingå ett hälsosamtal med syftet att stärka barnet eller den unges förutsättningar till ett hälsosamt liv. Under hälsosamtalet bör till exempel matvanor, fysisk aktivitet och alkohol och tobaksanvändning, sexuell och reproduktiv hälsa samt signaler på psykisk ohälsa, familjeförhållanden och sociala situation tas upp. När det gäller sexuell och repro-

duktiv hälsa kan det vara värdefullt att elevhälsan samverkar med ungdomsmottagningarna om informationsinsatser med mera.

Föräldraskapsstöd ska vara en central del av hälsovårdsprogrammet

Föräldraskapsstöd är en central del av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och en av de viktigaste insatserna samhället kan göra för att undvika ojämlikhet och negativa utfall för barn och unga. Föräldraskapsstöd ska därför vara en kontinuerlig insats i det nationella hälsovårdsprogrammet under barns och ungas hela uppväxttid. Vårdnadshavare har en unik möjlighet att främja barns hälsa och utveckling och relationen mellan barn och vårdnadshavare och föräldraförmågan har stor betydelse för barnets utveckling.²⁵ När barnet har en trygg anknytning och god relation till sina vårdnadshavare, minskar risken för en rad olika hälsoproblem och riskbeteenden.²⁶

Föräldraskapsstödet kan erbjudas i olika former, generellt och riktat, enskilt eller i grupp. Det kan vara av psykologiskt eller av mer utredande karaktär såsom insatser relaterat till föräldraskapet, samspel mellan vårdnadshavare och barnet, svårigheter hos barnet eller av mer allmän kunskaphöjande och förebyggande eller stödjande karaktär såsom föräldrastödsprogram.²⁷ Vårdnadshavares behov av stöd kan se olika ut och förändras under barnets uppväxt beroende på många olika faktorer, såsom var barnet är i sin utveckling, händelser i familjen, uppväxtmiljö och utvecklingen i samhället. Det finns en stabil forskningsgrund för den ekonomiska evidensen för föräldraskapsstödsprogram.

De ofödda och allra yngsta barnen är särskilt utsatta och sårbara när vuxna i familjen har allvarliga svårigheter, eftersom de är helt beroende av de vuxna för sin utveckling och sitt välbefinnande. Det är därför avgörande att svårigheter hos vårdnadshavare och svårigheter i relationen mellan barn och vårdnadshavare tidigt upptäcks och att individuellt stöd i föräldraskapet erbjuds. Stöd till familjer med svårigheter är ett forskningsområde som behöver stärkas.²⁸

²⁵ Regeringskansliet Socialdepartementet (2018): *En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd*.

²⁶ Blair M. et al. (2013): *Barnhälsovetenskap*.

²⁷ SBU (2010): *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn*.

²⁸ Folkhälsomyndigheten (2016): *Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld*.

Det är viktigt att tidigt uppmärksamma problem i familjer med svårigheter så att stöd och insatser kan sättas in så tidigt som möjligt i barnens liv. Exempel på sådana insatser är arbetet med förstärkta insatser och utökade hembesök till förstagångsföräldrar i socioekonomiskt utsatta områden som pågått med statligt stöd de senaste åren inom barnhälsovården, med goda resultat.²⁹ Ett annat exempel är samarbetet mellan Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Nationellt kunskapscentrum anhöriga som syftar till att öka kunskapen om de yngsta barnens psykiska hälsa och utveckling, om riktat föräldraskapsstöd och om insatser i övrigt för barn och familjer när det finns behov av utökat stöd.³⁰

Delaktighet för barn och unga ska vara en central utgångspunkt

Barns och ungas delaktighet ska vara en central utgångspunkt för de insatser som ges inom ramen för det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga. Barn och ungas delaktighet ska anpassas efter ålder, mognad och andra förutsättningar och behov.

Bestämmelser om patienters delaktighet finns bland annat i 5 kap. patientlagen och, när det gäller barn, i artikel 12 barnkonventionen, se även bedömningar om organisering och planering (avsnitt 6.4.3) för mer information. När det gäller barn har de en rätt att fritt uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör barnet och dessa ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad, enligt artikel 12 barnkonventionen.

En viktig förutsättning för delaktighet handlar om att göra hälso- och sjukvården mer personcentrerad. Personcentrering av hälso- och sjukvården innebär att vård och behandling utgår från patientens individuella behov och förutsättningar och resurser i alla delar av vårdprocessen, innan, under och efter ett vårdmöte eller vårdkontakt. Det handlar till exempel om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter fattar gemensamma beslut om vård och behandling och att vården ger stöd till patientens egenvård. Personcentrering handlar också om att ta tillvara patienters och

²⁹ Socialstyrelsen (2020): *Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården En andra delrapport från Socialstyrelsens uppdrag att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna för åren 2018 till 2020.*

³⁰ Socialstyrelsen (2021): *Stöd till barn som är anhöriga* (Hämtad 2021-04-09) och Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021): *Barn som anhöriga* (Hämtad 2021-04-09).

närståendes erfarenheter och kunskaper i vårdmötet, men även i utformningen av hälso- och sjukvården.³¹ Utredningen bedömer att det är angeläget att utveckla personcentreringen av hälso- och sjukvården utifrån barns och ungas perspektiv. Det handlar huvudsakligen om att skapa vårdmöten som underlättar förutsättningen för barn och unga att vara delaktiga i beslut om vård och behandling utifrån sina förutsättningar, behov och resurser. Utredningen vill även lyfta fram behovet av att skapa vårdtjänster av olika slag inklusive digitala vårdtjänster och vårdmöten som är anpassade efter barns och ungas behov och förutsättningar. Det gäller särskilt unga personer som i dag inte alltid nås av de hälsovårdsinsatser som ges inom ungdomsmottagningarnas verksamhet, till exempel unga med funktionsnedsättning, unga hbtq-personer, unga nyanlända personer och unga personer från socioekonomiskt utsatta områden.

Barns och ungas rätt till information, enligt bland annat 3 kap. patientlagen och, när det gäller barn artikel 12 barnkonventionen, är centralt för möjligheten att vara delaktig. Det handlar bland annat om att barn och unga ska få information om föreslagen vård och behandling och dess effekter och resultat. FN:s barnrättskommitté har också pekat på vikten av att införa lagstiftning eller regler för att säkerställa att barn har tillgång till konfidentiell medicinsk rådgivning utan föräldrars tillstånd oavsett ålder om detta behövs för barnets säkerhet och välbefinnande.³² Dessutom bedömer utredningen att det finns behov av att anpassa informationen om hälso- och sjukvårdens organisering regionalt och lokalt för barn och unga. Sådan information bör innehålla tydlig vägledning om vart barn och unga kan vända sig med sina vårdbehov.

Vidare finns det enligt utredningen behov av att skapa vårdprocesser som bidrar till kontinuitet och samordning av vårdinsatser för barn och unga inom och mellan vårdnivåer och vårdverksamheter och förenklade sätt för barn och unga att ta kontakt med vården. En väg in i vården är ett sådant exempel på förenklade kontaktvägar som förekommer i vissa regioner. I utredningens dialoguppdrag har företrädare för barn och unga i detta sammanhang lyft fram behovet av ett gott bemötande och att kompetens om barns och ungas levnadsvillkor och andra förutsättningar är en viktig grund för att kunna ge

³¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*, rapport 2018:08.

³² Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 12 (2009): *Barnets rätt att bli hörd*, CRC/C/GC/12 (p. 99–101).

ett gott bemötande. Det handlar bland annat om förståelsen för barns och ungas sociala, kulturella och övriga förhållanden.

Förståelsen för vårdverksamheternas uppdrag behöver öka

I enlighet med Problembilden, kap. 5, kan utredningen konstatera att det finns oklarheter hos professionella inom vård och omsorg om ansvarsfördelningen mellan de berörda verksamheterna. Utredningen bedömer att det i första hand handlar om att öka kunskapen hos berörda huvudmän och aktörer om de olika vårdverksamheternas uppdrag. Hälsovårdsprogrammet ska därför bidra till att öka förståelsen om de olika vårdverksamheternas uppdrag och tydliggöra vilket ansvar vårdverksamheterna har enligt lag och annan författning. Utredningen bedömer att det till exempel finns behov av att öka kunskapen om elevhälsans medicinska insatsers uppdrag och ansvar hos hälso- och sjukvården i övrigt och att tydliggöra primärvårdens ansvar för barn och unga i skolåldern. Vidare finns behov av att tydliggöra elevhälsans medicinska insatsers roll som det första ledet i en vårdprocess när behov av fördjupade vård- och behandlingsinsatser uppmärksammas. Utredningen bedömer att det inte är lämpligt att på en nationell nivå tydligt definiera ansvarsgränser mellan verksamheterna eftersom en viss överlappning av verksamheternas uppdrag och ansvar är nödvändigt för att barn inte ska falla mellan stolarna. Alltför skarpa ansvarsgränser kan få till följd att vissa individer hamnar utanför verksamheternas definierade ansvarsområden. Det måste också fortsatt finnas förutsättningar för de regionala och lokala huvudmännen att avtala om den mer exakta gränsdragningen mellan de berörda verksamheterna med utgångspunkt från regionala och lokala förutsättningar och behov. Den centrala utgångspunkten ska vara att vårdverksamheterna tar ansvar för att alla barn och unga får tillgång till stöd, vård och behandling efter behov anpassat efter ålder och mognad och andra förutsättningar.

Det är mycket angeläget att ansvarsfördelningen mellan berörda verksamheter stödjer överlämningar och övergångar och täpper till kända glapp till exempel mellan barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser och mellan elevhälsans medicinska insatser och övrig hälso- och sjukvård. Detsamma gäller överlämningar och övergångar från hälso- och sjukvård för barn- till hälso- och sjukvård för

vuxna. Ur ett ansvarsperspektiv är det också synnerligen viktigt att verksamheter med specialiserad kompetens kommer in tidigt i en vårdprocess och bidrar med konsultativt stöd till primärvården och de verksamheter som tillhandahåller hälsovård till barn och unga.

Barn och unga ska få en kontinuerlig vård och samordnade insatser

I hälsovårdsprogrammet ska det finnas vägledning om hur hälso- och sjukvård för barn och unga kan bli mer sammanhållen, samordnad och kontinuerlig. Det handlar om att få till stånd en mer ändamålsenlig samordning av vård för alla barn och unga som behöver insatser från flera vårdverksamheter. Utredningen vill understryka att det är särskilt viktigt att samordning sker när det gäller barn och unga. Barn är, bland annat utifrån barnkonventionen, särskilt skyddsvärda personer som ofta behöver hjälp och stöd av professionella eller andra vuxna för att kunna ta del av sina rättigheter. Men även unga personer som är över 18 år har ofta särskilda behov i detta avseende. Samordningen kan ske med hjälp av en fast vårdkontakt. Enligt 6 kap. 2 § patientlagen ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och samordning. Bestämmelsen gäller hos samtliga vårdgivare oavsett huvudman. För att ytterligare understryka behovet av att barn och unga får en fast vårdkontakt föreslår utredningen en bestämmelse som ska gälla i hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman. Den föreslagna bestämmelsen innebär att om en patient inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov. Samordningen bör ske när ett barn eller en ung person behöver få hjälp med att hitta rätt i vårdapparaten, till exempel när ett barn eller en ung person har behov av utredning, vård och behandling från annan vårdnivå eller vårdverksamhet än den verksamhet som har identifierat behovet. Den aktuella vårdverksamheten bör då lotsa barnet eller den unge till rätt vårdverksamhet och följa upp att vårdinsatser genomförs med beaktande av tillämpliga regler om sekretess och tystnadsplikt.

I enlighet med hälso- och sjukvårdslagstiftningen ska patienters olika vårdinsatser vara samordnade på ett ändamålsenligt sätt och

tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, enligt 5 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § patientlagen. I Problembilden, kap. 5 konstateras att samordning av patienters vårdinsatser är en av de största utmaningarna i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Bristande samordning kan leda till en försämrad upplevelse för patienter, i vissa fall också till en kvalitativt sämre vård eller omsorg.³³ När vården och omsorgen inte samordnar insatser behöver patienten själv ta ansvar för samordningen. I relation till barn handlar det ofta om att vårdnadshavare behöver ta ansvar för samordningen och andra kontakter med samhället. I de fall vårdnadshavarna inte har förmågan att ta ett sådant ansvar kan det få allvarliga konsekvenser för barn och unga.

För att stödja samordningen av vårdinsatser har regeringen initierat ett arbete med så kallade patientkontrakt. Patientkontrakt ska vara en översikt över patientens samtliga vårdkontakter och stödja samordningen av vårdinsatserna både för patienten och vårdens personal. Regeringen har stimulerat utvecklingen av arbetet med patientkontrakt inom ramen för flera överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, bland annat överenskommelserna om Patientmiljarden – insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården – och om god och nära vård. Utredningen för en samordnad utveckling av god och nära vård (S 2017:01) har också på regeringens uppdrag utrett förutsättningarna för att lagstadga patientkontrakt i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Förslagen har remitterats och bereds för närvarande i Regeringskansliet. Vidare har regeringen gett Socialstyrelsen och Statens skolverk i uppdrag att stödja utvecklingen av tidiga och samordnade insatser för barn som riskerar en ogynnsam utveckling. Samordnade insatser ska ske mellan skolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten.³⁴ På flera håll i landet pågår nu utvecklingsinsatser som ska stödja samordning. Det gäller till exempel projektet Barnets bästa gäller, i Region Kronoberg, Backa barnet i Ystad, HLT-team i Region Västerbotten och Tillsammans för varje barn i Falun.

Inom ramen för regeringens överenskommelse om God och nära vård 2020 – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på

³³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016): *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*.

³⁴ Uppdrag till Statens skolverk och Socialstyrelsen: *Ändring av uppdrag att utföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga samt förlängd tid för uppdraget*, dnr U2020/00363.

primärvården – stimulerar regeringen ökad tillgänglighet i barnhälsovården. Överenskommelsen innebär att regionerna ska stödja och utveckla en bättre samverkan mellan barnhälsovården och andra relevanta aktörer såsom mödrahälsovården, tandvården och socialtjänsten, för att uppmärksamma och förebygga skillnader i hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. På flera håll i landet samverkar vårdverksamheter i så kallade familjecentraler. Erfarenheter från dessa uppdrag och insatser har ännu inte utvärderats men kan komma utgöra värdefull information om hur arbetet med att samordna vårdinsatser kan utvecklas lokalt och regionalt.

Samverkan mellan berörda verksamheter behöver utvecklas

Att främja hälsa och förebygga ohälsa är inte endast hälso- och sjukvårdens ansvar. Hälsöfrämjande och förebyggande insatser för barn och unga kan ske på flera arenor och samverkan blir därmed av avgörande betydelse för barns och ungas fortsatta hälsa. Hälsovårdsprogrammet bör bidra till att stödja samverkan mellan verksamheter som erbjuder hälso- och sjukvård till barn och unga samt samverkan med andra relevanta aktörer till exempel tandvården, socialtjänsten, förskolan och skolan. Samverkan behöver ske på huvudmannanivå, vårdgivarnivå och professionell nivå. Det övergripande syftet med samverkan bör vara att barn och unga får kontinuerlig och samordnad vård och behandling i ett tidigt skede. Utredningen bedömer att de samlade förslag som utredningen lägger fram kan underlätta förutsättningar för samverkan.

De centrala bestämmelserna för samverkan och vägledning om hur dessa bestämmelser bör implementeras på olika nivåer i hälso- och sjukvården bör framgå av hälsovårdsprogrammet. Det gäller till exempel bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen om att regioner och kommuner ska samverka med andra samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av vården och samverkan mellan region och kommun när en enskild patient har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten enligt 7 kap. 7 §, 11 kap. 3 § och 16 kap. 4 § HSL. Det gäller vidare nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som träder i kraft den 1 juli 2021 som anger att primärvård ska samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att sam-

ordningen sker inom primärvården.³⁵ Det gäller även bestämmelser i patientlagen som anger att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses och att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt samt rätten till fast vårdkontakt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet enligt 6 kap. 1 § och 2 § PL. Bestämmelsen i patientsäkerhetslagen som anger att hälso- och sjukvårdspersonal ska samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs när det gäller barn som far illa eller riskerar att fara illa bör också ingå enligt 6 kap 5 § PSL. Dessutom bör bestämmelser som gäller samverkan i Socialstyrelsen föreskrift 2011:09 om ledningssystem för systematiskt kvalitetledningsarbete. Det gäller bestämmelser om samverkan för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador inom den egna organisationen och samverkan med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter enligt 4 kap. 6 § SOSFS 2011:9.

I detta bör dessutom ingå att redogöra för sekretess- och tystnadspliktsregler, enligt lagen om offentlighet och sekretess (2009:400) och PSL, samt relevanta bestämmelser om behandling av personuppgifter, enligt bland annat dataskyddsförordningen och patientdatalagen, när samverkan sker kring enskilda barn och unga. Det bör också redogöras för vad som gäller i fråga om barn och deras vårdnadshavare i det avseendet.

Vidare bör det ingå vägledning om grundläggande förutsättningar för samverkan samt hur samverkan bäst kan organiseras. Det handlar bland annat om att samverkan behöver förankras på flera nivåer i förvaltningen. Det behövs också tydliga mål, tillräckliga resurser och en ändamålsenlig organisation för samverkan. Dessutom behöver de samverkande aktörerna ha ett gemensamt synsätt och god kunskap om varandras förutsättningar, uppdrag och regelverk. En viktig utgångspunkt för denna vägledning bör vara att verksamheter som tillhandahåller hälsovård till barn och unga delvis regleras av olika regelverk och har olika förutsättningar och ingångsvärden i samverkan.

³⁵ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Kompetensnivåer för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet

Hälsovårdsprogrammet ska även erbjuda vägledning om vilka kompetensnivåer som bör finnas tillgängliga i den hälso- och sjukvårdsverksamhet som huvudsakligen arbetar med ett förebyggande och hälsofrämjande uppdrag gentemot barn och unga. Utgångspunkten ska vara att det finns tillräckliga kompetenser för att möta barns och ungas behov utifrån rådande hälso- och sjukdomspanorama samt för att utföra hälsofrämjande, förebyggande och hälsouppföljande insatser. Bemanningen behöver också vara tillräcklig för att uppdraget ska kunna utföras både i förhållande till befolkningens mängd och socioekonomiska förutsättningar som kan påverka förekomsten av riskfaktorer hos befolkningen och i synnerhet hos barn och unga. Kompetens om hälsofrämjande och förebyggande arbete är en given förutsättning för att kunna verkställa det föreslagna hälsovårdsprogrammet. Mot bakgrund av att den psykiska ohälsan hos barn och unga ökar bör särskild vikt läggas vid kompetenser för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa.

Det bör finnas tillgång till tvärprofessionella team som kan göra breda bedömningar av barns och ungas behov av insatser, särskilt när det bedöms att barn eller unga har behov av fördjupade insatser på selektiv eller indikerad nivå. Tvärprofessionella team kan utifrån respektive kompetens och kunskapsområde bidra till en helhetssyn på barnets eller den unges behov och de åtgärder som bör vidtas. I teamen bör de yrkeskompetenser ingå som krävs för att barn och unga ska kunna erbjudas tidiga, samordnade, ändamålsenliga och hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det kan till exempel handla om läkare, sjuksköterskor, dietister, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, logopedier, specialpedagoger, psykologer, kuratorer och socionomer.

Därutöver är det centralt att det finns personal med barn- och ungdomskompetens som kan möta barn och unga utifrån deras behov och förutsättningar och göra barn och unga delaktiga i vård och behandling. Barn- och ungdomskompetensen behöver vara anpassad efter barns och ungas olika utvecklingsstadier och åldrar. I barn- och ungdomskompetensen ingår även kompetens om barns och ungas levnadsvillkor och förutsättningar, till exempel kulturell kompetens om förutsättningar för unga HBTQ-personer och unga med funktionsnedsättning, unga nyanlända och unga som är socialt

utsatta med mera. I detta arbete bör den barn- och ungdomskompetens som finns inom de medicinska insatserna av elevhälsan och ungdomsmottagningarna särskilt beaktas. I detta ingår även kompetens att kunna möta och inkludera vårdnadshavare i vård och behandling och att kunna erbjuda olika typer av föräldraskapsstöd.

Uppdrag att utforma ett nationellt hälsovårdsprogram

Utredningen bedömer att det behövs en nationell samling kring utformningen av det nationella hälsovårdsprogrammet. Det är en förutsättning för att programmet ska kunna genomföras på ett effektivt sätt i berörda vårdverksamheter. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att i samråd med, Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten utforma det nationella hälsovårdsprogrammet. Företrädare för berörda huvudmän och den nationella kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård och SKR, professionen och patienter och närståendeorganisationer bör ingå i arbetet. Det ska säkra att programmet har ett tvärsektorielt stöd. Regeringen bör överväga att lämna särskilda stimulansmedel till relevanta organisationer för att de ska kunna delta i arbetet med att utforma och bidra till att genomföra programmet. Uppdraget kommer att behöva pågå under flera år och i uppdraget bör ingå att göra en förstudie om hur arbetet med att ta fram programmet bäst kan utformas för att inkludera alla berörda parter.

Dessutom bör regeringen ingå en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner när det gäller de praktiska och organisatoriska förutsättningarna för verksamheterna att implementera det nationella hälsovårdsprogrammet. I detta bör även ingå en plan för långsiktig förvaltning och utveckling av kunskapsstöd eller en rikshandbok som stödjer användningen av hälsovårdsprogrammet för barn och unga i de aktuella verksamheterna.

Utredningen bedömer att en sådan samlad organisation för att utveckla hälsovårdsprogrammet borgar för kvalitet och ett gemensamt ansvar för att programmet implementeras i verksamheterna. Utredningen bedömer också att den organisation för kunskapsstyrning som regionerna i samverkan har utformat, kan underlätta samarbetet med regionerna i utformningen och genomförandet av hälso-

programmet. Det nationella barnhälsovårdsprogrammet har utarbetats på ett liknande sätt och det har visat sig vara en framgångsfaktor i implementeringen av programmet i berörda verksamheter. De kunskapsnoder som finns över landet i form av centrala mödrahälsovårdsenheter och centrala barnhälsovårdsenheter har haft en avgörande roll för utveckling och förvaltning av mödrahälsovårdens respektive barnhälsovårdens innehåll och utformning. Detta är något som bör beaktas när hälsovårdsprogrammet för barn och unga ska genomföras och förvaltas. Dessutom bör genomförandet av programmet och att huvudmännen arbetar i enlighet med programmet följas upp med utgångspunkt från lämpliga indikatorer. Även detta bör ingå i myndigheternas uppdrag. Till denna del återkommer utredningen i slutbetänkandet.

6.3.2 Uppdrag att sammanställa evidens för hälsofrämjande insatser

Förslag: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) ska få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa.

Bedömning: Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten bör få i uppdrag att ta fram kunskaps- och metodstöd om hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga.

Skälen för utredningens bedömning: För att ytterligare stärka förutsättningarna för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård till barn och unga bör Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer identifiera inom vilka områden det kan vara relevant att genomföra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga för att främja fysisk och psykisk hälsa och förebygga ohälsa. Underlagen ska bidra till utvecklingen av det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga. Uppdraget bör ges under en period av flera år för

att underlätta samverkan och genomförande av projekt. SBU ska även identifiera kunskapsluckor inom området.

Utredningen bedömer också att Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten bör få i uppdrag att kartlägga behovet av ytterligare kunskapsstöd inom området för att stödja utvecklingen av en hälsofrämjande hälso- och sjukvård för barn och unga. Kartläggningen bör göras i samråd med huvudmännen och berörda professions- och patientföreträdare.

6.4 Organisation, planering och samverkan i hälso- och sjukvården som riktar sig till barn och unga

Utredningen konstaterar att hälso- och sjukvården kan utveckla sitt arbete med att möta barns och ungas rättigheter och behov. Vid planering och utformning av hälso- och sjukvården som helhet utgör vanligen vuxna norm. Införande av nya system, processer och lösningar genomförs ofta utifrån vuxenperspektiv, vilket riskerar att bli alltför begränsat för att på ett ändamålsenligt sätt kunna tillgodose barns och ungas rättigheter och behov.

Barn och unga är mer systemberoende än vuxna, eftersom de är i en beroendeställning till vuxna och påverkas mer av omgivande faktorer som familj och skola. Det är viktigt att relevanta verksamheter samverkar och samordnar sig på ett sätt som är ändamålsenligt för barn och unga. Arbetet med barn behöver bedrivas familjecentrerat och med helhetssyn, samt med kunskap om barnets närmiljö. Samtidigt ska barnets rätt till integritet och delaktighet tillgodoses. Arbetet med barn och unga och barns vårdnadshavare kräver också mer tid och särskild kompetens.

Utredningen ser behov av bättre styrning mot samverkan mellan huvudmän för verksamheter som barn och unga har särskilt mycket kontakt med, eftersom det kan bidra till bättre sammanhållning i dagens fragmentiserade hälso- och sjukvårdssystem. När det gäller planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården bedömer utredningen att det inom ramen för huvudmännens ansvar också behövs ett tydligare fokus på barns rättigheter enligt barnkonventionen.

En helhetssyn bör prägla såväl organisation, som vård och behandling.³⁶ Hälso- och sjukvårdens ansvar att erbjuda god vård till befolkningen ska redan i dag tillförsäkra barn och unga en likvärdig tillgång till såväl hälsofrämjande, förebyggande som sjukvårdande och rehabiliterande åtgärder.

6.4.1 Förstärkt samverkan mellan region och skolhuvudmän

Förslag: Det ska i ett andra stycke i 7 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) regleras att regionen, i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga, särskilt ska samverka med huvudmän inom skolväsendet.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen bedömer att samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet utgör en viktig pusselbit som kan bidra till bättre sammanhållning i dagens fragmentiserade hälso- och sjukvårdssystem. Genom att huvudmännen samverkar med varandra skapas förutsättningar för samordning av insatser till barn och unga i sådana verksamheter som de olika huvudmännen ansvarar för. En bättre samverkan mellan regionen och huvudmännen för skolväsendet kan främja hälsa och förebygga ohälsa ur ett brett perspektiv, genom en bättre förståelse för varandras verksamhetsområden och utmaningar och genom en bred och gemensam bild av hälsoläget hos barn och unga. Det kan ge bättre möjligheter att planera och utveckla verksamheterna därefter, vilket gynnar barn och unga. Förslaget innebär ett förtydligande av regionens ansvar att samverka med huvudmän inom skolväsendet.

Även om regionen och vårdgivare för elevhälsans medicinska insatser ska samverka enligt befintliga regler, behöver huvudmännen för skolväsendet adresseras särskilt i regionens ansvar för samverkan för att kunna skapa det nödvändiga samhällsliga partnerskapet mellan hälso- och sjukvården – inte minst primärvården – och skolväsendet. Det är angeläget eftersom skolan är den arena där de flesta barn och unga finns. Ett sådant nära partnerskap är också avgörande för att de aktörer som har ansvar för att främja hälsa och förebygga

³⁶ Prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* (s. 117).

ohälsa hos barn och unga, ska kunna möta barns och ungas behov ur ett helhetsperspektiv och för att tillgodose deras rättigheter under hela uppväxttiden. Utredningen menar att en bättre styrning av övergripande samverkan mellan huvudmännen kan bidra till förbättrad samordning av vårdinsatser på den individuella nivån.

I förarbetena till skollagens bestämmelser om den samlade elevhälsan, framhålls att det är angeläget att samverkan, från elevhälsans håll, sker med övrig hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.³⁷ Utredningen bedömer därför att detta samverkanskrav som regionen kan anses ha med dagens elevhälsa principiellt är mycket viktigt och att det behöver skapas förutsättningar för att på bästa sätt uppfylla detta genom samverkan på huvudmannanivån. Det kan nämnas att skolhuvudmannen ofta är vårdgivare för elevhälsans medicinska del, men inte alltid. Den föreslagna bestämmelsen kan därför bli särskilt viktig i de situationer när så inte är fallet.

Förslaget utgör ett komplement till det befintliga generella ansvaret för regionen, att i planering och utveckling av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare, enligt 7 kap. 7 § HSL. Vårdgivare för elevhälsans medicinska insats är exempel på vårdgivare. Det finns dock i dag ingen tydlig uttrycklig bestämmelse om samverkan på den övergripande nivån mellan de regionala hälso- och sjukvårdshuvudmännen och skolväsendets huvudmän.

Vid införandet av samverkanskravet, avsågs med samhällsorgan, främst kommuner och statliga myndigheter, till exempel Socialstyrelsen, dåvarande Skolöverstyrelsen, Arbetskyddsstyrelsen på central nivå samt Länskolnämnden, Yrkesinspektionen, Länsarbetsnämnden och de regionala stiftelserna för skyddat arbete på länsplanet.³⁸ Med hänsyn till skolväsendets organisation i början av 1980-talet, bedöms att i vart fall dåtidens huvudmän för skolväsendet bör ha omfattats av begreppet samhällsorgan. Utredningen bedömer dock att det inte tillräckligt tydligt framgår att regionen ska samverka med huvudmän för skolväsendet, eftersom skolhuvudmännen i dag är organiserade på annat sätt. Huvudmän inom skolväsendet utgörs i dag, enligt 2 kap. 2–5 §§ skollagen, av kommuner, regioner, staten och enskilda.

³⁷ Prop. 2009/10:165, *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 276).

³⁸ Prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* (s. 123 f).

Utredningen bedömer det relevant att samverka med huvudmän inom samtliga skolformer ingår i det föreslagna samverkanskravet. Ett skäl till detta är att alla skolformer inte har elevhälsoverksamhet och omfattas därför inte i det befintliga samverkanskravet med vårdgivare. När det till exempel gäller förskola och kommunal vuxenutbildning finns inget krav på att anordna elevhälsa. Majoriteten av alla barn mellan 1–5 år är inskrivna i förskolan och samverkan mellan regionen och förskolor behöver generellt förbättras. I kommunal vuxenutbildning finns personer i olika åldrar, även unga personer, som tar del av utbildning på olika nivå.

Skolväsendet omfattar i sin helhet, enligt 1 kap. 1 § skollagen, följande skolformer: förskola, förskoleklass, grundskola, grundsärskola, specialskola, sameskola, gymnasieskola, gymnasiesärskola, och kommunal vuxenutbildning. I skolväsendet ingår också fritidshem som kompletterar utbildningen i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, specialskolan, sameskolan och vissa särskilda utbildningsformer.

Huvudmännen för skolväsendet bedöms, precis som anförts i tidigare förarbeten om samverkan med samhällsaktörer, organisationer och vårdgivare, att bidra till att utifrån sina befintliga verksamheter och ansvar, i största möjliga utsträckning aktivt delta i en sådan samverkan för att tillgodose främjandet av barns och ungas hälsa.³⁹

Utredningen bedömer att det är relevant att regionen i första hand samverkar med samtliga huvudmän inom skolväsendet vars verksamhet är belägen inom regionen. Det kan dock finnas situationer när det även är relevant att samverka med huvudmän inom skolväsendet vars verksamhet är belägen utanför regionen.

Brister i samverkan leder till att barn och unga inte får de insatser de behöver, eller inte i rätt tid

Brister i samverkan och samordning i systemet lyfts i flera myndighetsrapporter, se även problembilden kap. 5. Samverkan mellan skolverksamheterna och primärvården brister särskilt. I exempelvis regeringsuppdraget Tidiga samordnade insatser, som följer ett 40-tal samverkansprojekt mellan socialtjänst, elevhälsa och sjukvård, be-

³⁹ Prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* (s. 64).

skrivs regionen i allmänhet och primärvården i synnerhet som frånvarande i samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa.⁴⁰ När det gäller omhändertagande av psykisk ohälsa, brister samverkan och samordning mellan alla aktörer. Ansvarsfördelningen mellan aktörerna bedöms också vara otydlig.⁴¹

Stora brister har också rapporterats när det gäller samverkan och samordning mellan barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och skolans elevhälsa. Utöver detta finns också brister i samverkan mellan elevhälsan, tandvård och socialtjänsten.⁴²

I Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn från 2015 såg myndigheten att förutsättningar för samverkan varierar i de olika länen. Endast en tredjedel av regionerna hade till exempel upprättat länstäckande styrdokument för samverkan med elevhälsan i länet.⁴³ I de län där sådana överenskommelser förekommer fungerar samverkan bättre.⁴⁴ IVO lyfte också att bristande samverkan mellan elevhälsans medicinska insatser och BUP är särskilt problematiskt av flera skäl. Det handlar bland annat om att BUP ofta kräver att elevhälsan genomför vissa utredningar innan BUP tar emot barn och unga. Det är inte förenligt med det uppdrag som elevhälsan och dess medicinska insatser har enligt skolförfattningarna. Elevhälsan kan dessutom ha svårt att bedöma i vilken omfattning utredningen förväntas vara och har sällan de resurser eller andra förutsättningar som krävs för att genomföra utredningarna. Detta innebär att barn och unga kan få vänta både på utredning från skolan och sedan i kön till BUP. De långa väntetiderna på BUP kan också innebära att elevhälsan behöver göra om vissa utredningar på grund av att de har blivit inaktuella under tiden som barnet eller den unge stått i kö till BUP. IVO har även lyft problem med ett otydligt vårdansvar inom psykiatri för unga personer som har fyllt 18 år.⁴⁵

Att samverkan och samordning brister har också bekräftats i utredningens dialoger. I flertalet dialogmöten efterfrågades ytterligare krav på samverkan som lösning på befintlig fragmentisering. Även

⁴⁰ Governo (2021): *Utvärdering av Skolverkets och Socialstyrelsens regeringsuppdrag om tidiga samordnade insatser för barn ordnade insatser för barn och unga* (2017/01236/GV).

⁴¹ IVO (2015): *Elevhälsan – Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*.

⁴² SOU 2010:95, *Se, tolka och Agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*, SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet* och SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet*.

⁴³ IVO (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*.

⁴⁴ IVO (2015): *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan*.

⁴⁵ Inspektionen för vård och omsorg (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län* (s. 15).

de ungas berättelser har tydligt visat att vården för barn och unga inte är sammanhållen, se även Problembilden, kap. 5.

Det råder alltså en stor samstämmighet kring behovet av samverkan och samordning och därvid behovet av tydligare – inte minst ekonomisk – styrning, samverkansstrukturer, rutiner och prioriteringar hos de verksamheter som tillhandahåller hälso- och sjukvård till barn och unga. Att huvudmännen har huvudansvaret för denna styrning stämmer också helt överens med regeringens bedömning avseende inriktningen för det pågående omställningsarbetet.⁴⁶

Inriktning när det gäller samverkan i omställningen till en god och nära vård

Regeringen har bland annat anfört att bristen på samordning i dag är ett av hälso- och sjukvårdens stora problem och att många patienter och närstående vittnar om att de får lägga mycket tid och kraft på att koordinera vårdens olika insatser och att vårdens aktörer påfallande ofta är okunniga om patientens sjukdomshistoria. Regeringen anser därför att det är angeläget att huvudmännen skapar förutsättningar för samverkan och för att samordna olika delar av hälso- och sjukvården så att patientens hela hälsotillstånd kan bedömas och behandlas. I detta ligger både att skapa en ändamålsenlig organisation och att vårdens utförare har det verksamhetsstöd, ändamålsenliga it-stöd samt de ekonomiska resurser och kompetenser inom till exempel diagnostik, behandling och rehabilitering som behövs för att samordning ska vara möjlig på ett resurseffektivt sätt. För att möta personens hela behov krävs inte bara en samverkan mellan olika huvudmän och organisationer, det behövs också strukturer som uppmunttrar och underlättar samarbetet mellan vårdens olika professioner i det dagliga arbetet.⁴⁷

⁴⁶ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

⁴⁷ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s 38).

6.4.2 Hälso- och sjukvårdens samverkan och samordning med socialtjänst och tandvård behöver stärkas

Bedömning: Regionen bör i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga stärka sin samverkan med socialtjänsten.

Bedömning: Regionen bör i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården och tandvården till barn och unga stärka samordningen mellan verksamheterna.

Bedömning: Patientkontrakt bör utgöra ett verktyg för att underlätta samverkan mellan hälso- och sjukvården och övriga aktörer. Inom ramen för det pågående utvecklingsarbetet mellan staten och SKR bör patientkontrakt utvecklas och anpassas till barns och ungas behov och förutsättningar. I detta ingår bland annat att undersöka hur elevhälsan kan utgöra en part i arbetet.

Skälen för utredningens bedömning: I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården behöver det finnas förutsättningar för samverkan och samordning med alla relevanta aktörer, för att barn och unga ska kunna erbjudas en sammanhållen, god, nära, likvärdig hälso- och sjukvård där hälsofrämjande och förebyggande insatser ingår.

Flera av skälen som angetts ovan som motiv till att stärka samverkan mellan den regionala hälso- och sjukvården och huvudmän inom skolväsendet, motiverar även behovet av en stärkt samverkan och samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, respektive hälso- och sjukvården och tandvården. Behovet av att synliggöra den särskilda hänsyn som behöver tas till barn och unga i huvudmännens organisatoriska och planeringsmässiga perspektiv är ett sådant exempel.

Ett genomförande av det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga som utredningen föreslår förutsätter också att samtliga berörda parter tar ansvar för och skapar förutsättningar för samverkan och samordning dem emellan.

Stärkt samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst

Utredningen ser behov av att samverkan mellan hälso- och sjukvården för barn och unga och socialtjänsten stärks. Utredningen konstaterar att det finns flera krav på samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men att huvudmännen behöver skapa bättre förutsättningar på alla nivåer i systemet för att utveckla sådan samverkan i syfte att ändamålsenligt samordna vårdinsatser för barn och unga. En mer strukturerad samverkan på huvudmannanivå skapar förutsättningar för samordning av insatser mellan de olika verksamheterna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Utredningen bedömer att de delar av socialtjänstens verksamhet som arbetar hälsofrämjande och förebyggande, till exempel med föräldrastöd, utgör önskvärda delar och samverkansparter i en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Sådan samverkan bör utgå från barns och ungas hela hälsa, utveckling och livsvillkor i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet, som utredningen föreslår. Socialtjänsten behöver därför inkluderas på ett tydligare sätt i de processer och strukturer för samverkan som redan finns inom hälso- och sjukvården.

Utredningen konstaterar att krav på samordning och samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten bland annat finns i 5 kap. 8 § och 16 kap. 3 och 4 §§ HSL och i 5 kap. 1 d, 8 a och 9 a §§ SoL. Vidare är krav på samverkan reglerat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, 4 kap. 5 och 6 §§ (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Där anges att både vårdgivare och de som bedriver omsorgsverksamhet ska identifiera processer där det finns behov av samverkan och säkerställa att samverkan möjliggörs med bland annat vårdgivare och verksamheter inom socialtjänsten. Vikten av samverkan, samordning och samarbete inom och mellan vården och omsorgen framhålls också i olika förarbeten.⁴⁸

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten sker bland annat inom ramen för individuell plan, i dagligt tal även kallad för samordnad individuell plan eller SIP. Användningen av SIP varierar över landet. Verksamheterna har kommit olika långt i implementeringen av verktyget och relaterade processer när det gäller

⁴⁸ Prop. 1981/82:97, Om hälso- och sjukvårdslag, m.m. (s. 123 ff.), Prop. 1979/80:1, Om socialtjänsten (s. 357 ff.) och Prop. 2000/01:80, Ny socialtjänstlag m.m. (s. 93).

arbetsätt och metoder.⁴⁹ Utvärderingar av SIP visar att det är svårt att få en sammantagen bild av lagens genomslag. I SKR:s utvärdering 2020 har framgångsfaktorer och hinder identifierats. Bland framgångsfaktorerna finns samsyn och samverkan mellan aktörer, användarvänligt och tillgängligt it-stöd, tydliga och individanpassade SIP-möten med rätt aktörer, tydlig roll- och ansvarsfördelning under hela SIP-processen och tillgång till kompetens och resurser för att genomföra SIP utifrån individens behov. De identifierade hindren handlar till stor del om aktörernas kunskap om och förutsättningar för att arbeta med SIP, däribland syfte, användande och process. Andra hinder är efterfrågan och möjlighet till delaktighet hos den enskilde, avsaknad av gemensamt it-stöd, otydlighet kring aktörers uppdrag, roll och ansvar och avsaknad av enhetligt system för uppföljning och tillsyn.⁵⁰

Socialstyrelsen och Skolverket har i uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete som syftar till att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården i övrigt och socialtjänsten så att barn och unga får tidiga och samordnade insatser (TSI) som närmare beskrivs i Bakgrund och nuläge, kap. 4. Bakgrunden till regeringens satsning är bland annat brister och svagheter som påvisats i samverkan mellan elevhälsan och hälso-och sjukvården i övrigt samt socialtjänsten. I delrapport från 2020 från regeringsuppdraget framgår bland annat att det tidiga och förebyggande arbetet behöver en mer framträdande plats än hittills, till förmån för det reaktiva och insatser i ett senare skede. Att vända den utvecklingen är ett långsiktigt arbete. Inom de utvecklingsarbeten som kommit igång och börjat arbeta operativt med insatser till barn och unga rapporteras om svårigheter att upptäcka barn som riskerar ogynnsam utveckling. Arbetet tenderar att fokusera på de barn och unga som har stora behov eller far illa i stället för barn med tidiga tecken på ogynnsam utveckling. Skolverket och Socialstyrelsen konstaterar i delutvärderingen att många verksamheter är vana att samverka kring insatser i ett sent skede, de tidiga insatserna kräver nya sätt att tänka och involverar andra aktörer.⁵¹ Utredningen instämmer i att arbete med

⁴⁹ SKR (2020): *Att stärka samverkan med hjälp av SIP – samverkan med hjälp av SIP – förstudie innehållande nulägeskartläggning och rekommendationer för framtida arbete.*

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen och Skolverket att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI) – Lägesbeskrivning 2019.

tidiga insatser behöver prioriteras, så att inte de mer komplexa ärendena tar överhanden.

En mer samordnad hälso- och sjukvård och tandvård

Regionen bör i sitt arbete med att planera hälso- och sjukvård och tandvård för barn och unga utgå från en bred ansats för barns och ungas hälsa. Utredningen ser därför behov av att regionen skapar förutsättningar för att hälso- och sjukvården och tandvården samordnar sina vårdinsatser som riktas till barn och unga. Samordning behöver ske på alla nivåer i systemet för att barns och ungas vårdbehov ska kunna tillgodoses. Utredningen bedömer att det finns goda förutsättningar att stärka utvecklingen mot en mer samordnad hälso- och sjukvård och tandvård, eftersom regionen är huvudman för både hälso- och sjukvården och tandvården.

Tandvården utgör en önskvärd del och samverkanspart i en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Samverkan med tandvården är en förutsättning för att följa upp barns och ungas hela hälsa, utveckling och livsvillkor i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet. Tandvården har ett omfattande hälsofrämjande och förebyggande uppdrag och träffar majoriteten av alla barn och unga genom regionens folktandvård. Utredningen anser att tandvården därmed har unika förutsättningar att, utöver tandhälsan, tidigt upptäcka även annan ohälsa hos barn och unga och slussa vidare till hälso- och sjukvården. Tandvården kan till exempel tidigt upptäcka att en patient har drabbats av ätstörningar, då många skador kan uppstå på tänderna. I Rikshandbok för barnhälsovården betonas vikten av samarbete mellan tandvården och barnhälsovården. Samma barn som löper ökad risk vad gäller den allmänna hälsan har oftast en ökad risk för karies. Ett bra samarbete är en viktig förutsättning för att förebygga och tidigt ta hand om de barn som är på väg att utveckla karies.⁵²

Utredningen konstaterar att både hälso- och sjukvården och tandvården omfattas av samverkanskrav i lagstiftningen. Motsvarande bestämmelse om ansvar att samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda återfinns i 9 § tandvårdslagen (1985:125) och 7 kap. 7 § HSL. Det finns också krav på samverkan i Socialstyrelsens

⁵² Rikshandbok för barnhälsovården (2019).

föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som bland annat omfattar både hälso- och sjukvården och tandvården. I föreskrifternas 4 kap. 6 § anges att vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Processerna och rutinerna ska även säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare. En väl fungerande samverkan kan bidra till att vård och behandling blir säkrare och mer effektiv, vilket är till ömsesidig nytta för verksamheterna och ändamålsenligt för patienten.⁵³

När det gäller möjligheten att dela uppgifter om en patient med dennes samtycke är de juridiska förutsättningarna för samverkan goda eftersom vårdgivare för tandvården och hälso- och sjukvården enligt 6 kap. patientdatalagen (2008:355), kan dela uppgifter med varandra genom sammanhållen journalföring. Problemet är snarare praktiskt eftersom tandvård och hälso- och sjukvård i hög utsträckning använder journalsystem som inte är kompatibla i struktur och innehåll.⁵⁴

Socialstyrelsen gjorde 2019 en kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård, se även Problembild, kap. 5. Kartläggningen visar att det finns brister i samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården som bland annat leder till ojämlikheter i vården och att patienter riskerar att falla mellan stolarna. Bristerna ligger bland annat i att tandvård och hälso- och sjukvård utgör två separata system med olika kultur, finansiering, ledning och styrning och strukturer för samverkan saknas i stor utsträckning. Dessutom är system för journalföring och e-tjänster åtskilda och det finns en bristande kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa.

Tandvården behöver inkluderas på ett tydligare sätt i de processer och strukturer för samverkan som redan finns inom hälso- och sjukvården. De befintliga processerna kan fungera bättre ur samverkanssynpunkt, vilket kan leda till en mer effektiv och ändamålsenlig vård för patienten.⁵⁵ Tandvården behöver också inkluderas i arbetet med den pågående omställningen av hälso- och sjukvården till en god och nära vård, där primärvården utgör basen och navet i vården. Primärvården behöver samspela med den specialiserade vården, den kom-

⁵³ Socialstyrelsen (2019): *Kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård – Slutrapport 2019*.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ *Ibid.*

munala omsorgen och socialtjänsten samt andra intressenter som behövs utifrån patientens perspektiv.⁵⁶ I delbetänkandet *God och nära vård – Vård i samverkan* (SOU 2019:29) konstateras att primärvården har en viktig roll att spela i det förebyggande och sjukdomsförebyggande arbetet. Primärvården har goda möjligheter att utveckla samarbeten lokalt för preventivt arbete för att främja folkhälsan.⁵⁷ Socialstyrelsen bedömer i sin kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård att en involvering av tandvården i detta omställningsarbete skulle kunna bidra till förbättrade förutsättningar för samverkan.⁵⁸ Utredningen delar denna bedömning.

Slutligen har Socialstyrelsen följt och analyserat genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården, vars syfte är att främja en jämlik hälsa genom stöd till barn med ökad risk för sämre hälsa och tandhälsa. Av den första delrapporten framgår att flera regioner har använt statsbidrag inom överenskommelsen för att utveckla samverkan mellan barnhälsovården och tandvården. Det handlar till exempel om att barnhälsovården på många håll infört ett gemensamt mottagningsbesök med tandvården eller utvecklat rutiner för att bättre integrera munhälsa i barnhälsovården. Det är för tidigt att bedöma om utvecklingen kan leda till en mer jämlik tandhälsa hos förskolebarn, men förutsättningarna för att göra insatser i samverkan mellan barnhälsovården och tandvården har sannolikt förbättrats.⁵⁹

Arbetet med patientkontrakt behöver utvecklas och anpassas efter barns och ungas behov

Inom ramen för överenskommelsen mellan regeringen och SKR om *God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården* som nav pågår ett arbete med att införa patientkontrakt. Patientkontrakt är ett koncept för att skapa en mer personcentrerad vård som utgår från patientens behov av samordning.

⁵⁶ SKR (2021): *Utveckling av den nära vården med fokus på primärvården* (Hämtat 2021-04-06).

⁵⁷ SOU 2019:29, *God och nära vård – Vård i samverkan* (s. 198).

⁵⁸ Socialstyrelsen (2019): *Kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård – Slutrapport*.

⁵⁹ Socialstyrelsen (2020): *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2020*.

Det är särskilt angeläget för patienter med omfattande vårdbehov. Patientkontraktet består av fyra delar, en överenskommelse mellan patient och vårdgivare, en fast vårdkontakt, en överkommen tid och en sammanhållen plan. Införandet av patientkontrakt syftar till att bidra till en effektivare samordning av alla insatser och förebyggande åtgärder för patienter som har flera olika vårdkontakter. Patientkontrakt ska dessutom bidra till att göra varje patient mer delaktig i sin egen vård. Socialstyrelsens uppföljning visar att regionerna har kommit olika långt i implementeringen av patientkontrakt. Några regioner är i början av att introducera det, medan andra planerar för införande eller breddinförande. Det finns även exempel på pågående breddinförande inom vissa diagnosområden. Införandet av patientkontrakt ses som ett långsiktigt arbete.

Utredningen för en samordnad utveckling av god och nära vård (S 2017:01) har på regeringens uppdrag utrett förutsättningarna för att lagstadga patientkontrakt i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Förslagen har remitterats och bereds för närvarande i Regeringskansliet. I Problembilden, kap. 5 konstaterar utredningen att det finns svårigheter med den föreslagna regleringen om patientkontrakt utifrån ett barnrättsperspektiv eftersom skolhuvudmännen och därmed elevhälsan inte omfattas av den föreslagna bestämmelsen om individuell plan fullt ut. Utredningen bedömer därför att det pågående arbetet med patientkontrakt behöver utvecklas så att det anpassas efter barns och ungas behov. I detta ingår bland annat att utveckla den digitala vårdplaneringen för barn och unga och att utveckla former för hur samtliga skolhuvudmän (kommunala, enskilda, regionala och statliga) kan inkluderas i patientkontrakten. Användande av patientkontrakt bör särskilt utökas och prövas för barn och unga med långvariga och stora behov.

Utredningen ser fördelar med att på sikt även inkludera tandvården i arbetet med patientkontrakt, för att ytterligare stärka samordningen av insatser och förebyggande åtgärder för barn och unga ur ett helhetsperspektiv.

6.4.3 Systematiskt arbetssätt med barns och ungas rättigheter och behov

Bedömning: Regionerna behöver systematiskt integrera barns och ungas rättigheter och behov i planeringen och organiseringen av hälso- och sjukvården.

Skälen för utredningens bedömning: Regionerna behöver på ett tydligare och mer systematiskt sätt integrera barns och ungas rättigheter och behov i planeringen av hälso- och sjukvården, för att i sin organisation göra de anpassningar som krävs. Det kan handla om att utveckla och använda strukturerade metoder och verktyg, som till exempel mallar eller checklistor där det framgår vad ledningen behöver tänka på och ta ställning till som rör barns rättigheter och behov, när de planerar och utformar hälso- och sjukvården. Det kan också handla om att skapa modeller för hur barn och unga ska involveras och göras delaktiga.

Utredningen bedömer att det är viktigt att huvudmännen utvecklar strategier och förutsättningar för att barns och ungas synpunkter och erfarenheter hörs och beaktas vid utformningen av hälso- och sjukvården. Barn och unga och deras närstående behöver vara delaktiga vid planeringen och utformningen av hälso- och sjukvården på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, i enlighet med bland annat barnkonventionens bestämmelser om barnet bästa (artikel 3) och barnets rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör dem (artikel 12). Det handlar om delaktighet på en övergripande nivå när hälso- och sjukvården organiseras och planeras. Det kan till exempel ske genom dialoger med patient- och brukarråd med unga företrädare för patienter och brukare eller andra referensgrupper med barn och unga från olika livssituationer. Det kan också ske genom samverkan med civilsamhällsorganisationer.

En ökad delaktighet från barn och unga bidrar till en ökad barnkompetens i hälso- och sjukvården och ett mer ändamålsenligt hälso- och sjukvårdssystem för barn och unga. Barns och ungas kunskaper och erfarenheter kan tillföra nya perspektiv och bidra till att hälso- och sjukvård i högre grad utformas med utgångspunkt från barns och ungas behov, förutsättningar och preferenser. Det handlar också om att skapa förutsättningar för att barn och unga ska kunna vara delaktiga i sin egen vård och behandling.

Hälso- och sjukvården är enligt lagen skyldig att göra patienten delaktig i hälso- och sjukvården. Bestämmelser om patienters delaktighet finns bland annat i patientlagen (2014:821). Hälso- och sjukvården ska så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten, det framgår av 5 kap. 1–3 §§ patientlagen. Patientens egen medverkan i vård- och behandlingsinsatser ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Patientens närstående ska också få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförande av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt inte hindrar detta. Informationen som ska lämnas till patienten ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar, enligt 3 kap. 6 § patientlagen. Dessutom ska den som ger information så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelse av den lämnade informationen, enligt 3 kap. 7 § patientlagen. Särskilda krav på barns delaktighet följer också av 5 kap. 6–7 §§ HSL, 1 kap. 8 § patientlagen och barnkonventionens artiklar 3, 12 och 24. Där anges bland annat att barnets bästa ska vara utgångspunkten när hälso- och sjukvård ges till barn och att barn har rätt till information i samband med hälso- och sjukvård. Dessutom framgår av bland annat barnkonventionens artikel 12 att barns åsikter ska tillmätas betydelse i förhållanden till barnets ålder och mognad.

Barns och ungas delaktighet i den egna vården och behandlingen behöver stärkas

Patienter görs inte i tillräckligt hög grad delaktiga i den egna vården och behandlingen.⁶⁰ Vid en internationell jämförelse visar svensk hälso- och sjukvård sämre resultat jämfört med andra länder när det gäller till exempel delaktighet, information och samordning.⁶¹

Uppföljningar visar att hälso- och sjukvården sällan använder de resurser som patienter och närstående utgör i tillräcklig utsträckning i utformningen av vården. Ett systematiskt arbete för att skapa en mer personcentrerad hälso- och sjukvård kan dock bidra till att både

⁶⁰ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*, Rapport 2018:8.

⁶¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Möten med mening – En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*, Rapport 2018:12.

öka förtroendet för vården och till en mer patientsäker vård.⁶² Patienternas bedömning av vårdens övergripande kvalitet har starka samband med patienternas erfarenheter från sina möten med vården.⁶³ Dessutom kan en ökad delaktighet för patienter bidra till förbättrade medicinska resultat.⁶⁴ Huvudmännen behöver därför utarbeta strategier och förutsättningar för barns och ungas delaktighet i vårdmötet så att det kan utformas med utgångspunkt från barns och ungas behov och förutsättningar. Barn och unga behöver också inkluderas i beslut om vård och behandling. För detta behövs bland annat anpassad information och att hälso- och sjukvården använder ett språkbruk som inkluderar barn och unga i samtalet.

För att delaktighet ska fungera i praktiken krävs tid, kompetens, metod och systematik, även detta måste alltså planeras in för vården av barn och unga. Det finns kunskap om strategier för delaktighet i vårdmötet mellan patienten och hälso- och sjukvårdens personal. Framgångsrika strategier är till exempel metoder för delat beslutsfattande såsom patientriktade beslutsstöd för val av behandlingsmetod och för personcentrerad vårdplanering. Dessa strategier är dock i hög grad utformade med utgångspunkt från vuxnas behov och förutsättningar. När det gäller personcentrerad hälso- och sjukvård på organisations- och systemnivå är kunskapen om framgångsrika strategier mer begränsad vilket bland annat beror på att området inte är tillräckligt beforskat.⁶⁵

Särskilda uppföljningar om barns och ungas förutsättningar har gjorts när det gäller övergången från hälso- och sjukvård för barn till vuxna. Dessa uppföljningar visar att barn och unga vill vara delaktiga men inte ges tillräckliga förutsättningar att vara det. Det finns brister när det gäller delaktighet, den unges ställning, och att barnets bästa alltid ska beaktas. Det finns också brister i informationen till barn och unga inte minst inför, under och efter övergången från hälso- och sjukvård för barn till vuxna. Många barn och unga upplever också att sjukvårdens språk är svårt och att det kan utgöra ett hinder

⁶² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*, Rapport 2018:8.

⁶³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Möten med mening – En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*, Rapport 2018:12.

⁶⁴ Socialstyrelsen (2015): *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal*.

⁶⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*, Rapport 2018:8.

för att lära sig mer om den egna sjukdomen. Därför behövs en mer anpassad information.⁶⁶

Planering och organisering för ökad samordning

Barn och unga har ofta sammansatta behov som kräver en samordning av flera verksamheter. Styrning från ledning på hög nivå i organisationen underlättar och är ofta helt avgörande för att möjliggöra det arbete som krävs för att ta fram och etablera processer och arbetsmetoder som sker över verksamhetsgränser.

Utredningen menar att hälso- och sjukvården måste organiseras så att inte någon patient hamnar i verksamheternas mellanrum. Strukturer, processer och arbetsmetoder som främjar helhetssyn och sammanhållning, och som är ändamålsenliga för barn och unga, har förutsättningar att fungera när hälso- och sjukvården som helhet utgår från barns och ungas rättigheter och behov. Med helhetssyn och sammanhållning blir det viktigare att ta ansvar för att hitta lösningar som blir bra för patienten, än att upprätthålla gränssnitt mellan verksamheter. Detta förhållningssätt förutsätter ett ökat samarbete mellan vårdverksamheter inom regionen och även en ökad samverkan med andra aktörer.

Dessutom finns behov av att anpassa informationen om hälso- och sjukvårdens organisering regionalt och lokalt för barn och unga. Sådan information bör innehålla tydlig vägledning om vart barn och unga kan vända sig med sina vårdbehov. Behovet av en mer personcentrerad vård utvecklas i nationellt hälsovårdsprogram, se avsnitt 6.3.1. ovan. En ökad samverkan kan främja samlokalisering i de fall det är lämpligt, vilket ger ett bredare och mer ändamålsenligt erbjudande och stöd, till exempel familjecentraler och ungdomsmottagningar som erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Samlokalisering kan i sin tur främja ett gott samarbete mellan verksamheter. Redan av förarbetena till 1981 års hälso- och sjukvårdslag framgår att vården ska utformas under hänsynstagande även till andra faktorer än de rent medicinska behoven, såsom exempelvis den vårdsökandes allmänna sociala situation, arbetsförhållanden,

⁶⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd – Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård*, rapport 2019:6.

utbildning och kulturella bakgrund. En helhetssyn ska således prägla såväl organisation som vård och behandling.⁶⁷

Vårdprocesser som utvecklas i hälso- och sjukvården behöver inkludera barns och ungas rättigheter och behov. Det gäller både vårdprocesser med barn och unga som uttalad målgrupp och andra processer och arbetsmetoder som är relevanta för barns och ungas hälso- och sjukdomspanorama. Det kan till exempel handla om tillgänglighetsfrågor, undersökningsmetoder och medicintekniska och digitala lösningar. Sådana arbeten genomförs ofta med vuxna som utgångspunkt, både i planering och genomförande. Lösningar för att tillgodose barns och ungas rätt till sina föräldrar och sin familj ska inkluderas i planering och utformning av vården av barnet, men även när barnet är anhörig till en vuxen som vårdas.

En viktig aspekt av bedömningen är att den kan leda till att perspektivet barn som anhöriga stärks. Barns och ungas rättigheter och behov som anhöriga ska beaktas både i de processer som är aktuella för barn och unga utifrån vård och behandling, och vårdprocesser som handlar om sjukdomar som enbart drabbar vuxna. När barns och ungas rättigheter och behov beaktas i all planering och utformning av hälso- och sjukvården, så ökar insikten om att barn och unga finns och påverkas i de vuxna patienternas närhet och omgivning, och har rättigheter och behov som måste mötas i samband med vård av vuxna. Det kan till exempel handla om närvaro, delaktighet, stöd av olika slag och ibland behov av skydd.

6.4.4 Omställningen till en god och nära vård behöver stärkas med ett barnrättsperspektiv

Bedömning: Regionerna behöver komplettera och förstärka den pågående omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård med ett barnrättsperspektiv. Det gäller såväl på nationell som regional och lokal nivå.

Skälen för utredningens bedömning: Det pågår en omställning till god och nära vård som innebär att hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården ska vara navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med om-

⁶⁷ Prop. 1981/82:97, *Om en hälso- och sjukvårdslag m.m.* (s. 117).

ställningen är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg som stärker hälsan. Målet är också att patienter och närstående ska kunna vara delaktiga i vård och behandling utifrån deras förutsättningar och behov. Riksdagen har också antagit ett förslag till nytt grunduppdrag för primärvården som träder i kraft den 1 juli 2021.⁶⁸ Grunduppdraget innebär i huvudsak att primärvården ska vara tillgänglig, finnas nära befolkningen och svara för vård och behandling av vanligt förekommande vårdbehov. Primärvården ska även arbeta förebyggande och med samordnade vårdinsatser när det är ändamålsenligt. Utredningen bedömer att målet med den pågående omställningen är gynnsamt även för barn och unga. Det sätter fokus på tidiga och samordnade insatser. För att omställningen ska anpassas till barn och unga behöver dock även elevhälsan och tandvården inkluderas i omställningsarbetet. Utredningen anser att en framtida stark primärvård som arbetar mer hälsofrämjande, förebyggande och uppsökande för barn och unga, kan generera stora hälsoekonomiska vinster. Primärvården kan genom sitt breda uppdrag ta ett samlat grepp om barnets eller den unges och barns vårdnadshavares hälsoutveckling och förebygga uppkomsten av ohälsa och sjukdomar. En stor del av alla sjukdomar som behandlas i hälso- och sjukvården skulle kunna förebyggas eller lindras genom preventiva insatser, till exempel goda levnadsvanor, egenvård och tidiga behandlande insatser. Det gäller bland annat hjärt- och kärlsjukdom, ohälsosam vikt, psykisk ohälsa, åldersdiabetes och flertalet cancerdiagnoser. Många av orsakerna till dessa sjukdomar grundläggs under barn- och ungdomsåren.

Omställningen till en god och nära vård är en av de största reformerna i svensk hälso- och sjukvård på decennier och kommer att få stor betydelse för befolkningens tillgång till vård. Det är därför mycket angeläget att alla aspekter av omställningsarbetet analyseras även ur ett barnrättsperspektiv såväl på nationell som regional och lokal nivå. Det är en förutsättning för att barns och ungas behov och förutsättningar ska beaktas i omställningsarbetet. Utredningen bedömer att det nu finns en god möjlighet att ta ett samlat grepp kring det hälsofrämjande och förebyggande arbetet både i hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst. Flera andra utredningar har nyligen lagt förslag som pekar i den riktningen, bland annat socialtjänstut-

⁶⁸ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*. 2020/21:SoU2, rskr 2020/21:61.

redningen och utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven.⁶⁹

I detta sammanhang vill utredningen även lyfta fram det arbete som redan pågår i regioner och kommuner både med omställningen i stort och de insatser som görs för att utveckla en mer sammanhållen och samordnad vård för barn och unga. Det finns en stor drivkraft som kan lägga grunden för en långsiktigt hållbar utveckling av hälso- och sjukvården även för barn och unga. Utredningen anser dock att de regionala och lokala handlingsplaner som finns bör kompletteras ur ett barnrättsperspektiv i den mån så inte redan är fallet. Utredningen bedömer också att indikatorer bör utvecklas för att särskilt följa upp att omställningen anpassas till barns och ungas behov. Utredningen återkommer till frågorna om uppföljning av omställningsarbetet till en god och nära vård för barn och unga i slutbetänkandet.

6.4.5 Tryggare övergång från hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna

Bedömning: Ett nationellt kunskapsstöd som stödjer en trygg övergång från hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna behöver tas fram och implementeras. Det genomförs lämpligen inom ramen för nationellt system för kunskapsstyrning.

Skälen för utredningens bedömning: Övergången från hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna behöver planeras och utformas utifrån barnets rättigheter och behov. Utredningen bedömer att hälso- och sjukvården behöver ta fram en process för hur övergången ska gå till och hur ansvar kommer att fördelas, för att patienterna och deras anhöriga ska vara delaktiga, trygga och väl förberedda. I processen måste också finnas utrymme för anpassningar i planeringen utifrån individens behov.

Det krävs en samordning mellan verksamheter inom hälso- och sjukvården för att ta fram och implementera välfungerande processer som är anpassade för barn och unga. Det kräver i sin tur ett aktivt ledarskap som systematiskt arbetar med planering och organisering utifrån barns och ungas rättigheter och behov.

⁶⁹ SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag* och U 2017:07 *Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven*.

För barn som har en kontinuerlig vårdkontakt i den specialiserade vården uppstår ofta svårigheter i övergången till den specialiserade vården för vuxna, eller i övergången till primärvården i de fall vården för vuxna handhas av primärvården. Bristerna handlar om delaktighet och stöd samt information och trygga överlämningar. För barn med funktionsnedsättning eller kroniska sjukdomar blir det extra påtagligt, eftersom kontinuitet är viktig för att kunna ge dem det stöd de behöver.⁷⁰

Övergången behöver bli mer personcentrerad och hälso- och sjukvården behöver skapa förutsättningar för barnen att vara medskapare snarare än mottagare i övergångsprocessen. Det handlar också om behovet av fungerande informationsöverföring och sammanhängande vårdplanering. Både hälso- och sjukvården för barn och hälso- och sjukvården för vuxna har ett gemensamt ansvar för att få till stånd en bättre övergång. I praktiken uppstår ofta en otydlighet kring vem som har och tar detta ansvar. Barn och unga känner sig ofta osäkra till följd av skillnaderna mellan barn- och vuxensjukvårdens vårdorganisationer. Det är därför angeläget att övergångsprocessen kommer igång i god tid och sker stegvis efter barnets behov.⁷¹

6.5 Fast vårdkontakt för barn och unga

6.5.1 Fast vårdkontakt är en lagreglerad funktion

Bestämmelser om fast vårdkontakt infördes den 1 juli 2010 i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), men finns numera i första hand i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) (HSF) och 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821). Bestämmelsen i patientlagen anger att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Enligt 4 kap. 1 § HSF ska verksamhetschefen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Det är också verksamhetschefen som ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § patientlagen. Patienten

⁷⁰ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd. Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård*, rapport 2019:6.

⁷¹ Ibid.

ska få information om möjligheten att få en fast vårdkontakt, vilket anges i 3 kap. 2 § punkt 2 patientlagen.

Av regeringens proposition *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning* framgår att bestämmelsen om fast vårdkontakt innebär att patienten får en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter. Regeringen bedömde inför införandet av bestämmelsen om fast vårdkontakt att en sådan funktion skulle kunna stärka patientens ställning.⁷²

Vidare anges i förarbetena att en fast vårdkontakt kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska, eller psykolog, men det kan också i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. En läkare kan vara aktuell som fast vårdkontakt för patienter med vissa sjukdomstillstånd, till exempel kroniska sjukdomar, för att följa sjukdomsförlopp under en längre tid. Verksamhetschefen ska så långt det är möjligt samråda med och respektera patientens önskemål om vem som ska utses till patientens fasta vårdkontakt.⁷³

Patienter kan ha kontakter med flera olika delar av sjukvården, vilket innebär att dessa patienter kan få fler än en fast vårdkontakt. De fasta vårdkontaktarna ska då kunna samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient.⁷⁴

Ytterligare bestämmelser om fast vårdkontakt finns i lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården (2017:612), LUS. Av 5 kap. 2 § första stycket LUS framgår att en fast vårdkontakt ska utses vid en enhet i den regionfinansierade öppna vården när den har tagit emot ett inskrivningsmeddelande i fråga om en patient. Verksamhetschefen ska utse den fasta vårdkontakten innan patienten skrivs ut från den slutna vården. Om patienten redan har en fast vårdkontakt vid enheten, får denne fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt enligt 2 kap. 5 § andra stycket LUS.

⁷² Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning* (s. 61).

⁷³ *Ibid.* (s. 61).

⁷⁴ *Ibid.* (s. 62).

6.5.2 Flera uppföljningar av fast vårdkontakt har gjorts

Flera uppföljningar har genomförts av bestämmelserna om fast vårdkontakt, både den bestämmelse som i dag finns i patientlagen (och tidigare fanns i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen) och den i LUS. Det finns ingen svensk studie som har haft särskilt fokus på barns tillgång till funktionen.

2012 genomförde Socialstyrelsen en uppföljning som visade att bestämmelsen om fast vårdkontakt, som då reglerades i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen, inte var särskilt känd bland hälso- och sjukvårdens verksamheter, professionen eller patienterna. Socialstyrelsen påpekade att det behövdes informations- och utbildningsinsatser från vårdgivarnas sida. Vidare ansåg Socialstyrelsen att det fanns anledning för vårdgivarna att se över och uppdatera rutiner och styrdokument för att tydliggöra vilka befogenheter en fast vårdkontakt har och hur samverkan ska gå till med andra verksamheter.⁷⁵

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys följde år 2020 upp tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården. Av myndighetens rapportering framgår sammanfattningsvis att:

- Ungefär hälften av befolkningen uppger att de har en fast vårdkontakt någonstans i vården. 26 procent av befolkningen uppger att de har en fast läkarkontakt och 15 procent har en annan fast vårdkontakt på vårdcentralen. Knappt 10 procent av befolkningen har både en fast läkarkontakt och en annan fast vårdkontakt vid sin vårdcentral.
- Många patienter som anser att det är viktigt att ha en fast vårdkontakt har det inte i dag.
- I primärvården är det vanligast med en fast läkarkontakt, följt av sjuksköterska som fast vårdkontakt. Även andra yrkeskategorier, som fysioterapeuter eller kuratorer, är fast vårdkontakt på vårdcentralen.
- Andelen med fast kontakt skiljer sig mellan olika grupper i befolkningen. Andelen personer som har en fast kontakt ökar också i förhållande till deras vårdkonsumtion och ålder. Personer med mer omfattande vårdbehov har oftare fast kontakt och har uppger också i högre grad att de kan välja vilken person de vill ha som

⁷⁵ Socialstyrelsen (2012): *Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m.* Slutrapport.

fast vårdkontakt. Kvinnor har oftare en fast läkarkontakt vid en vårdcentral än män. Personer som bor i storstadskommuner har oftare en fast läkarkontakt vid en vårdcentral än de som bor i mindre kommuner.

- Befolkningen värderar personkontinuitet högt. Personer med fasta kontakter på vårdcentraler har bättre erfarenheter av vården. Det gäller särskilt personer som har både en fast läkarkontakt och annan fast vårdkontakt. Personer med fast läkarkontakt uppger i högre utsträckning att de får vara delaktiga i sin behandling jämfört med personer som inte har en fast läkarkontakt.
- Det finns inga tecken på förbättringar över tid i fråga om andelen personer med fast läkarkontakt på den vårdcentral där patienten är listad.⁷⁶

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljning från 2020 av tillämpningen av LUS visade att patienter som omfattades av LUS i högre grad fick en fast vårdkontakt jämfört med innan lagens införande. De fick dock inte alltid information om den fasta vårdkontakten innan de skrevs ut från slutenvården eller hur de kan komma i kontakt med den. Myndighetens uppföljning visade också att samverkan upplevdes ha förbättrats, i synnerhet mellan primärvården och kommuner till följd av bestämmelsen om fast vårdkontakt i LUS.⁷⁷ I LUS är bestämmelsen om fast vårdkontakt formulerad på ett annat sätt än i patientlagen. Till skillnad från bestämmelsen om fast vårdkontakt i patientlagen krävs inte att patienten begär en fast vårdkontakt eller att det bedömts nödvändigt för att tillgodose behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Den skillnaden tycks ha fått effekt.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys anser att regering och regionerna behöver göra mer för att tillgodose patienters behov av kontinuitet. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys tyder flera studier på att personkontinuitet bidrar till högre kvalitet och patientsäkerhet samt patientnöjdhet, färre inläggningar och akutbesök på sjukhus, bättre hälsa och lägre kostnader och högre produktivitet. Dessutom bedömer myndigheten att det finns ett posi-

⁷⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Primärt i vården – En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*, rapport 2020:9.

⁷⁷ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Laga efter läge – Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, rapport 2020:4.

tivt samband mellan bestämmelsen om fast vårdkontakt och målen för omställningen till en god och nära vård, ökad delaktighet, tillgänglighet, kontinuitet och samordning. Sambandet är starkare för patienter med långvariga sjukdomar eller hälsotillstånd jämfört med övriga patienter.⁷⁸

Generellt kan det också konstateras att befolkningen värderar samordning av vårdinsatser och personkontinuitet högt. Det visar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljningar. Personer med kroniska eller långvariga sjukdomar värderar det högre än andra men uppger i lägre grad än andra att de får hjälp med sådan samordning av vårdcentralen. Även personer som har sina huvudsakliga kontakter inom andra delar av vården och inte på vårdcentralen vill att deras vårdcentral ska hjälpa till med samordningen. Dessutom visar uppföljningen att personer med samordningsbehov kan tänka sig att vänta längre än vårdgarantins maxgräns till icke-akuta besök, om vårdcentraler tillgodoser de andra kvalitetsaspekterna i form av delaktighet, fast kontakt eller samordning. I personkontinuitet handlar också om att skapa en god relation med och ett bra bemötande av patienten. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljningar visar att patienter värderar att bli lyssnade på och att få tydlig information om sin sjukdom eller behandling. Personkontinuitet, samordning och bemötande handlar i hög grad om delaktighet och förutsättningar för patienten att bli involverad. De studier som refereras till här gäller vuxna.

Vidare finns uppföljningar som visar att patienter som får träffa en fast vårdkontakt eller läkarkontakt i hälso- och sjukvården i högre utsträckning upplever att kommunikationen med vården fungerar väl, att de är mer delaktiga i sin egen vård och att samordningen av vården mellan olika vårdinstanser fungerar bättre. Dessa patienter är också mer nöjda med sin medicinska vård och hälso- och sjukvårdens övergripande kvalitet än personer som inte får träffa samma personer i vården.⁷⁹ Välkända hinder för personkontinuitet är bland annat den demografiska och medicinska utvecklingen, och brist på personal vid

⁷⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Primärt i vården – En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*, Rapport 2020:9.

⁷⁹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Möten med mening – En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*, Rapport 2018:12.

vårdcentraler. Vårdens organisering, arbetssätt och ersättnings-system stödjer inte kontinuitet.⁸⁰

Samordningen av vårdinsatser är fortsatt ett utvecklingsområde inom svensk hälso- och sjukvård och omsorgen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljningar visar att så många som en miljon vård- och omsorgstagare har behov av samordning och samtidigt bristande förmåga att själva samordna sina vårdinsatser. Bristande samordning i vården leder ofta till en försämrad upplevelse för patienter och brukare, i vissa fall också till att kvaliteten i vården och omsorgen försämras. Därutöver finns också risk för ökade kostnader inom vård och omsorg, bland annat på grund av att behandlingar eller undersökningar behöver upprepas i onödan. När vården och omsorgen inte samordnar sina insatser behöver patienten, brukaren eller närstående ta på sig ansvaret för samordningen. Det kan leda till en ojämlik vård eftersom patienter och närstående har olika förmågor att samordna vårdinsatser.⁸¹

När det gäller vårdinsatser till barn och unga med funktionsnedsättning eller andra långvariga och stora behov finns några studier som tydligt pekar på behovet av ytterligare insatser för att stärka samordningen av vårdinsatserna. Barn och unga med funktionsnedsättningar och deras familjer har ofta ett långvarigt och sammansatt vård- och omsorgsbehov. Det är inte ovanligt att en familj har kontakt med 20–80 professionella ifrån olika verksamheter och huvudmän, såväl kommunala, regionala, statliga, idéburna som ideella i stödet kring sina barn. Barns vårdnadshavare är nöjda med enskilda professionella men upplever att det saknas ett helhetsperspektiv på vården. Ett stort ansvar för samordning läggs också över på vårdnadshavare. Riksrevisionen har påtalat det orimligt stora ansvar som hamnar på vårdnadshavare till barn med funktionsnedsättning eller kroniska sjukdomar, till exempel när det gäller att samordna barnets stöd. Många vårdnadshavare går ner i arbetstid för att klara av vardagen, ofta med såväl ekonomiska som sociala följderna. En del blir deprimerade, utbrända och långtidssjukskrivna, och många kämpar

⁸⁰ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Primärt i vården – En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*, Rapport 2020:9, och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021): *Fast kontakt i primärvården Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården*, PM 2021:1.

⁸¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016): *Samordnad vård och omsorg En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, PM 2016:1.

med att driva rättsliga processer för att få tillgång till rätt stöd.⁸² Det pris som barn och unga med funktionsnedsättning och barns vårdnadshavare betalar när stödet från samhället och samverkan mellan olika aktörer brister är ofta högt både med mänskliga och samhälls-ekonomiska mått mätt. Studien stöds bland annat av uppföljningar inom ramen för projekt i Västragötalandsregionen som visade att det var svårt för både vårdnadshavare att få en överblick över stöd som finns för barn med funktionsnedsättning eller kroniska sjukdomar. Både yrkesverksamma och vårdnadshavare i studien efterfrågade förebyggande psykologiskt stöd och olika former av föräldraskapsstöd. Få verksamheter hade rutiner för att arbeta proaktivt vid olika utvecklingsövergångar så som skolstart och övergång från barnverksamhet till vuxenlivet. Samtidigt gjordes äldre barn mer delaktiga i planering och uppföljning av stöd.⁸³

Uppföljningar av övergångar mellan hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna visar också att barn och unga har behov av samordning och koordination vid sådana övergångar för att säkerställa kontinuitet och en helhetssyn på vårdprocessens olika delar. Unga personer önskar delaktighet i planeringen och en flexibilitet i tidpunkten för övergången för att den bättre ska kunna anpassas till ungas individuella behov och förutsättningar som till exempel mognad. Övergången från barn- till vuxensjukvården innebär att den unge personen förväntas ta över ansvaret för sin hälsa och att hantera kontakterna med hälso- och sjukvården. Ungas förutsättningar att göra det är dock inte alltid goda. Det kräver bland annat att unga personer har varit delaktiga i sin egen vård och har tillräckliga kunskaper om sin sjukdom och vård och behandling, vilket flera studier visar att de saknar. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljningar visar att det finns brister när det gäller delaktighet, den unges ställning, och att barnets bästa alltid ska beaktas. Det finns också brister i informationen till barn och unga inför, under och efter övergången. Många unga upplever att sjukvårdens språk är svårt och att det kan utgöra ett hinder för att lära sig mer om den egna sjukdomen, och önskar anpassad information. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bedömer att övergången från

⁸² Riksrevisionen (2011): *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning* (RiR 2011:17).

⁸³ FOU i väst VGR 2014 *Riketat föräldrastöd* RiFS-projektets slutrapport En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning.

barn till vuxen vård behöver bli mer personcentrerad och att det skapas förutsättningar för de unga att vara medskapare i sin vård snarare än mottagare i övergångsprocessen. Kontinuiteten i vård och behandlingsprocesser är särskilt viktig att beakta vid övergångar eftersom övergångar annars ofta medför att personkontinuiteten i vården bryts och behöver byggas upp på nytt. Det handlar också om behovet av fungerande informationsöverföring och sammanhängande vårdplanering för den unge. Barn- och vuxensjukvården har ett gemensamt ansvar för att till stånd en bättre övergång i praktiken uppstår ofta en otydlighet kring vem som har och tar detta ansvar. Litteraturgenomgångens och intervjuernas samlade bild är att unga känner sig osäkra till följd av skillnaderna mellan barn- och vuxensjukvårdens vårdorganisationer. Det är därför angeläget att övergångsprocessen kommer igång i tid och sker stegvis efter de ungas behov.⁸⁴

6.5.3 Om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt

Förslag: Det ska införas ett andra stycke i 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821) som anger att om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det, eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Förslag: I 1 kap. 2 § patientlagen ska det anges att 6 kap. 2 § andra stycket patientlagen endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

Skälen för utredningens förslag: Förslaget syftar till att stärka barns och ungas ställning i hälso- och sjukvården

Förslaget syftar till att förenkla för barn och unga att få en fast vårdkontakt i ett tidigt skede när det kan behövas och därmed till att stärka barns och ungas ställning i hälso- och sjukvården. Förslaget syftar också till att skapa förutsättningar för en samordnad, god, nära och jämlik vård för barn och unga.

⁸⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd – Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård*, rapport 2019:6.

Inga av de studier och uppföljningar som gjorts avseende funktionen fast vårdkontakt har fokuserat på barns behov av funktionen. Utredningen bedömer dock att ovan presenterat kunskapsunderlag i stora delar är relevant även i förhållande till barn och unga. Mot bakgrund av vad som framkommer i kunskapsunderlaget ovan och i egna dialoger med verksamhetsföreträdare och barn och unga själva bedömer utredningen att det finns hög samstämmighet mellan vuxnas och barns och ungas behov i detta hänseende, men också att barns och ungas behov av en utpekad person som hjälper till att samordna vården är större för barn och unga som grupp än för befolkningen i stort. Barn och unga saknar i stor utsträckning tillräcklig delaktighet i sin egen vård och tillräckliga kunskaper om sin sjukdom, vård och behandling för att själva kunna hantera kontakterna med hälso- och sjukvården. Barn är i stället i stor utsträckning i beroende av vårdnadshavare och unga personer som inte är barn kan vara beroende av anhöriga för att hantera samordningen och kontakterna med hälso- och sjukvården. Eftersom vårdnadshavare och anhöriga har olika förutsättningar att sköta och bistå i samordningen innebär det risker för bristande samordning för vissa barn och unga, vilket ytterst kan påverka utfallet i vården för dessa. Utökade möjligheter att få en fast vårdkontakt bör delvis kunna hantera den problematiken.

Samtidigt som utredningen menar att det finns mycket som talar för att en fast vårdkontakt är positivt på flera sätt, står det klart att många patienter som anser att det är viktigt med fast vårdkontakt inte har det i dag. Detta trots att det finns ett krav på att utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Sammantaget ser utredningen att det finns skäl som talar för att det bör bli lättare för barn och unga att få en fast vårdkontakt. Det är inte lämpligt att anta att barn och unga ska ta ett ansvar för samordningen själva eller för att själva begära en fast vårdkontakt och inte heller att de helt och hållet ska behöva förlita sig på att vårdnadshavare eller anhöriga tar ett sådant ansvar. Barn och unga har också behov av samordning och kontinuitet i ett så tidigt skede av vårdprocessen som möjligt, varför endast antagandet att en fast vårdkontakt är nödvändig bör aktualisera skyldigheten att utse en sådan.

Ingen förändring när det gäller den fasta vårdkontaktens roll och uppgifter

Den fasta vårdkontaktens roll och uppgifter ska i stort motsvaras av vad som framgår i tidigare förarbeten om fast vårdkontakt.⁸⁵ Den fasta vårdkontakten som utses för barn och unga enligt det föreslagna kravet ska alltså vara en tydligt utpekad person, som bistår och stödjer patienten i kontakterna med vården och hjälper till att samordna vårdens insatser. Den fasta vårdkontakten bör kunna bistå patienter i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter.⁸⁶ När det gäller barn och unga kan det exempelvis vara särskilt relevant att bistå patienten i samordningen av insatser hos olika delar av den regionala hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska delar, när det är möjligt utifrån bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt. En fast vårdkontakt i den regionala hälso- och sjukvården innebär att det finns en namngiven person i regionen som elevhälsans personal kan ha kontakt med, vilket är något som efterfrågats av verksamheterna.

Utredningen bedömer också att det i den fasta vårdkontakten bör kunna bistå i kontakterna med skolan när det är relevant och i den mån reglerna om sekretess och tystnadsplikt tillåter det.

När en fast vårdkontakt utses för ett barn blir en viktig del av den fasta vårdkontaktens roll i praktiken att bistå vårdnadshavare på olika sätt, eftersom vårdnadshavare har det primära juridiska ansvaret för barnet. Bestämmelser om vårdnadshavares rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barn finns i föräldrabalken (1949:381).

⁸⁵ Främst prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*.

⁸⁶ Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* (s. 61).

Den föreslagna bestämmelsen bör gälla i hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman

Skyldigheten att utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det är nödvändigt enligt 6 kap. 2 § patientlagen gäller i hela hälso- och sjukvården, utan avgränsning när det gäller exempelvis typ av huvudman eller vårdgivare.

Utredningen bedömer däremot att det är lämpligt att det nu föreslagna förstärkta kravet på fast vårdkontakt endast gäller i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman. Därför föreslår utredningen att en sådan avgränsning görs i 1 kap. 2 § patientlagen.

Utredningen har övervägt olika alternativ i detta avseende. Utifrån den pågående omställningen till en nära vård som innebär att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård har utredningen bland annat övervägt att avgränsa den föreslagna bestämmelsen om fast vårdkontakt för barn och unga till att endast gälla i primärvården. Utredningen bedömer dock att en sådan avgränsning skulle bli för snäv. Det kan finnas situationer då barn och ungas behov av samordning i första hand bör stödjas av en fast vårdkontakt i någon annan del av hälso- och sjukvården än primärvården. Det kan till exempel vara fallet i situationer när barn och unga får merparten av sin vård i den specialiserade vården.

I den bestämmelse om primärvårdens grunduppdrag som träder i kraft den 1 juli 2021, 13 a kap. 1 § HSL, anges bland annat att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård ska samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården. Bestämmelsen utesluter dock inte att det finns fall där det är mest ändamålsenligt att samordningen sker i någon annan del av vården. Regeringen har angett att utgångspunkten bör vara att om en patient har en fast läkarkontakt i primärvården bör denne ansvara för samordning av de medicinska åtgärderna men att det i vissa fall kan vara lämpligare att samordningsansvaret i stället fullgörs av en fast vårdkontakt. Denna fasta vårdkontakt kan finnas någon annanstans inom hälso- och sjukvården än i primärvården, oavsett om primärvården på ett eller annat sätt också är delaktig i patientens vård.⁸⁷

⁸⁷ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 83).

Däremot bedömer utredningen att det finns fördelar med att det föreslagna förstärkta kravet på fast vårdkontakt endast gäller i hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, eftersom den större delen av barn och ungas hälso- och sjukvård utgörs av sådan hälso- och sjukvård som regionen är ansvarig för. Enligt utredningen vore det exempelvis inte ändamålsenligt att införa det föreslagna förstärkta kravet på fast vårdkontakt inom elevhälsan eller den kommunala hälso- och sjukvården, främst eftersom den hälso- och sjukvård som bedrivs inom de verksamheterna oftast utgör en mindre del av patientens hela behov av hälso- och sjukvård. Om en patient begär det eller om det är nödvändigt gäller dock fortsatt skyldigheten att utse en fast vårdkontakt enligt 6 kap. 2 § patientlagen i andra delar av hälso- och sjukvården, exempelvis i den kommunala hälso- och sjukvården och elevhälsan.

Den föreslagna bestämmelsen bör gälla alla personer som inte har fyllt 21 år

Utredningen föreslår att det förstärkta kravet på fast vårdkontakt ska gälla alla personer som inte har fyllt 21 år, utan avgränsning när det gäller exempelvis sjukdomsbild eller funktionsförmåga. Utredningen har valt denna avgränsning eftersom utredningen bedömer att mycket talar för att personer under 21 år särskilt skulle kunna gynnas av att ha en fast vårdkontakt i flera situationer. Barn och unga saknar i stor utsträckning tillräcklig delaktighet i sin egen vård och tillräckliga kunskaper om sin sjukdom, vård och behandling för att själva kunna hantera kontakterna med hälso- och sjukvården. Barn är i stället i stor utsträckning beroende av vårdnadshavare och unga personer som inte är barn kan vara beroende av anhöriga för att hantera samordningen och kontakterna med hälso- och sjukvården. Eftersom vårdnadshavare och anhöriga har olika förutsättningar att sköta och bistå i samordningen innebär det risker för bristande samordning för vissa barn och unga, vilket ytterst kan påverka utfallet i vården för dessa barn och unga. Att samordningen för barns och ungas vård är avhängig vårdnadshavares och anhörigas förutsättningar att samordna vården eller stödja i samordningen innebär risker för likvärdigheten i barns och ungas samordning och ytterst i deras vård. Denna risk bedömer utredningen kan minskas genom att

samma förstärkta krav om fast vårdkontakt gäller för alla barn och unga.

När det gäller gränsen på 21 år resonerar utredningen i detta avseende på motsvarande sätt som när det gäller förslaget till bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga (se avsnitt 6.2.3). Barn är personer under 18 år som samhället har ett särskilt ansvar för, bland annat utifrån barnkonventionen. Men även unga personer under 21 år i övrigt omfattas av utredningens förslag i den delen, och det bedöms motiverat även när det gäller detta förslag. Dels omfattas på så sätt fler personer som genomgår gymnasieutbildning än barn genom den föreslagna åldersgränsen, vilket utredningen bedömer motiverat. Dels ligger en sådan åldersgräns i linje med hur begreppet unga ska förstås i HSL, SoL och LVU. Utredningen bedömer också att en sådan avgränsning är lämplig med tanke på den samordningsproblematik som finns vid övergången från hälso- och sjukvården för barn till hälso- och sjukvården för vuxna och den bild som framkommit från såväl sjukvårdspersonal som unga personer om att en koordinator eller samordnare skulle kunna bidra till en bättre övergång.⁸⁸

Fast vårdkontakt bör utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov

Kravet på att utse en fast vårdkontakt för personer som inte har fyllt 21 år ska enligt förslaget gälla om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov. Det behöver alltså inte vara fastställt med säkerhet att det är nödvändigt med en fast vårdkontakt för patienten och patienten behöver inte själv ha begärt det, utan det räcker med att det kan antas att det är nödvändigt för att en fast vårdkontakt ska utses. Kravet skiljer sig alltså på det sättet från dagens 6 kap. 2 § patientlagen. Det beror på att utredningen, som nämnts ovan, bedömer att det behöver vara lätt för barn och unga att få en fast vårdkontakt så tidigt i vårdprocessen som möjligt när det kan antas finnas ett sådant behov.

På detta sätt fångas sådana barn och unga upp som har behov av en fast vårdkontakt, men vars behov av en fast vårdkontakt inte visar

⁸⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd – Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård*, rapport 2019:6.

sig med sådan tydlighet att det kan fastställas att det finns ett behov av en fast vårdkontakt. Det kan exempelvis vara fråga om sådana barn och unga som söker sig till vården många gånger för exempelvis psykosomatiska symtom eller som har oklara besvär under lång tid utan att få någon diagnos. Vid breda och diffusa symtom, exempelvis huvudvärk, ledvärk, trötthet, yrsel, viktnedgång, sömnproblem, magsmärter, långvariga förstoppningsbesvär eller upprepade täta infektioner, kan det vara svårt att avgöra om det finns ett behov av samordning och stöd i kontakterna med vården. Det kan leda till att en fast vårdkontakt inte utses med stöd av den befintliga 6 kap. 2 § patientlagen. Men den föreslagna bestämmelsen bör skapa förutsättningar för att barn och unga med dessa typer av besvär och symtom får en fast vårdkontakt utsedd och därmed hjälp med samordningen av och kontakterna med vården.

Det behöver dock inte bara vara typen av besvär eller antalet vårdkontakter som avgör om en fast vårdkontakt ska utses med stöd av den föreslagna bestämmelsen eller inte. Det finns exempelvis barn och unga med begränsat antal kontakter som kan behöva stöd med att samordna olika vårdinsatser. Det kan till exempel handla om barn vars vårdnadshavare inte har förutsättningar att bidra med hjälp eller unga personer i övrigt som inte kan få nödvändig hjälp av anhöriga. Det viktiga är att det görs en bedömning i varje enskilt fall, utifrån barnets och den unga personens behov och andra förutsättningar, sett till syftet med den fasta vårdkontakten.

Det kan exempelvis beaktas om barnet eller den unga personen redan har en eller flera andra fasta vårdkontakter eller en fast läkarkontakt i primärvården som på ett fullgott sätt bedöms uppfylla behovet stöd och hjälp med samordningen. Det finns inget hinder för att flera fasta vårdkontakter utses i olika delar av hälso- och sjukvården, varken enligt dagens krav i 6 kap. 2 § patientlagen eller enligt utredningens förslag. Det kan i flera fall vara nödvändigt. Men i situationer när en ytterligare fast vårdkontakt inte skulle tillföra något mervärde bör det inte bli aktuellt att utse en fast vårdkontakt med stöd av den föreslagna bestämmelsen. För att göra denna bedömning kan det i vissa fall vara motiverat att verksamhetschefen eller annan lämplig person, med beaktande av reglerna om sekretess och tystnadsplikt, tar kontakt med den eller de fasta vårdkontakter som redan utsetts för patienten.

Vid en bedömning av om det kan antas att det är nödvändigt att utse en fast vårdkontakt för ett barn ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa enligt artikel 3 barnkonventionen. Även 5 kap. 6 § HSL och 1 kap. 8 § patientlagen, enligt vilka barnets bästa särskilt ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn, bedömer utredningen vara relevanta i sammanhanget. Enligt förarbeten till 1 kap. 8 § patientlagen bör barnets bästa beaktas i den dagliga verksamheten när barn får vård, men också tjäna som en vägledning inom hälso- och sjukvårdsverksamheter i övrigt.⁸⁹ Utredningens bild är att det sistnämnda innebär att 5 kap. 6 § HSL och 1 kap. 8 § patientlagen ställer krav på att principen om barnets bästa bör vara vägledande i frågan om det kan antas att det är nödvändigt att utse en fast vårdkontakt för barnet eller inte, även om uppgiften att utse en fast vårdkontakt i sig snarare är en administrativ åtgärd än en hälso- och sjukvårdsinsats. Vid bedömningen ska även barnets rätt, enligt artikel 12 barnkonventionen, att fritt uttrycka sina åsikter och skyldigheten för vården att tillmäta dessa betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad beaktas.

Även när det gäller personer som fyllt 18 år men inte 21 år, det vill säga personer som omfattas av förslaget men som inte är barn, bedömer utredningen att det är viktigt att göra patientens röst hörd och beakta den på ett ändamålsenligt sätt.⁹⁰

Utredningen bedömer också att skyldigheten att utse en fast vårdkontakt när patienten begär det bör kvarstå för barn och unga i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, vilket bör synliggöras i det föreslagna nya stycket i 6 kap. 2 § patientlagen.

Ingen särskild reglering krävs rörande antalet vårdkontakter

Utredningen bedömer inte att det finns behov av någon särskild reglering som avgränsar hur många fasta vårdkontakter som kan eller bör utses för barn eller unga med anledning av det föreslagna kravet. Det kan i vissa sammanhang vara motiverat att ha fler fasta vårdkontakter, exempelvis om patienten har kontakt med flera delar av hälso- och sjukvården. Eftersom det är verksamhetschefen som har

⁸⁹ Prop. 2013/14:106, *Patientlag* (s. 63).

⁹⁰ Se även prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* s. 60 ff.

ansvaret för den fasta vårdkontakten, blir vårdkontaktens ansvarsområde begränsat av det ansvarsområde som verksamhetschefen har.

I dag är det möjligt att ha fler fasta vårdkontakter enligt 6 kap. 2 § patientlagen. De fasta vårdkontakterna ska då, med beaktande av reglerna om sekretess och tystnadsplikt, kunna samverka och samordna vårdens insatser för patienten.⁹¹ Utredningen bedömer att detta bör gälla även fortsättningsvis.

Utredningen bedömer att det ur ett patientperspektiv ofta är relevant att den av de fasta vårdkontakterna som finns i den del av hälso- och sjukvården som patienten har mest kontakt med tar det huvudsakliga samordningsansvaret.

Verksamhetschefen ska utse den fasta vårdkontakten

Utredningen bedömer mot bakgrund av verksamhetschefens roll och ansvarsområde enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen att det är lämpligt att verksamhetschefen är den som ska utse en fast vårdkontakt för barn och unga enligt det föreslagna kravet. Att verksamhetschefen redan har uppgiften att utse en sådan fast vårdkontakt som avses i 6 kap. 2 § patientlagen bör innebära att det finns god beredskap för verksamhetschefer att ta sig an denna uppgift. Samtidigt kan arbetssätt och rutiner som avser fast vårdkontakt behöva ses över i samband med en implementering av det föreslagna kravet, eftersom uppdaterade och väl kända rutiner bör vara en viktig faktor för att införandet av kravet ska kunna få den effekt som avses. Utredningen vill här understryka vikten av att bedömningen och utseendet av en fast vårdkontakt integreras på ett så effektivt sätt som möjligt i verksamhetens arbetssätt och rutiner. Att utse en fast vårdkontakt är inte en uppgift som avklaras genom att dokumentera vilken den fasta vårdkontakten är. Det är i stället en del av det bredare arbetet med att tillgodose trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. Utredningen ser den fasta vårdkontakten som ett verktyg för att åstadkomma detta. Det handlar alltså till stor del om att arbeta med kulturen och arbetssätten så att den fasta vårdkontakten blir en naturlig del av att upprätthålla dessa värden.

⁹¹ Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* s. 62.

I sammanhanget kan det nämnas att det här finns ett ansvar på flera nivåer. Utöver verksamhetschefens ansvar att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen, har vårdgivaren det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och huvudmännen har ett ansvar för att skapa förutsättningar för samordning, kontinuitet och säkerhet. För att kunna göra den fasta vårdkontakten till en naturlig del av arbetet med trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet krävs alltså att samtliga aktörer prioriterar dessa frågor och ser till att skapa nödvändiga förutsättningar utifrån sitt ansvar.

Delaktighet och integritet är viktigt

Genom att barn och unga får information om vården och möjlighet till delaktighet och självbestämmande skapas förutsättningar för en god vård för barn och unga. Bestämmelser om integritet, självbestämmande, delaktighet och information finns bland annat i 5 kap. 1 § HSL och 3 kap. och 5 kap. patientlagen. Även barnkonventionen är relevant när det gäller barns rätt till integritet och delaktighet, bland annat artikel 12 och 16.⁹² För barn är även vårdnadshavarens delaktighet i vården central och i föräldrabalken regleras vårdnadshavarens rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barn.

I dag tillgodoses patientens delaktighet när det gäller att utse en fast vårdkontakt enligt 6 kap. 2 § patientlagen dels genom att patienten själv kan begära och få en fast vårdkontakt utsedd, även när verksamhetschefen inte bedömer att det finns något behov av det, dels genom att verksamhetschefen så långt det är möjligt ska samråda med och respektera patientens önskemål när den person som ska vara patientens fasta vårdkontakt utses.⁹³

Även när det gäller det nu föreslagna kravet ska en fast vårdkontakt alltid utses om patienten begär det.

När det gäller kravet att utse en fast vårdkontakt om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov har utred-

⁹² Se mer om relevanta bestämmelser om integritet, självbestämmande, delaktighet och information i kap. 3 Gällande rätt.

⁹³ Se prop. 2009/10:67 (s. 61 f).

ningen övervägt om det ska krävas att patienten samtycker till detta för att det ska vara möjligt att utse den fasta vårdkontakten. Utredningen gör dock i detta avseende samma bedömning som regeringen gjorde i propositionen Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Där anges att uppgiften att utse en fast vårdkontakt för en enskild initialt bör få anses vara en rent administrativ åtgärd. Det är verksamhetschefens ansvar att säkerställa patientens behov av trygghet och samordning etc. Det är först när insatser för den enskilde ska utföras som samtycke ska inhämtas.⁹⁴ Men förmedling av information med t.ex. andra myndigheter behöver naturligtvis ske i enlighet med reglerna om sekretess och tystnadsplikt, vilket i sin tur kan föranleda ett behov av samtycke från patienten för att lämna ut sekretessbelagda uppgifter.

Att införa ett krav på samtycke i det föreslagna kravet skulle alltså avvika från den nuvarande bestämmelsen om fast vårdkontakt i 6 kap. 2 § patientlagen och bestämmelsen om fast vårdkontakt i 2 kap. 5 § LUS, vilket utredningen inte bedömer vara motiverat eller lämpligt.

Utredningen bedömer också att det finns risker med att en fast vårdkontakt endast ska kunna utses för barn efter ett samtycke. I den mån vårdnadshavares samtycke skulle bli avgörande för om en fast vårdkontakt utses för ett barn finns risker för att vissa barn får mindre stöd och hjälp med samordningen än andra, vilket i sin tur kan påverka barnets vård på ett negativt sätt och jämlikheten i vården.

Oaktat detta anser utredningen att det är mycket viktigt att respektera den personliga integriteten och att så långt som möjligt göra barn och unga samt barns vårdnadshavare, delaktiga när det gäller att utse en fast vårdkontakt.

Inga förändringar vad gäller vem som ska kunna utses som fast vårdkontakt föreslås

Varken i 6 kap. 2 § patientlagen eller i 2 kap. 5 § LUS specificeras vilken kompetens den fasta vårdkontakten ska ha eller vilken yrkeskategori som ska kunna utses som fast vårdkontakt. Inte heller när det gäller det föreslagna kravet bedömer utredningen att det vore lämpligt att göra någon avgränsning i det avseendet. Det är naturligtvis viktigt att den fasta vårdkontakten har sådan kompetens som

⁹⁴ Prop. 2016/17:106 (s. 48).

krävs för att fullgöra de uppgifter som åligger honom eller henne. Men i likhet med vad som uttalats om fast vårdkontakt i tidigare förarbeten anser utredningen att en bedömning av vem som bör utgöra en patients fasta vårdkontakt ska avgöras i det enskilda fallet och grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose behovet. Därför skulle en fast vårdkontakt kunna vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det skulle också i vissa fall kunna vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård.⁹⁵ I första hand ska det i fråga om vilken kompetens som behövs beaktas vad som bedöms vara barnets bästa i de fall det är fråga om fast vårdkontakt för barn, enligt artikel 3 barnkonventionen. Det kan exempelvis i många fall, särskilt då den fasta vårdkontakten ska ha kontakt direkt med barnet eller en ung vuxen person, vara nödvändigt att utse någon som har kunskap eller erfarenhet av att arbeta med barn och unga. När det gäller barn är det även i detta sammanhang viktigt att beakta barnets rätt till delaktighet och inflytande enligt artikel 12 barnkonventionen.

Utredningen vill i sammanhanget understryka vikten av att patienten får information om vem som är patientens fasta vårdkontakt. Ett av syftena med funktionen fast vårdkontakt är som nämnts ovan att patienten ska få en tydligt utpekad person, som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser. För att kunna uppnå denna intention menar utredningen att det är viktigt att patienten får information om vem som är patientens fasta vårdkontakt.

Förhållandet till omställningen till en god och nära vård

Utredningen bedömer att införandet av det föreslagna kravet på fast vårdkontakt för barn och unga ligger väl i linje med den pågående omställningen till en god och nära vård. En central del i omställningen är en fungerande samordning av patientens olika vårdinsatser, vilket det föreliggande förslaget syftar till att åstadkomma.

Den fasta vårdkontaktens roll är central i det pågående arbetet med patientkontrakt. Utredningen Samordnad utveckling för god

⁹⁵ Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* (s. 60 ff.).

och nära vård föreslår att det regleras i patientlagen att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter och insatser som är planerade där det framgår vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt/er. Den utredningen bedömer också att en fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell.⁹⁶ Att lyfta fram den fasta vårdkontaktens roll när det gäller samordningen av barn och ungas hälso- och sjukvård bedömer utredningen i ljuset av detta vara ändamålsenligt. Regeringen har också beskrivit att fast vårdkontakt kan utgöra en av komponenterna för att uppnå kontinuitet i hälso- och sjukvården.⁹⁷

Från och med den 1 juli 2021 förtydligas på ett sådant sätt att det framgår av ett nytt 13 a kap. 1 § HSL att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård bland annat särskilt ska samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården. Regeringen anför i propositionen till 13 a kap. 1 § HSL att utgångspunkten bör vara att om en patient har en fast läkarkontakt i primärvården bör denne ansvara för samordning av de medicinska åtgärderna men att det i vissa fall kan vara lämpligare att samordningsansvaret i stället fullgörs av en fast vårdkontakt. Denna fasta vårdkontakt kan finnas någon annanstans inom hälso- och sjukvården än i primärvården, oavsett om primärvården på ett eller annat sätt också är delaktig i patientens vård. Det kan också vara så att en patient har flera vårdkontakter som tillsammans får ta ansvar för att vården samordnas på bästa sätt.⁹⁸ Utredningens förslag ligger på så sätt även i linje med intentionerna med 13 a kap. 1 § HSL. Om ett barn eller en ung har en fast läkarkontakt i primärvården eller en fast vårdkontakt i primärvården som på ett fullgott sätt kan uppfylla barnets eller den unges behov av samordning skulle det kunna vara en sådan faktor som gör att det inte kan antas att det är nödvändigt att utse en fast vårdkontakt på en annan vårdnivå. Men i vissa fall kan det inte utslutas att en fast vårdkontakt även behöver utses i den specialiserade

⁹⁶ SOU 2020:19, *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (s. 172 ff.).

⁹⁷ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 28).

⁹⁸ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 83).

vården. Med den föreslagna bestämmelsen blir det tydligt att en prövning av det behovet behöver göras i varje enskilt fall.

6.6 Vägledning för rektorer och skolhuvudmän

Bedömning: Socialstyrelsen bör i samråd med Statens skolverk få i uppdrag att utforma en särskild vägledning om skolhuvudmäns och rektorers ansvar i fråga om hälso- och sjukvård. I vägledningen bör ingå tydlig information om vad bestämmelsen om fast vårdkontakt innebär för skolverksamheterna.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utforma en vägledning om skolhuvudmäns och rektorers ansvar i fråga om hälso- och sjukvård. Vägledningen ska sammanställa de centrala bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller för den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs inom elevhälsan på ett lättillgängligt sätt och ge vägledning om hur dessa bestämmelser ska tolkas. Vägledningen ska stödja skolhuvudmän och rektorer i det dagliga arbetet och öka kunskapen och förståelsen för hälso- och sjukvårdslagstiftningen i stort och vad den innebär för skolans verksamhet.

Utredningen bedömer att det finns behov av att stödja skolhuvudmän i deras vårdgivaransvar och rektorer i ansvaret som verksamhetschef. Det har framkommit i utredningens dialoger med myndighets-, verksamhets- och professionsföreträdare. Utredningen konstaterar också att det förekommer brister när det gäller vårdgivaransvaret i skolverksamheten när det gäller till exempel det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Det visar Inspektionens vård och omsorg i sin tillsyn. Kunskapen om hälso- och sjukvårdslagstiftningen är i vissa fall otillräcklig och skolhuvudmännens skyldigheter i egenskap av vårdgivare utförs inte alltid i enlighet med gällande regelverk. Brister i vårdgivaransvaret kan i värsta fall leda till en vårdskada eller andra allvarliga händelser.

Socialstyrelsen och Statens skolverk har tagit fram en vägledning för elevhälsan. Vägledningen vänder sig i huvudsak till elevhälsans olika professioner och syftar till att främja tvärprofessionellt arbete inom en samlad elevhälsa. Utredningen bedömer att vägledningen inte på ett tillräckligt tydligt sätt informerar om skolhuvudmäns och

rektorers ansvar i fråga om hälso- och sjukvård. Dessutom behövs en uppdatering av vägledningen med utgångspunkt från nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Socialstyrelsen och Statens skolverk behovsinventering från 2019 som ska ligga till grund för en uppdatering av vägledningen för elevhälsa visar att det finns ett behov av tydligare vägledning i dessa frågor. Behovsinventeringen visar bland annat att det finns behov av mer information om de bestämmelser som styr elevhälsans arbete, till exempel när det gäller hälso- och sjukvårdslagstiftningen, vårdgivaransvaret och sekretess och tystnadsplikten.

Utredningen bedömer att Vägledning om elevhälsa bör ersättas av ett gemensamt nationellt hälsoprogram för barn och unga, se även utredningens förslag avsnitt 6.3 och att en särskild vägledning om skolhuvudmäns och rektorers ansvar i fråga om hälso- och sjukvård bör utformas. En noggrann rättsutredning av vilka bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som gäller för skolverksamhet bör ligga till grund för vägledningen om vårdgivaransvaret.

Tydlig information om fast vårdkontakt bör ingå i vägledningen

Utredningen ser ett behov av att alla delar av hälso- och sjukvården tar ett större ansvar för att åstadkomma ökad trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet för barns och ungas hälso- och sjukvård. Utredningens förslag att en fast vårdkontakt ska utses för barn och unga under 21 år i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt, syftar till detta. Men även elevhälsan har en viktig del.

När elevhälsan identifierar vårdbehov hos barn och unga som inte ska tillgodoses av elevhälsan är det viktigt att patienten, när det finns behov av det, får hjälp att ta kontakt med en vårdgivare som är relevant att kontakta för det identifierade vårdbehovet. Det gäller kanske främst när vårdbehov identifieras under de hälsobesök som elevhälsan ska erbjuda enligt 2 kap. 27 § skollagen. Men det kan även handla om behov som identifieras i elevhälsans verksamhet i övrigt, exempelvis när barn och unga själva söker hjälp av elevhälsan för psykiska eller somatiska besvär, om elevhälsan misstänker att patien-

ten har ett sådant behov som kan behöva hanteras i en annan del av hälso- och sjukvården.

Utredningen konstaterar att elevhälsan redan, genom kravet på fast vårdkontakt i 6 kap. 2 § patientlagen, har ett ansvar för att hjälpa barn och unga att ta kontakt med relevant del av hälso- och sjukvården för att hantera sådana vårdbehov som elevhälsan identifierar, om barnet eller den unga personen har behov av sådan hjälp.

Enligt 6 kap. 2 § patientlagen ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Av förarbetena framgår att en fast vårdkontakt bör kunna bistå patienter i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter.⁹⁹ Detta bör alltså innebära att en fast vårdkontakt, även en fast vårdkontakt inom elevhälsan, ska kunna ge patienten information och hjälpa patienten ta kontakt med relevant vårdgivare när det behövs. Ansvaret är inte avgränsat till att remittera barn och unga till den specialiserade vården, utan det bör utifrån vad som anges i förarbetena också kunna vara fråga om att hjälpa patienten få kontakt med den regionala primärvården när det finns behov av det.

6 kap. 2 § patientlagen gäller i all hälso- och sjukvård, oavsett huvudman, verksamhetsform och liknande, eftersom det i författning inte finns någon begränsning av dess tillämpningsområde. Det innebär alltså exempelvis att en fast vårdkontakt ska utses av en verksamhetschef inom elevhälsan om patienten begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Det är möjligt att ha flera fasta vårdkontakter enligt 6 kap. 2 § patientlagen. De fasta vårdkontakterna ska då, med beaktande av reglerna om sekretess och tystnadsplikt, kunna samverka och samordna vårdens insatser för patienten.¹⁰⁰

Trots ovan beskrivna bestämmelser och förarbeten är utredningens bild att det förekommer att barn och unga inte får hjälp med sådana vårdbehov som identifieras inom elevhälsan. Det kan bero på

⁹⁹ Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, (s. 61).

¹⁰⁰ *Ibid.* (s. 62).

att barnen och deras vårdnadshavare och unga personer i övrigt inte har förutsättningar att söka vidare vård för behoven. Utredningens bild är också att elevhälsans kunskap om bestämmelsen om fast vårdkontakt och sin skyldighet att hjälpa patienten kan variera.

För att tillgodose barns och ungas behov av hjälp och stöd när det gäller samordningen och kontakter med hälso- och sjukvården efter att ett vårdbehov identifierats hos elevhälsan bedömer utredningen att elevhälsans kunskap om sina skyldigheter när det gäller att bidra till kontinuitet, och främst skyldigheten att utse en fast vårdkontakt, behöver öka. Utredningen föreslår därför att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att rikta tydlig information om bestämmelsen om fast vårdkontakt till skolverksamheterna i deras roll som vårdgivare.

Socialstyrelsen har tagit fram en nationell vägledning om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan.¹⁰¹ Där anges förvisso att en fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård, men elevhälsan adresseras inte specifikt. Socialstyrelsen har också tillsammans med Skolverket tagit fram en vägledning för elevhälsan.¹⁰² Där ges bland annat exempel på vad som ingår i verksamhetschefens ansvar, men verksamhetschefens ansvar att utse en fast vårdkontakt enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen nämns inte. Utredningen ser alltså potential att förtydliga den vägledning som finns på området.

¹⁰¹ Socialstyrelsen (2017): *Nationell vägledning. Om fast vårdkontakt och samordnad individuell planering.*

¹⁰² Socialstyrelsen och Statens skolverk (2016): *Vägledning för elevhälsan.*

6.7 Sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa

Bedömning: Utredningen bedömer att följande sex steg systematiskt behöver vidtas för att till stånd en mer sammanhållen, likvärdig, ändamålsenlig och samordnad hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa:

1. Ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa.
2. Ett nationellt hälsovårdsprogram, med skärpt fokus på psykisk hälsa, som erbjuds av en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård.
3. Ökad tydlighet i primärvårdsuppdraget när det gäller psykiska vårdbehov hos barn och unga.
4. Primärvården och den nära vården behöver stärkas med resurser, kompetenser och metoder för att kunna möta barn och unga med psykiska vårdbehov.
5. Den specialiserade vården behöver stärka sin konsultativa roll och bli mer nära och tillgänglig för primärvården och elevhälsan.
6. Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskola/skola och elevhälsan behöver samordna sig kring barn och unga med stora och långvariga behov.

Skälen till för utredningens bedömning: Stegen visar hur hälso- och sjukvården, inklusive den specialiserade vården, behöver utvecklas och samverka med andra aktörer som förskola, skola och socialtjänst för att samordna vårdinsatser för barn och unga och deras vårdnadshavare. Syftet med stegen är att skapa en hälso- och sjukvård som kan tillgodose behov av vård och omsorg hos barn och unga med psykisk ohälsa, både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Målet är att alla barn och unga ska få insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykisk ohälsa. Insatserna ska ges till alla på universell nivå och riktade insatser ska ges till dem som har mer fördjupade vårdbehov. Målet är också att utveckla den nära vården, där de olika vårdnivåerna samspelar med varandra, och att hela

vård- och omsorgssystemet tidigt och ändamålsenligt samordnar sina insatser runt barn och unga för att tillgodose deras behov.

Utredningen bedömer att problem med köer till barn- och ungdomspsykiatri (BUP), i huvudsak beror på systembrister i vården och att problemen med köerna inte kan hanteras genom insatser som riktas enbart mot BUP. Utredningen ser i stället behov av långsiktiga systemförändringar som tar sikte på hur barn och unga kan få hjälp tidigt och samordnat enligt modellen stegvis vård. Utredningen bedömer också att det organisationsinriktade målet om en köfri BUP framöver behöver bytas ut mot ett tydligare barn- och ungasperspektiv som tar sin utgångspunkt i barns och ungas vårdbehov. I nuläget bedömer utredningen att målet i stället bör vara en nära och tillgänglig BUP, som mer visar vad som behöver ske inom ramen för den pågående omställningen till en god och nära vård.

Det finns flera synergier mellan utredningens bedömningar om psykisk hälsa och utredningens övriga förslag och bedömningar. Avsnittet kan betraktas som en generisk modell för att utveckla hälso- och sjukvården för barn och unga, eftersom det sträcker sig från det hälsofrämjande och universella till det specialiserade och komplexa.

Utredningen har valt att inte särskilja psykisk hälsa i ett eget kapitel utan har låtit utredningens arbete kring psykisk hälsa genomsyra hela betänkandet. På så sätt vill utredningen synliggöra sambandet mellan somatiska, psykosomatiska och psykiska tillstånd och att individens hälsa bör ses utifrån ett helhetsperspektiv. Utredningen vill dock understryka att det finns en ökande trend av psykisk ohälsa hos barn och unga och att dialogerna med både verksamhetsföreträdare och unga själva tydligt visar att just psykisk hälsa är det område i vården som är mest eftersatt.

En fragmentiserad vård, bristande samordning, ojämlik och för uppdraget ofta otillräcklig primärvård och elevhälsa samt icke-tillgänglig specialiserad vård är viktiga delar i den problembild som ligger till grund för utredningens uppdrag och förslag och bedömningar. Mer fördjupade beskrivningar finns i Problembilden, kap. 5.

Utredningen har samverkat med utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) i uppdraget att bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd, till exempel genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården. Detta uppdrag tangerar det uppdrag som Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har

haft att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bland annat förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar. Det finns en samsyn mellan de båda utredningarna när det gäller problembilden och de förslag och bedömningar som krävs för att skapa en god och nära vård för personer med psykisk ohälsa.

Särskilt viktiga utgångspunkter för utredningens bedömningar om psykisk hälsa, har varit dels utvecklingsperspektivet på barns och ungas hälsa, dels föräldraperspektivet. Uttryck för psykiska besvär, sjukdom och behov samt insatser och nödvändiga kompetenser skiljer sig väsentligt mellan olika åldrar under barnets uppväxt och vårdnadshavare har en central betydelse för barns och ungas hälsa och utveckling. En annan central utgångspunkt har varit barns och ungas specifika behov och förutsättningar som beskrivs i Utredningens uppdrag, utgångspunkter och genomförande, kap. 2, och barnets rättigheter enligt barnkonventionen.

Termer och begrepp inom området psykisk hälsa presenteras i avsnittet om barns hälsoutveckling. Utredningen noterar att det finns kunskapsluckor och behov av fortsatt forskning när det gäller uttryck och definitioner av psykisk ohälsa hos de allra minsta barnen.

Utredningen gör inte anspråk på att redovisa en heltäckande bild eller hitta lösningar på alla problem inom området psykisk hälsa, eftersom det är alltför omfattande och komplext. Det är många statliga utredningar, samordningsuppdrag, rapporter, granskningar, utvärderingar, sammanställningar, nationella strategier, regeringsuppdrag, regionala och kommunala projekt på nationell och lokal nivå som under lång tid arbetat systematiskt med dessa frågor.

6.7.1 Steg 1 – Ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa

Bedömning: Hälso- och sjukvården behöver ha ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa samt initiera och aktivt delta i breda hälsofrämjande insatser och tvärsektoriell samverkan för att främja psykisk hälsa.

Huvudmän inom skolväsendet bör i större utsträckning än i dag genomföra universella och riktade insatser till barn och unga för att främja psykisk hälsa och förebygga ohälsa. Insatserna bör bygga på evidens och beprövad erfarenhet.

Skälen för utredningens bedömning: Hela samhället har ett ansvar för hur den psykiska hälsan utvecklas i befolkningen. Det finns evidens för att tvärssektoriella insatser där olika aktörer bidrar för att skapa ett bra stöd runt barn och familjer har hälsoekonomisk nytta. Exempel på detta är att främja psykisk hälsa för att förbättra lärandet och att ge föräldraskapsstöd i syfte att stimulera barnets utveckling, se även bilaga 4. Alla sådana insatser behöver utgå från bestämningsfaktorerna för barns och ungas hälsa och utveckling såsom levnadsvanor, livsvillkor, utbildning och tillgång till socialt stöd. Dessa beskrivs mer ingående i avsnittet om barns hälsoutveckling, kap. 4. När samhällets aktörer tar ansvar för tidiga och ändamålsenligt samordnade insatser, sparas resurser och kompetenser inom hälso- och sjukvården till de barn och unga som behöver dem mest, till exempel de som står i väntan på en bedömning av eller insats från den specialiserade vården. Tidiga insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger ohälsa kan på så sätt bidra till att minska köerna till barn- och ungdomspsykiatri.

En aktiv samhällsdebatt kring hälsans bestämningsfaktorer och att samhällets aktörer verkar för goda levnadsvanor, trygga relationer, uppväxtförhållanden och en genomförd skolgång för barn och unga är nycklar till psykiskt välbefinnande. Barn och unga behöver stärkas med färdigheter och motståndskraft under uppväxten för att uppnå bästa möjliga hälsa och välbefinnande under hela livet.

Hälso- och sjukvårdens roll

Hälso- och sjukvården har ett viktigt uppdrag och är en avgörande aktör när det gäller utredning, vård och behandling av barn och unga med psykisk ohälsa. Samtidigt är hälso- och sjukvården bara en av flera verksamheter som har betydelse för utvecklingen av barns och ungas hälsa. Hälso- och sjukvården kan inte heller åta sig att lösa alla problem som påverkar den psykiska hälsan. Samhället behöver få ökad förståelse för att det finns andra orsaker till psykisk hälsa än rent medicinska och vilket ansvar olika aktörer har för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Psykiska besvär av olika grad kan ofta hanteras på andra sätt än genom kontakt med hälso- och sjukvården, samtidigt som hälso- och sjukvården behöver ha en beredskap för att möta barn och unga tidigt, på deras villkor och utifrån deras behov.

Ett gott exempel på en sådan lågtröskelverksamhet som möter unga på deras villkor är ungdomsmottagningarna. Hälso- och sjukvården ska bidra med rätt insatser, finnas nära patienten, se till att god samverkan med andra aktörer uppnås och därmed även breda samordnade insatser till barn och unga med psykisk ohälsa.

Hälso- och sjukvården och dess professioner har stor tyngd och möjlighet att påverka både debatten om och hanteringen av psykisk ohälsa i samhället och därmed antalet barn och unga som behöver söka hjälp i hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvården behöver också beakta tendenser till överdiagnostik, ökande läkemedelsbehandling till barn och unga och risk för medikalisering av normala livstillstånd.¹⁰³ Insatser ska styras av hur barn och unga fungerar i sin vardag och skola och vilka behov som finns hos barn och unga och deras familjer, och inte enbart av diagnosen. Många gånger kan insatser i till exempel skolan, för att anpassa undervisningssituationen och skapa goda lärandemiljöer, minska effekterna av den psykiska ohälsan för barnet eller den unge.

På samma sätt behöver bedömningar av barns och ungas funktionsnivå och behov i högre grad komplettera de diagnosbaserade bedömningarna i hälso- och sjukvården. Till exempel finns systemet Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF), som i dag framför allt används inom äldreården, men som även har evidens för barn och unga. Socialstyrelsen har föreslagit att ICF ska användas i större utsträckning i vården.¹⁰⁴

Vidare bör kvalitetsdriven verksamhetsutveckling, kliniska vårdförlopp och klinisk praxis i större utsträckning framöver handla om tidiga förebyggande insatser och enkelt pragmatiskt stöd, utöver självklara frågor som utredning, diagnos och läkemedelsbehandling. Den medicintekniska utvecklingen och diagnostiken är i sig helt central, men utgör en mycket stark drivkraft i hälso- och sjukvården och behöver vägas upp med ett salutogent fokus för att uppnå en mer ändamålsenlig vård. Det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet behöver ytterligare stärkas i hela hälso- och sjukvården, och uppmuntras i takt med att omställningen till en god och nära vård framskrider. Detta utvecklas mer i steg två nedan.

¹⁰³ SOU 2021:6: *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa* (s. 71).

¹⁰⁴ Socialstyrelsen (2020). *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)* och Socialstyrelsen (2021): *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården*.

Förskolans och skolans roll

Förskolans och skolans roll för barns och ungas förutsättningar att utveckla god hälsa kan inte underskattas. Det finns ett starkt dubbelriktat samband mellan studieresultat och hälsa. Det innebär att lärande kan leda till hälsa men också att hälsa är en förutsättning för lärande.¹⁰⁵ Hur förskolan utformas är betydelsefullt för barnens uppväxtvillkor. Deltagande i förskolan är mest gynnsamt för barn från socioekonomiskt svaga förhållanden och kan vara betydelsefullt för barns utveckling och lärande långt senare i livet. Barn som har gått i förskola har färre psykiska problem och infektioner, högre utbildningsnivå och högre inkomster i vuxen ålder.¹⁰⁶ Barn och unga som lämnar grundskolan med fullständiga betyg löper lägre risk att drabbas av psykisk ohälsa, alkohol- eller drogberoende, sjukskrivning eller arbetslöshet.

Förskolan och skolan har ett ansvar att identifiera sådant i deras verksamhet som kan leda till ohälsa, inte minst gäller det psykisk ohälsa. Skolan anges inte sällan som en orsak till psykiska besvär hos barn och unga. Kunskapssammanställningar visar att det finns generella faktorer i skolan som kan verka som skydds- eller friskfaktorer för psykisk hälsa, till exempel känslan av delaktighet i lärandet, tillfredsställelse, känslan av kompetens samt stödjande relationer med lärare och med kamrater. Riskfaktorer är negativa erfarenheter av provsituationer, prestationskrav och stress, negativa bedömningar, exkludering, trakasserier samt bristande relationer med lärare.¹⁰⁷ Skolans arbete med att skapa goda lärandemiljöer och andra förutsättningar för lärande har därför stor betydelse för barns och ungas hälsa och välbefinnande och är en viktig förutsättning för att barn och unga inte utvecklar psykisk ohälsa till följd av skolarbetet. Goda lärandemiljöer är också en förutsättning för att förebygga skolsvårigheter hos elever som har psykisk ohälsa. Insatser som stödjer lärande är självklara, men även enklare insatser som till exempel handlar om hur prov och inlämningsuppgifter fördelas över terminen, stöd till eleverna att prioritera bland skolans arbetsuppgifter och läxhjälp, har betydelse.

¹⁰⁵ Skolverket (2019): *Hälsa för lärande – lärande för hälsa*.

¹⁰⁶ Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017): *Förskolans påverkan på barns hälsa*.

¹⁰⁷ Kungliga Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet (2010): *Barns och ungas psykiska hälsa i Sverige En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid*.

Därutöver har förskola och skola ett ansvar för insatser på universell nivå. I skolan är undervisningen i idrott och hälsa, hem- och konsumentkunskap, sex- och samlevnad samt ANDT exempel på sådana universella insatser. I denna undervisning ingår att barn och unga utvecklar kunskaper om och förståelse för hälsa och välbefinnande och den egna livsstilens betydelse för hälsa, samhälle och miljö.¹⁰⁸ Enligt förskolans läroplan ska utbildningen främja barnens utveckling, hälsa och välbefinnande. Fysisk aktivitet, näringsriktiga måltider och hälsosam livsstil ska vara en naturlig del av verksamheten och bidra till att barnen förstår hur detta kan påverka hälsa och välbefinnande. Barnen ska också få möjligheter att utforska, ställa frågor och samtala om företeelser och samband i omvärlden som påverkar hälsa och välbefinnande.

Utredningen anser att det i skolans uppdrag även bör ingå att informera eleverna om psykisk hälsa och hur psykiska besvär kan förebyggas på olika sätt. Skolan behöver också genomföra riktade insatser på universell nivå. Hälsofrämjande och förebyggande insatser kan till exempel vara temaföreläsningar i skolan om ångest och depression, egenvård, var och hur man söker hjälp eller allmänt föräldraskapsstöd i grupp baserat på lokalt viktiga trender eller frågor som uppkommit i elevhälsoarbetet.

Svenska läkarsällskapet (SLS) har nyligen i rapporten Kraftsamling för ungas psykiska hälsa sammanfattat fem generella insatsområden där det finns en vetenskaplig grund för att kunna påverka ungas psykiska hälsa och skolresultat. Evidens finns för åldrarna 6 år och uppåt. Dessa fem områden beskrivs mer ingående i bilaga 4 och innefattar:

1. Regelbunden strukturerad fysisk aktivitet.
2. Balans mellan tid på digitala medier, skola, fysisk aktivitet och sömn.
3. Socialt och emotionellt lärande för att stärka självkänsla, hantera stress och skapa positiva förändringar.
4. Anpassning av kunskaps- och betygskraven till elevers utveckling och förutsättningar.

¹⁰⁸ Läroplan för grundskolan, Lgr11, läroplanen för förskolan, Lpfö18.

5. Tidig upptäckt och stöd till unga med risk för sämre psykisk ohälsa.

Även om flera av dessa delar redan återfinns i läroplan och skolans arbete anser utredningen att huvudmännen för skolväsendet aktivt bör se över hur dessa interventionsområden kan stärkas och systematiskt integreras i skolans arbete, till exempel i planering, undervisning, kompetensutveckling för lärare och rektorer och i elevhälsoarbetet. Utredningen ser behov av att hälsofrämjande insatser med fokus även på små barns psykiska hälsa utvecklas och används i förskolan.

Folkhälsoarbetet och civilsamhällets roll

Utredningen bedömer vidare att det breda folkhälsoarbetet som har fokus på barns och ungas levnadsvanor och uppväxtvillkor, information och kunskapshöjning om psykisk ohälsa och suicidprevention samt föräldraskapets betydelse för utvecklingen av psykisk hälsa hos barn och unga fortsatt bör prioriteras. Allmän information och ökad kunskap om psykisk hälsa, efterfrågas av unga. Det handlar bland annat om att informera barn och unga om vad de kan göra själva, när de ska söka hjälp och vilken hjälp som kan erbjudas i skolan, i hälso- och sjukvården eller via digitala plattformar.¹⁰⁹ I dag finns sådan information till exempel på Umo.se, en webbplats med information om sexuell och psykisk hälsa för barn och unga. Webbplatsen finansieras av Sveriges Kommuner och Regioner och når 900 000 besökare varje månad.

Civilsamhället spelar också stor roll för barns och ungas välbefinnande. Med civilsamhället avses den arena skild från stat, kommun, region, marknad och det enskilda hushållet där människor grupper och organisationer agerar tillsammans för gemensamma intressen.¹¹⁰ Ideella organisationer, föreningslivet, idrottsrörelsen och patientföreningar är alla aktörer som hjälper och stöttar många barn och unga på deras egna villkor. Civilsamhället kan ofta svara för behov som hälso- och sjukvården har svårt att tillgodose, till exempel stöd till barn och unga att själva och anonymt söka hjälp vid psykisk

¹⁰⁹ S2018/04669/FS, *Ungas beställning till sambället*.

¹¹⁰ Prop. 2009/10:55, *En politik för det civila sambället*.

ohälsa. Här kan Bris stöd till barn och unga nämnas. Närmare 30 000 barn och unga kontaktar Bris på olika sätt varje år och den vanligaste orsaken till kontakten är psykisk ohälsa.

Hälso- och sjukvården kan med fördel ha en tät dialog med civilsamhällets aktörer, i lokalsamhället men även på regional eller nationell nivå, om barns och ungas förutsättningar och behov och om hur samhällsförändringar påverkar behoven. Syftet med en sådan dialog kan vara att öka hälso- och sjukvårdens kunskap om barn och unga för att kunna organisera och planera vården på ett mer ändamålsenligt sätt eller att utveckla olika former av kontaktvägar vidare in i hälso- och sjukvården, till exempel genom stödlinjer för psykisk ohälsa. Det kan också syfta till att utveckla metoder för barns och ungas delaktighet i hälso- och sjukvården eller samarbete kring utformning av digitala tjänster. Genom stödlinjer eller annan stödverksamhet kan civilsamhället också utgöra ett komplement och stöd till hälso- och sjukvården även om det alltid är hälso- och sjukvården som bär det fulla ansvaret för insatser till barn och unga.

6.7.2 Steg 2 – Ett nationellt hälsovårdsprogram, med skärpt fokus på psykisk hälsa, som erbjuds av en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård

Bedömning: Utredningen bedömer att ett nationellt hälsovårdsprogram, med skärpt fokus på psykisk hälsa, som erbjuds av en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård är en central förutsättning för att främja hälsa, förebygga psykisk ohälsa samt erbjuda fördjupade insatser i samverkan med övrig vård och omsorg.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård som tidigt och samordnat möter barn och unga och deras vårdnadshavare är en central förutsättning för att främja hälsa, förebygga psykisk ohälsa samt erbjuda fördjupade insatser i samverkan med övrig vård och omsorg. Det bidrar till mer likvärdig vård för barn och unga och har därför stor betydelse för deras hälsa och utveckling under uppväxttiden. Med utgångspunkt från ett nationellt utformat hälsovårdsprogram får barn- och ungdomshälsovården bättre förutsättningar att fånga

upp barn och unga med psykisk ohälsa i ett tidigt skede och förebygga en allvarligare utveckling. De barn och unga som behöver ska få fördjupade insatser eller vård och behandling i väl utvecklade samverkan med övrig vård.

För att få till stånd en mer sammanhållen hälso- och sjukvård inklusive elevhälsans medicinska insatser föreslår utredningen ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen av hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa det hälsofrämjande arbetet och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Utredningen föreslår också att ett nationellt hälsovårdsprogram som ger ytterligare vägledning om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till alla barn och unga från tillblivande till vuxen ålder, ska utformas och implementeras. Det nationella programmet ska utgå ifrån ett helhetsperspektiv på barn och ungas fysiska och psykiska hälsa. I detta ingår hälsouppföljning för att främja hälsa, förebygga och tidigt upptäcka ohälsa. Vidare ingår att vid behov ge fördjupade insatser i samverkan med andra vårdverksamheter och vårdnivåer genom väl uppbyggda vårdprocesser samt erbjuda stöttning i föräldraskapet. För fördjupad beskrivning se avsnitt 6.2 och 6.3.

För barn och unga med olika psykiska besvär blir en sammanhållen hälsouppföljning och vårdprocess extra viktig, då symtomen kan vara svårtydda och behöver följas över tid. När psykisk ohälsa upptäcks tidigt, ökar chanserna att förebygga svårare psykisk ohälsa med insatser och stöd redan på primärvårdsnivå. Utredningen bedömer att det skulle kunna minska köerna till barn- och ungdomspsykiatri.

Det nationella hälsovårdsprogrammet bidrar till en mer sammanhållen och likvärdig vård

Ett nationellt överenskommet och likvärdigt hälsovårdsprogram som möter alla barn och unga under uppväxten har stora möjligheter att göra skillnad för barn och unga med psykisk ohälsa genom just tidig upptäckt, hälsofrämjande insatser och insatser som förebygger ohälsa. Hälsouppföljning ska ingå som en grundläggande del av programmet och bestå av hälsobesök som är anpassade efter barns och ungas utveckling, förutsättningar och behov och fördelade under

hela uppväxten. I hälsouppföljningen ska barns och ungas fysiska och psykiska hälsa, utveckling och uppväxtmiljö uppmärksammas och barn och unga som är i behov av fördjupat stöd och riktade insatser identifieras. Universellt, selektivt och indikerat stöd bör ges systematiskt till barn och unga och deras familjer i tidigt skede, vilket kan bidra till att hindra utvecklingen av mer allvarlig psykisk ohälsa. En stärkt hälsouppföljning kan bli särskilt viktig för olika utsatt grupper som i dag har sämre tillgång till hälsofrämjande och förebyggande insatser och samtidigt har olika psykiska vårdbehov, till exempel placerade barn.¹¹¹

I det nationella hälsovårdprogrammet ska föräldraskapsstöd vara en naturlig del. Det är särskilt viktigt med föräldraskapsstöd för att främja hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga. De ofödda och allra yngsta barnen är särskilt utsatta och sårbara när vuxna i familjen har allvarliga svårigheter, eftersom de är helt beroende av de vuxna för sin utveckling och sitt välbefinnande. När barnet har en trygg anknytning till sina vårdnadshavare och relationen mellan vårdnadshavare och barn är god, minskar risken för en rad olika hälsoproblem och riskbeteenden.¹¹²

6.7.3 Steg 3 – Ökad tydlighet i primärvårdsuppdraget när det gäller psykiska vårdbehov hos barn och unga

Bedömning: Förslaget om att det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysiska och psykiska vårdbehov, som lagts fram i betänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6) bör genomföras.

Regionerna behöver uppnå nationell konsensus om vilka psykiska vårdbehov hos barn och unga som primärvården ska ansvara för.

Regionerna behöver integrera första linjeverksamheter för barn och ungas psykiska hälsa i primärvårdsuppdraget.

¹¹¹ Regeringen (2020): *Uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång* S 2020/07505.

¹¹² Blair M. et al. (2013) *Barnhälsovetenskap*.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har haft i uppdrag att utreda förutsättningarna för en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att omhänderta lättare psykisk ohälsa och symtom. I slutbetänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk ohälsa (SOU 2021:6) föreslår utredningen att:

Det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa. 13 a kapitlet 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) om primärvårdens grunduppdrag ska avseende första punkten formuleras så att inom ramen för verksamhet som utgör primärvård ska regioner och kommuner särskilt tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande fysiska och psykiska vårdbehov.

Förslaget innebär att primärvårdens ansvar för vård och behandling av psykisk ohälsa synliggörs och att huvudmännen behöver planera och organisera primärvården med utgångspunkt från detta uppdrag. I enlighet med den kommunala självstyrelsen ska det vara huvudmännens ansvar att bedöma vilka vanligt förekommande psykiska vårdbehov som ingår i uppdraget och hur dessa vårdbehov bäst bör omhändertas i fråga om vårdmodeller, arbetsmetoder, kompetens- och resurssättning.

Utredningen om en samordnad utveckling för en god och nära vård (S 2017:01) menar att området psykisk hälsa historiskt sett har haft en undanskymd roll och att hälso- och sjukvården i stort har planerats och utvecklats med utgångspunkt från den somatiska vården. Under senare år har vården av psykisk ohälsa ökat i fokus i olika utvecklingsprojekt nationellt och regionalt men primärvårdens roll för den psykisk ohälsa har inte varit föremål för satsningar i någon högre grad på nationell nivå. Utredningen om en samordnad utveckling för en god och nära vård konstaterar att det fortsatt finns en variation i vilken utsträckning psykisk ohälsa är beskrivet i de förfrågningsunderlag som ligger till grund för vårdens innehåll och utformning, inte minst när det gäller förväntningar och krav som regionen har på denna del av uppdraget. Det finns också stora variationer i vilken utsträckning regionerna tillhandahåller bedömning av psykologer och kuratorer inom ramen för vårdgarantins tre dagar. Vårdgarantins krav på bedömning av vårdbehov inom tre dagar

uppfylls dessutom i lägre grad av psykolog och kurator jämfört med bedömning av läkare eller sjuksköterskor.¹¹³

Utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård bedömer att förslaget ökar förutsättningarna för en nära och jämlik primärvård även i de delar som rör psykisk ohälsa. Förslaget innebär att primärvården synliggörs som den första instansen för upptäckt, vård och behandling av psykisk ohälsa. Detta kan bidra till att minska stigmat att vända sig till vården vid psykisk ohälsa och underlätta för patienternas förståelse för vart de ska vända sig med sådana vårdbehov. Förslaget får stöd i dialoger som utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård har haft med verksamhetsföreträdare med flera, där det har framförts att ett tydligt lagstöd för primärvårdens ansvar för psykisk ohälsa skulle underlätta vid planering och organisering av vården.¹¹⁴

Utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård anser också att förslaget är en naturlig följd mot bakgrund av utvecklingen av primärvården och fastställandet av ett nationellt grunduppdrag för primärvården som innebär att primärvården ska svara för hälso- och sjukvård som tillgodoser vanligt förekommande vårdbehov, vara lätt tillgänglig och tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens som de individuella patienternas behov. Primärvården ska också vara navet i hälso- och sjukvården och i huvudsak svara för samordningen av patienters vårdinsatser.¹¹⁵

Förslaget är gynnsamt även för barn och unga

Denna utredning konstaterar att förslaget innebär att primärvården även ska ansvara för barns och ungas psykiska vårdbehov. Det saknas en barnkonsekvensanalys av förslaget, men mot bakgrund av de skäl som har angetts, bedömer utredningen att förslaget är gynnsamt även för barn och unga.

Det är mycket viktigt att skapa förutsättningar för en planering och utveckling av vården av psykisk ohälsa hos barn och unga som bygger på en tydlig och långsiktig struktur och organisation. Utredningen bedömer att en sådan långsiktig struktur kan utvecklas om primärvårdens ansvar för vården av psykisk ohälsa synliggörs i

¹¹³ Prop. 2019/20:164: *En utvecklad målbild för omställningen av hälso- och sjukvården* (s. 232–233).

¹¹⁴ Prop. 2019/20:164: *En utvecklad målbild för omställningen av hälso- och sjukvården* (s. 238–239).

¹¹⁵ Prop. 2019/20:164: *En utvecklad målbild för omställningen av hälso- och sjukvården* (s. 330–235).

lag. Det tydliggör också att primärvården är den första instansen och vägen in i hälso- och sjukvården, även för barn och unga med psykisk ohälsa. Det är särskilt angeläget att tydliggöra och förenkla vårdorganisationen för denna grupp, som inte alltid har förutsättningarna att hitta rätt i vården. Det har också särskilt betonats i utredningens dialoger med företrädare för barn och unga.

I omställningen till en god och nära vård finns också möjligheter att fortsatt utveckla primärvården och skapa förutsättningar för att primärvården i framtiden arbetar med uppsökande verksamhet och utökar sin närvaro på andra arenor som är relevanta för barn och unga och deras familjer, till exempel skolan, förskolan eller i hemmet.

För att uppnå en stegvis vård även för psykiska vårdbehov hos barn och unga, behöver primärvården vara vägen in och navet i hälso- och sjukvården. I samspel med den specialiserade vården kan vård och behandling med tvärprofessionell bredd ges nära och tillgängligt till barn och unga. Utifrån en ändamålsenlig triagering kan insatser därefter öka stegvis efter behov.

Primärvårdens förutsättningar att ta ansvar för och vara vägen in vid psykisk ohälsa, även för barn och unga

Det finns en stor potential i primärvården när det gäller att upptäcka psykisk ohälsa och ge ändamålsenligt stöd. Primärvården träffar, vid sidan av elevhälsans medicinska insatser, flest barn och unga samt deras vårdnadshavare av alla vårdens aktörer och har därmed redan en bred barn- och ungdomskompetens. Ett exempel är barnhälsovården, som står för ungefär hälften av alla besök barn gör i primärvården.¹¹⁶ Mödrhälsovården och barnhälsovården, som är en del av primärvården, arbetar med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa i enlighet med styrdokument och vägledning för respektive verksamhet.¹¹⁷ Primärvården har redan, genom mödrhälsovården, barnhälsovården, vårdcentralen och flertalet ungdomsmottagningar en plattform i sin organisation för en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård och uppdraget att arbeta förebyggande.

¹¹⁶ Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt*.

¹¹⁷ SFOG och samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med mödrabarnhälsovårdpsykologernas förening (2008, uppdaterad webbversion 2016). *Mödrhälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa. Intressegruppen för mödrhälsovård inom ARG rapport nr 76*. och Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården* och *Rikshandboken för barnhälsovård (2021)*.

Vidare finns inom primärvården ett teambaserat arbetssätt som har goda möjligheter att utvecklas mot ett mer tvärprofessionellt psykosocialt omhändertagande vid sidan av det medicinska. Primärvårdens möjligheter att erbjuda rätt stöd och insatser kan också öka genom att använda och bygga vidare på redan uppbyggda strukturer, metoder och kompetenser i första linjeverksamheterna. Utredningens bedömer dessutom att primärvården har goda förutsättningar för att utveckla ett familjecentrerat förhållningssätt och omhändertagande av psykiska vårdbehov. Ett familjecentrerat förhållningssätt är ofta centralt vid vård och behandling av psykisk ohälsa för att ta ett helhetsgrepp om faktorer av betydelse för hälsan hos barn och familj.

Primärvårdsuppdraget är inte avgränsat till ålder och innebär att primärvårdens insatser kan fortsätta sömlöst efter att den unge fyllt 18 år, vilket i sin tur innebär att den ofta problematiska övergången från hälso- och sjukvård för barn till vuxna uteblir. Vård- eller hälsocentralen har ofta kunskap om och kan hålla ihop vård och insatser till hela familjen genom sitt breda uppdrag. Det är viktigt då det inte är ovanligt med psykiska besvär även hos vårdnadshavare till barn och unga med psykisk ohälsa. Ärftligheten är också stark när det gäller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Barn som anhöriga till vuxna med psykiatriska tillstånd har en ökad risk för psykisk ohälsa och utgör också en viktig målgrupp för primärvården.¹¹⁸

Primärvården har stor vana av att möta barn och unga med olika former av psykosomatiska besvär, som ofta har en bakomliggande orsak av psykisk ohälsa. Det kan röra sig om huvudvärk, magsmärtor, förstoppning, sömnproblem, trötthet eller ätsvårigheter. Ångest, depression och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är vanliga underliggande psykiatriska tillstånd som kan ge somatiska besvär av den sorten. Vård- eller hälsocentralen har dessutom ofta lokal kännedom om och i vissa fall utvecklat samarbete med övriga aktörer och arenor barn och unga möter i närområdet.

Utredningens expertgrupp av unga med erfarenhet av psykisk ohälsa, ställer sig positiva till förslaget om primärvårdens ansvar för psykiska vårdbehov. De lyfter fram att vård- eller hälsocentralen är ett tydligt vårdutbud dit de vänder sig vid kroppslig sjukdom och ohälsa och därmed borde vara den naturliga vägen in till hälso- och

¹¹⁸ SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa* (s. 43).

sjukvården och en självklar samlingsplats för individens och familjens alla primära vårdbehov.

Vård och stöd vid psykisk ohälsa brister på primärvårdsnivå, särskilt för barn och unga

Utredningen konstaterar samtidigt att vård och behandling i primärvården till barn och unga med psykisk ohälsa är eftersatt i dag. På många håll i landet ser primärvården helt enkelt inte sådant stöd som sitt uppdrag, även om det också finns många exempel på motsatsen. Historiskt sett har den specialiserade vården tagit hand om nästan all psykisk ohälsa hos barn och unga. Stegvisa vårdmodeller¹¹⁹ som finns väl etablerade för kroppsliga åkommor och medicinsk vård för barn och unga har därför inte utvecklats på samma sätt för psykisk ohälsa. Det har lett till att primärvården inte erhållit vana eller byggt upp kompetenser för att möta psykiska vårdbehov hos barn och unga, förutom i de fall där mödrahälsovård och barnhälsovård har nära kopplade psykologresurser. I möten med utredningens referensgrupper och verksamhetsdialoger blir det tydligt att vård- eller hälsocentralen inte är den instans där psykisk ohälsa hos barn och unga naturligt tas omhand i dag.

Representanter för primärvården menar också att ansvaret för barn och unga efter 6 års ålder när barnhälsovårdsprogrammet har avslutats, inte är lika tydligt. Primärvården har inte ansvar för hälsouppföljning av skolbarn och elevhälsan tar sällan kontakt med primärvården som en samverkanspart när de uppmärksammat elever med psykiska besvär som kräver vidare hjälp och utredning. Elevhälsans medicinska insatser remitterar ofta barn och unga direkt till den specialiserade vården eftersom det är så det traditionellt gått till. När det blir tydligare att primärvården har ansvar för vård vid psykiska besvär, kommer färre remisser att skickas till barn- och ungdomspsykiatri och därmed bidra till minskade köer.

Ett tydligt tecken på att primärvården under lång tid inte kunnat möta psykiska vårdbehov hos barn och unga är utvecklingen av första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska hälsa. Dessa verksamheter har under drygt tio års tid byggts upp med stöd av

¹¹⁹ Vedertagen definition av begreppet saknas, men grundprincipen kan sägas vara att man anpassar behandlingens intensitet efter patientens behov, dvs. ger vård på lägsta effektiva omhändertagningsnivå.

SKR och statliga medel för att utgöra ett komplement till primärvården när det gäller barns och ungas psykiska vårdbehov.¹²⁰ När dåvarande SKL skulle definiera vem som hade ansvaret för insatser för lindrig till måttlig psykisk ohälsa konstaterades att det inte fanns någon verksamhet med det uppdraget för barn och unga. Primärvården uppfattade sig varken ha uppdraget eller kompetensen. I dag finns sådana verksamheter över hela landet och träffar cirka två procent av barn och unga.¹²¹ Första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska hälsa kan vara organiserade inom primärvården, men även inom den specialiserade vården, socialtjänsten eller elevhälsan. Variationen när det gäller uppdragens innehåll och utformning är stor och de har inte styrts eller likriktats från nationellt håll. Många barn och unga som tidigare inte kunde vända sig någonstans har fått hjälp, men primärvårdens ansvar som den egentliga första linjen har inte tydliggjorts. Första linjeverksamheterna har medfört att antalet vårdverksamheter när det gäller vård och behandling av barn och ungas psykiska ohälsa har ökat. I utredningens dialoger med unga företrädare för barn och unga med psykisk ohälsa har det framgått att mångfalden i sig medför en otydlighet om vart barn och unga kan vända sig med psykiska besvär eller ohälsa. I många delar av landet, inte minst i storstadsområden, finns det även en osäkerhet hos vårdverksamheterna om vilka olika aktörer som finns etablerade för att möta barn och unga med psykisk ohälsa, och vilka uppdrag de har.

Integrera första linjeverksamheterna för psykisk ohälsa i ett enhetligt primärvårdsuppdrag

Utredningen bedömer att primärvården ska vara första vägen in och möta barn och unga med lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Pågående och utbyggda projekt kring första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa behöver integreras i primärvårdsuppdraget. Det är en förutsättning för en mer enhetlig, likvärdig och tillgänglig hälso- och sjukvårdsorganisation för barn och unga enligt principen en väg in i hälso- och sjukvården. Det skapar också en mer långsiktigt hållbar hälso- och sjukvårdsorganisation för vård och behandling av psykisk ohälsa.

¹²⁰ SKR (2020): *Första linjen 2020 Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*

¹²¹ Dalman, C. (2018): *Uppföljning av första linjen psykisk ohälsa barn och unga.*

Utredningen bedömer vidare att regionerna och professionerna med stöd av SKR behöver komma överens om och uppnå nationell konsensus om vilka psykiska vårdbehov hos barn och unga som primärvården ska ansvara för. Nationell kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård som drivs av Sveriges regioner i samverkan bör ha en central roll. Även Socialstyrelsen kan ha en roll om det under arbetets gång framkommer ett behov av nationella riktlinjer. Huvudmännen behöver systematiskt revidera förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller för att inkludera barn och unga med psykiska vårdbehov i primärvårdsuppdraget. Utredningen bedömer att erfarenheter om vanliga sökorsaker vid första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska hälsa, kan vara en utgångspunkt när regionerna utvecklar samsyn kring vanligt förekommande psykiska vårdbehov som ska mötas i primärvården, se även avsnitt 6.7.4. De vanligaste sökorsakerna i sammanställningen av första linjeverksamheterna var oro och nedstämdhet, skolrelaterade bekymmer, stress, kriser samt problem i familj eller egna relationer. Det parallella arbetet med olika breda vårdprocesser som också har bäring på psykisk ohälsa och ansvaret på primärvårdsnivån behöver samtidigt beaktas.

Cirka 2 procent av alla barn och unga får i dag insatser från första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska hälsa (övrig primärvård ej medräknad). I dialog med SKR:s och Socialstyrelsens experter inom området psykisk hälsa uppskattar utredningen att cirka fem procent av den totala barnpopulationen, har psykisk ohälsa som skulle kunna mötas på primärvårdsnivå. Det behövs dock ytterligare kartläggningar och analyser av sjukdomsförekomst och behov hos barn och unga med psykisk ohälsa, med särskilt fokus på primärvård, för att göra säkrare bedömning av behovet inför framtiden.

Utredningen ser vidare att primärvården även kan spela en viktig roll i en framtida nära vård när det gäller vanligt förekommande psykiatriska tillstånd hos barn och unga, till exempel vissa neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, depression och ångest. Detta kan bidra till målet om en köfri BUP. En förutsättning är dock att primärvården förstärks med både kompetens och resurser enligt omställningens principer och får stöttning av den specialiserade vården. Se vidare om detta under steg fyra och fem nedan.

6.7.4 Steg 4 – Stärkta kompetenser och resurser i primärvården för att möta barn och unga med psykisk ohälsa

Bedömning: Regionerna bör inom ramen för den pågående omställningen till god och nära vård stärka primärvården med nödvändiga resurser och kompetenser, och ge förutsättningar för tvärprofessionellt och tvärssektoriellt samarbete, för att möta barns och ungas psykiska vårdbehov.

Skälen för utredningens bedömning: Det krävs specifik kompetens för att upptäcka, utreda och behandla psykisk ohälsa hos barn och unga, bland annat eftersom de har olika uttryck och behov från de späda åldrarna till ungdomen. Nödvändiga funktioner och kompetenser behöver finnas inom primärvården för att kunna möta barn och unga med psykiska vårdbehov och för att kunna arbeta med ett familjecentrerat förhållningssätt. Primärvården behöver utveckla den allmänna och specifika barn- och ungdomskompetensen och bygga upp psykosociala team. Utredningen vill särskilt lyfta fram betydelsen av tvärprofessionella och tvärssektoriella arbetssätt när det gäller vård och behandling av barns och ungas psykiska vårdbehov. Dessutom behöver primärvården kunna erbjuda riktade föräldrastöd och psykologiska insatser för att förebygga och behandla psykisk ohälsa hos barn och unga. Utredningen bedömer att en resurs- och kompetensförstärkning av primärvården i syfte att rusta den för psykiska vårdbehov hos barn och unga, också bidrar till en bredare barn- och ungdomskompetens i primärvården som möter barns och ungas behov.

Sammanställningar av första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska ohälsa samt utredningens dialoger visar att den specifika kompetens som krävs för att fullt ut möta psykiska vårdbehov hos barn och unga i primärvården, är en ändlig resurs som inte räcker till för att bemanna varje vård- eller hälsocentral. Därför behöver primärvårdens utformning kompletteras med smarta lösningar, koncentration av personal, samutnyttjande och samverkan. En vidareutveckling av den nära vården där primärvården är kärnan men specialiserad vård också ingår är eftersträfvansvärt. Genom utredningens kunskapsinhämtning och dialoger har åtskilliga exempel på sådana lösningar uppmärksamats. I ett totalt sett sammanhållet system

ska nödvändiga kompetenser och insatser komma barnet till godo utan att verksamhets- eller organisatoriska gränser ska ligga i vägen.

Utredningen bedömer därför också att den specialiserade vården och dess kompetenser behöver tillgängliggöras för att stödja primärvården och för att utveckla uppdraget när det gäller vård och behandling vid psykisk ohälsa. En systematisk kompetens- och kunskapsöverföring och en allians mellan specialiserad vård och primärvård skapar förutsättningar för en allt mer uppbyggd och ändamålsenlig barnkompetens i primärvården. Detta utvecklas närmare nedan.

I steg tre ovan beskrivs primärvårdens förutsättningar och de förväntade psykiska vårdbehov hos barn och unga som primärvården bör ansvara för. Hur huvudmännen väljer att definiera detta avgör hur primärvården behöver resurs- och kompetenssättas. De regionala huvudmännen behöver kartlägga sina aktuella resurser och kompetenser samt se över aktuella vårdprocesser, för att få underlag för hur kompetenserna ska fördelas mellan olika verksamheter och vårdnivåer och göra en långsiktig kompetensförsörjningsplan för att säkra tillgången till barnkompetens inom primärvården. Den befintliga barnkompetens som finns inom mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna och vård- och hälsocentralerna i dag, kan till exempel utgöra en grund för kompetensöverföring till övriga primärvården. Utredningen vill i detta sammanhang dessutom betona behovet av de avvägningar huvudmännen behöver göra för att klara akutuppdraget och andra kompetensområden i regionen som den specialiserade vården. Det framgår också av regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) att omställningen inte ska ske på bekostnad av kvaliteten i akutsjukvården.

Kompetensförsörjning är en av hälso- och sjukvårdens stora utmaningar och det är i dag brist på personal, såväl i primärvården som i den specialiserade vården. År 2019 bedömde 19 av 21 regioner att det var brist på psykologer, och enligt regionernas uppskattning av det totala personalbehovet saknas cirka 200 helårsarbetskrafter. Flera regioner har också uppgett att det finns en brist på specialistläkare bland annat inom allmänmedicin och psykiatri. Bristen bedöms variera inom regionerna och är som störst utanför städerna. Det är främst erfaren personal som saknas.¹²²

¹²² Socialstyrelsen (2020): *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2020.*

Utredningen menar att kompetensnivån i primärvården inom området psykisk ohälsa hos barn och unga, även behöver kartläggas och analyseras på en nationell nivå. En möjlig aktör för ett sådant arbete är det nationella vårdkompetensrådet, eftersom de i sitt regeringsuppdrag har att långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom hälso- och sjukvården. Vårdkompetensrådet kan också, samordna strategier för framtida behov av vårdkompetenser med huvudmännen för högskoleutbildningarna.

Utredningen vill återigen poängtera att flera av förslagen och bedömningarna som utredningen lägger fram har synergier med varandra och att frågan om kompetensförsörjning tydliggör detta. Inte minst gäller det kompetenstillgång och nivåer för ett erbjuda ett likvärdigt och robust nationellt hälsovårdsprogram, som har stor bärning på kompetenser i primärvården gällande psykiska vårdbehov.

Kompetenser som kommer att behövas i större utsträckning i primärvården för att möta barn- och ungas psykiska vårdbehov

Läkare och sjuksköterska är de vanligaste professionerna i primärvården i dag och utgör en naturlig bas i ett tvärprofessionellt teamarbete som kan bygga upp en samlad kompetens för att möta psykiska vårdbehov. Sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor, till exempel distriktssköterska och barnsjuksköterska, är och kommer förmodligen även i framtiden att vara nyckelprofessioner i primärvården, som kan bära många funktioner i uppdraget för barn och unga med psykisk ohälsa. Dessutom behövs professioner som exempelvis kurator, psykolog och psykoterapeut.

För att barn, unga och vårdnadshavare ska kunna erbjudas insatser utifrån deras specifika behov behövs även andra professioner i tvärprofessionell samverkan. Exempel på sådana professioner är fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped, dietist, hälsopedagog, barnläkare, barnpsykiater, psykiatrisjuksköterska och barnmorska. Samverkan i team runt patienter med psykisk ohälsa benämns ofta som psykosociala team där kompetenser som kompletterar varandra kan se olika ut. Samverkan och samordning av insatser kan ske dels genom fysiska möten, dels digitalt utifrån behov.

De kompetenser som i dag finns inom de första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa som beskrivits tidigare kan

integreras eller utgöra en utgångspunkt för utvecklingen av tillräckliga kompetenser inom primärvården. Sammanställningar av kompetenser inom första linjeverksamheter, visar att de yrkeskategorier som flest barn kommit i kontakt med i verksamheten var socionom (47 procent), psykolog (43 procent) och sjuksköterska (13 procent), därefter läkare (6 procent) och specialpedagog (6 procent).¹²³ Psykologer och socionomer hade specifik barn- och ungdomskompetens till exempel inom föräldrastöd och utvecklingspsykologi.

6.7.5 Steg 5 – En nära och tillgänglig specialiserad vård

Bedömning: Huvudmännen behöver skapa förutsättningar för att barn- och ungdomspsykiatri, och annan relevant specialiserad vård, har en tydlig konsultativ och stöttande roll i primärvården och elevhälsan, i enlighet med inriktningen för en nära och tillgänglig vård.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen menar att en utveckling mot en mer nära och tillgänglig specialiserad vård som kan stötta primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser är nödvändig. Det ger en effektivare triagering av vilka barn och unga som behöver insatser i den specialiserade vården och vilka som kan få hjälp och stöd på primärvårdsnivån, vilket är grunden för en fungerande stegvis vård. Det leder också till en kompetensutveckling som är nödvändig för att utveckla och stärka den allmänna och den specifika barn- och ungdomskompetensen i primärvården. Fler barn och unga får då rätt bedömning i ett tidigt skede och därmed tidigare ändamålsenliga insatser vid psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd. Detta gäller särskilt stöd och insatser i skolan som kan leda till bättre lärande, minskad psykisk ohälsa och undvikbar försämring av psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Detta innebär att många av de barn och unga som i dag står i kö till den specialiserade vården får vård och stöd i den nära vården, vilket minskar köerna till och avlastar BUP.

Huvudmännen för hälso- och sjukvården behöver beakta behovet av en nära och tillgänglig specialiserad vård när hälso- och sjukvården

¹²³ SKL (2014): *Kartlägningsrapport – Första linje för barn och ungas psykiska hälsa*.

organiseras och planeras för barn och unga. Primärvården, elevhälsan och den specialiserade vården bör vara bärande delar för en god och nära vård för barn och unga. Exempel på en sådan utveckling är en stärkt och utbyggd öppenvård med områdesansvar och en tydlig konsultativ roll. Andra exempel är gemensamma bedömningar, samlokalisering, konsultationsmodeller, digitala former av tillgänglighet, direktkontakt på telefon, auskultationer, handledning och utbildningsinsatser. Verksamheterna bör gemensamt utveckla dessa arbetssätt och vårdmodeller, där primärvården och elevhälsan anger vilka behov de har av stöd och den specialiserade vården ansvarar för innehållet i detta. Utredningen anser att regionernas ersättningsmodeller bör stödja utvecklingen av en nära och tillgänglig specialiserad vård med ett tydligt konsultativt uppdrag i primärvården och elevhälsan.

När den specialiserade vården stöttar primärvård och elevhälsa när det gäller barn och unga med psykiska vårdbehov skapar det ett gemensamt ansvar för patienter i gråzonen mellan vårdnivåerna. Det kan bidra till en ökad trygghet i verksamheterna och utveckla förutsättningarna för primärvården att ta hand om olika psykiatriska tillstånd. En målmedveten och riktad satsning på en nära och tillgänglig specialiserad vård för barn och unga påskyndar och stabiliserar den pågående omställningen av hela hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer dock att detta är en process som behöver byggas upp varsamt både med hänsyn till patientsäkerhet och kvalitet men också för att inte överbelasta primärvården i ett skede när allt mer förväntas hanteras där. Bryggor för ömsesidig kunskaps- och kompetensöverföring, främjar relationerna mellan vårdens aktörer så att kontaktvägar och samarbete gynnas. Den specialiserade vården och sjukhusen har stor nytta av ett starkare generalistperspektiv, vilket också ligger i omställningens syfte.

Utredningen erfar att det finns en mängd olika initiativ och lärande exempel på en mer konsultativ och nära specialiserad vård som kan tjäna som inspiration eller förebild. Ett sådant exempel är projekt i flera regioner som syftar till en gemensam väg in där BUP och primärvårdsnivån gemensamt triagerar alla barn och unga som söker för psykisk ohälsa. Det finns på många håll i landet också en väl utvecklad öppenvård inom barn- och ungdomspsykiatri och annan specialiserad vård för barn och unga att bygga vidare på. Barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomshabilitering är andra

viktiga aktörer med hög barn- och ungdomskompetens som behöver involveras i denna utveckling, till gagn för en bred och ändamålsenlig barn- och ungdomskompetens i primärvården. De bör till exempel kunna involveras i gemensamma vårdprocesser för att avlasta och effektivisera BUP.

Tillgängligheten till den specialiserade vården

Med utgångspunkt från att den specialiserade vården ska vara både nära och tillgänglig ur flera aspekter, behöver även verksamheternas effektivitet beaktas. BUP har haft långvariga problem med tillgängligheten. För att komma tillrätta med problemen har BUP varit föremål för olika satsningar och strukturerad uppföljning inte minst genom de olika överenskommelser som träffats mellan staten och SKR. I detta har bland annat ingått en förstärkt vårdgaranti som anger att ett första besök ska ske inom 30 dagar och fördjupad utredning inom ytterligare 30 dagar.

Bilden av hur tillgängligheten till BUP har utvecklats är komplex. Antalet barn och unga som står i kö till BUP har ökat de senaste åren. Andelen patienter som får ett första besök inom 30 dagar och fördjupad utredning eller behandling inom ytterligare 30 dagar efter första besök har dock stadigt minskat. Samtidigt har antalet besök till och antalet individer som har kontakt med BUP ökat. Antalet medarbetare har också ökat, även om det finns stora variationer i landet.

SKR följer upp indikatorer som mäter antal besök per medarbetare inom BUP så kallade produktionsmått. SKR anser att det är ett viktigt mått för tillgänglighet och effektivitet men att kvalitet i vården och arbetsmiljön för medarbetare samtidigt måste beaktas. Ett måltal för verksamheten har beräknats till fyra patienter per dag och medarbetare. 2019 träffade en medarbetare inom barn- och ungdomspsykiatri i genomsnitt 1,4 patienter per dag.¹²⁴ Det finns många perspektiv på produktionsmått, men naturligtvis påverkar verksamhetens effektivitet köerna i stor utsträckning.

Utredningen erfar i sina dialoger med företrädare för BUP att verksamheterna medvetet arbetar med effektivitetsfrågor. Hög personalomsättning och läkarbrist samt stor efterfrågan på tidskrävande

¹²⁴ SKR (2020): *Psykiatri i siffror – kartläggning av barn- och ungdomspsykiatri 2019*.

samverkan med exempelvis skola och socialtjänst lyfts fram som försvårande faktorer för en effektiv verksamhet. Det väl utvecklade teamarbetet inom BUP ses som en framgångsfaktor, men också ibland som ett hinder för mer effektiva vårdflöden.

Effektivitet i verksamheten är en mer komplex fråga än att det enbart kan ses som ett antal patientbesök. Det handlar om avvägningar mellan olika värden. Tvärprofessionella bedömningar, som är värdefulla ur ett kvalitetsperspektiv, tar ofta mer tid än enskilda bedömningar. Noggrann utredning och diagnostik är viktigt, men tiden som läggs på detta behöver vägas mot möjligheten att utifrån kunskapen om behoven, ge ändamålsenliga och tidiga insatser som skapar värde för barnet eller den unge. Att vänta länge i kön på att få komma till utredning och insatser har också stora risker avseende säkerhet, kvalitet och omfattningen av de vårdinsatser som krävs.

En verksamhets kapacitet och kvalitet kommer alltid att behöva vara föremål för ständiga förbättringar. BUP är inget undantag och behöver utifrån det trängda läge som nu är med stor efterfrågan och köer fortsatt och än mer fokuserat arbeta med sin tillgänglighet.

Utredningen betonar därför vikten av ett fortsatt arbete med öppna jämförelser, gemensamma nyckeltal som mäter flöden, produktionsplanering och effektiva ändamålsenliga vårdprocesser. Utvecklingen av effektiva vårdprocesser synliggör också på vilka nivåer insatser ska göras och kan tydliggöra vilka patienter som ska erbjudas insatser från den specialiserade vården. Arbetet med att utveckla vård- och insatsprogram avseende ADHD och Socialstyrelsens arbete med att ta fram nationella riktlinjer för neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är ett exempel på utvecklade och resurseffektiva vårdprocesser.¹²⁵ I dessa arbeten läggs fokus på hela processen från tidiga symtom till specialiserad vård och behandling vilket till exempel inkluderar hälsofrämjande arbete, tidiga samordnade insatser i primärvård och skola. Förbättrade vårdprocesser är nödvändiga för att komma till rätta med problem med variationer i klinisk praxis och tillgång till vård och stöd. Risk för samsjuklighet i annan psykisk ohälsa och skolfrånvaro gör att tidig upptäckt och tidiga insatser är viktiga liksom tillgång till tvärprofessionellt om-

¹²⁵ Uppdrag Psykisk Hälsa (2021): *Nationella vård och insatsprogram* och Socialstyrelsen (2019) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid neuropsykiatriska funktionshinder*.

händertagande.¹²⁶ Det skapar också förutsättningar för en mer jämlik vård och behandling.

När det gäller BUPs effektivitet avvaktar utredningen förslag och bedömningar från delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Delegationen har i uppdrag att utreda om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti (dir. 2020:81). Uppdraget om att bedöma vårdgarantin ska redovisas maj 2022. Delegationen stödjer regionernas arbete med handlingsplaner för ökad tillgänglighet. Inom ramen för detta arbete kommer delegationen bland annat uppmärksamma produktions- och kapacitetsstyrning inom BUP samt lyfta goda exempel.

6.7.6 Steg 6 – Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskola/skola och elevhälsa behöver samordna sig kring barn och unga med stora och långvariga behov

Bedömning: Huvudmännen behöver skapa förutsättningar för att den specialiserade vården för barn och unga, socialtjänsten, förskolan/skolan och elevhälsan i högre utsträckning än i dag kan samordna sig runt barn och unga med långvariga och stora behov.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att ett stort antal barn och unga med långvariga och stora hälso- och sjukvårdsbehov, behöver en mer koordinerad och samordnad vård och omsorg. Därför behöver den specialiserade vården som möter barn och unga samverka med socialtjänsten, förskolan, skolan och elevhälsan för att samordna insatser med barnets behov i centrum. Det finns betydande hälsoekonomiska vinster och resurseffektivitet att hämta när vård och omsorg koordineras och samordnas i ett tidigt skede för barn och unga med långvariga och stora behov. Rapporter visar att parallella insatser kan pågå i flera år i olika verksamheter kring ett barn med stora behov, utan att det samplaneras eller effektiviseras.¹²⁷ En mer ändamålsenlig och samordnad planering och vård

¹²⁶ Socialstyrelsen (2019): *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.*

¹²⁷ IVO (2019): *Barn och unga som riskerar att drabbas av bristande samordning och osammanhängande vård- och omsorgskedja.*

och omsorg kan tillgängliggöra tid för de barn och unga som står i kö eller väntar på insatser. Utredningen bedömer att det stärker helhetssynen på patienten.

Det saknas en vedertagen nationell eller internationell definition av gruppen barn och unga med långvariga och stora behov. Utredningen använder begreppet för att beskriva barn och unga med kroniska sjukdomar eller långvarig ohälsa, ofta med samsjuklighet som samtidigt har många besök i hälso- och sjukvården eller insatser från många aktörer i vård och omsorg. Vissa data talar för att dessa barn och unga omfattar ungefär 20 procent av barnpopulationen samt att gruppen är ökande, framför allt beroende på ökad diagnostik av psykiatriska tillstånd.¹²⁸ Barn med svåra kroniska sjukdomar, funktionsnedsättning eller svår social och psykiatrisk problematik är mest välkända och definierade. Utöver dessa grupper finns också en mängd barn och unga som under uppväxten har kroniska tillstånd där många olika vård- och omsorgskontakter krävs.¹²⁹ Dessa barn och unga har ofta behov av breda och långvariga insatser där varje enskild profession, team eller verksamhet har svårt att själva möta barnets eller den unges hela vårdbehov. Det behövs i stället en helhetssyn och samordnade insatser. Barn och unga med långvarig ohälsa behöver dessutom ofta psykosocialt och annat riktat stöd av olika slag i skolan. Det kan vara avgörande för att vård- och behandlingsinsatser ska vara effektiva.

En stor del av hälso- och sjukvårdens resurser går också till barn och unga med långvariga och stora hälso- och sjukvårdsbehov, men på grund av olika systembrister är insatserna inte alltid ändamålsenliga och samordnade. Barn och unga med de allra största behoven och där flera verksamheter och professioner är engagerade är troligen den grupp, bland alla barn och unga, som upplever vårdens generella brister mest. I utredningens dialogmöten lyfts till exempel barn och unga med funktionsnedsättning eller social och psykiatrisk problematik fram som särskilt sårbara och eftersatta grupper i vården. Tidiga och samordnade insatser till barn och unga med långvariga och stora behov minskar risken för samsjuklighet, skolmisslyckande och försämring i grundsjukdomen eller den allmänna hälsan. Utredningen bedömer också att en tidig samordning av in-

¹²⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014): *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*.

¹²⁹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd*.

satser i den specialiserade vården, socialtjänsten, förskolan, skolan och elevhälsan i stor utsträckning gagnar de barn och unga med psykisk ohälsa och stora behov som ännu inte har någon diagnos. Detta för att förutsättningarna för en tidigare tvärprofessionell bedömning och god vårdplanering ökar. Utredningen vill förtydliga att samordningen av insatser för de barn och unga som har störst behov är central för att nå målet om en köfri BUP.

Utredningen ser behov av att huvudmännen till exempel skapar förutsättningar för gemensam planering, organisering eller samlokalisering av specialiserad vård eller vissa vårdinsatser. De behöver dessutom ha en gemensam uppföljning och utvärdering med relevanta nyckeltal där patientens väg kan följas genom hela vården och omsorgen. Vidare vill utredningen uppmuntra huvudmännen att ta beslut om att verksamheterna inför gemensamma vårdprocesser, arbetssätt och remissbedömningar. Användande av samordnad individuell plan och patientkontrakt behöver öka med skärpt fokus på tydliga uppdrag, ansvar samt delaktighet för patienten, och att huvudansvar för samordning fastställs i de fall patienten har flera fasta vårdkontakter.

Delade tjänster, möjligheter till dubbelspecialisering, auskultationsmodeller och gemensamma ledningsgrupper är andra exempel som kan främja relationer, kunskapsöverföring, gemensamt lärande, samverkan och samråd mellan verksamheterna. Det finns över landet flera goda exempel på samordnade team där man arbetar för att möta behoven bredare och mer sammanhållet till exempel för små barn med utvecklingsavvikelse, mobila team där socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri samarbetar, barncentra där barn- och ungdomshabilitering-, medicin- och psykiatri samlas, centra för sällsynta diagnoser, multidisciplinära team för kronisk smärta eller ättsvårigheter.

Företrädare för den specialiserade vården för barn och unga, som utredningen fört dialog med, har lyft fram behovet av en mer samordnad organisation runt barnet och familjen, för att motverka den fragmentisering och stuprörskonstruerad vård och omsorg som finns i dag. Utredningens förslag om samverkan mellan region och skolhuvudmän (avsnitt 6.4) och en skärpning av hälso- och sjukvårdens ansvar för fast vårdkontakt till barn och unga (avsnitt 6.5) har syftet att öka samverkan och samordning på alla nivåer i systemet.

Barn och unga med långvariga och stora behov får i dag oftast mest insatser från den specialiserade vården och har sin fasta kontakt där. Så långt det är möjligt behöver också primärvården och den nära vården involveras och ha samordningsansvar, enligt det nu reviderade nationella grunduppdraget för primärvården.¹³⁰ Ett samordningsansvar med god kontinuitet i den nära vården är en av de tydligaste framgångsfaktorerna för en effektiv vård.¹³¹ Genom de steg som beskrivits ovan stärks förutsättningarna för primärvården att ta samordningsansvaret för fler barn och unga med psykiska vårdbehov.

6.8 Förutsättningar för ett samlat huvudmannaskap för barn- och ungdomshälsovården

I utredningens uppdrag har ingått att pröva ett samlat huvudmannaskap för aktörer inom primärvården (mödrahälsovården, barnhälsovården och vårdcentraler), ungdomsmottagningarna och de medicinska delarna av elevhälsan samt belysa för- och nackdelar med ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser. Av direktivet framgår vidare att skolsköterskornas roll i elevhälsan ska vara oförändrad, på så sätt att funktionen ska finnas närvarande i skolan. Syftet med att pröva ett samlat huvudmannaskap är i första hand att få till stånd en mer sammanhållen vård för barn och unga. Utgångspunkten är att *en* huvudman lättare kan styra berörda verksamheter utifrån samma mål, uppdrag och strategier och att det skulle underlätta samverkan och samordning av vårdinsatser för barn och unga.

De primärvårdsaktörer som anges i direktivet har i dag regionen som huvudman. Ungdomsmottagningarna har i huvudsak regionen som huvudman men det förekommer också att kommunen är huvudman för ungdomsmottagningarna. Elevhälsans medicinska delar är en av fyra verksamhetsgrenar inom elevhälsan och består av skolläkare och skolsköterskor. Elevhälsa tillhandahålls i skolan och det är skolhuvudmännens ansvar att organisera och finansiera verksamheten. Enligt 2 kap. 2–5 §§ skollagen får kommuner, regioner, stat och enskilda vara skolhuvudmän

¹³⁰ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 77).

¹³¹ SOU 2016:2: *Effektiv vård*.

Utredningen konstaterar att flera av de verksamheter som lyfts fram i direktivet har ett regionalt huvudmannaskap. Det gäller mödrhälsovården, barnhälsovården, vårdcentralerna och ett stort antal ungdomsmottagningar. Regionen ansvarar även för den specialiserade vården och tandvården för barn och unga. Regionen har dessutom det övergripande ansvaret för att erbjuda hälso- och sjukvård till barn och unga. I vissa fall tillhandahåller regionen elevhälsojänster till skolor. I enlighet med 8 kap 1 § HSL ska regionen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Även i övrigt ska regionen verka för en god hälsa hos befolkningen. Utredningen bedömer därför att det är naturligt att se över förutsättningarna för ett regionalt huvudmannaskap. Utredningen lägger därför särskild fokus på de verksamheter som i dag inte har en regional hälso- och sjukvårdshuvudman.

Utredningen har övervägt möjligheten att pröva ett samlat kommunalt huvudmannaskap för primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser men bedömt att det inte är aktuellt. Ett kommunalt huvudmannaskap skulle innebära betydligt mer omfattande förändringar av den ansvarsfördelning som i dag råder mellan region och kommun när det gäller hälso- och sjukvården i stort och skolverksamheten, eftersom det skulle innebära att en stor del av primärvårdens verksamhet skulle få ett kommunalt huvudmannaskap. Utredningen bedömer att det skulle vara ett oproportionerligt stort ingripande i huvudmännens förutsättningar att planera och organisera hälso- och sjukvården.

6.8.1 Primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser bör inte samlas under ett regionalt huvudmannaskap

Bedömning: Utredningen bedömer att ett samlat huvudmannaskap för primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser i dag inte är lämpligt. Elevhälsans medicinska insatser ska därför fortsatt vara skolhuvudmännens ansvar.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens bedömning bygger i huvudsak på de nackdelar som finns med att förändra huvudmannaskapet för elevhälsans medicinska insatser. Nedan

belyses för- och nackdelar med ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser. I den slutliga bedömningen har utredningen analyserat förutsättningarna för ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser ur ett barn-, organisations- och professionsperspektiv och vägt de olika perspektiven mot varandra. Synpunkter på bedömningen har inhämtats från företrädare för myndigheter, professionen och barn och unga. En svårighet i sammanhanget har varit att fördelarna med ett samlat regionalt huvudmannaskap lätt också kan vändas till nackdelar och tvärsom beroende på vilket perspektiv som anläggs på frågorna. Även ur ett barnrättsperspektiv kan frågan ses ur olika synvinklar. Det gäller till exempel tillgången till den information som samlas in vid hälsobesöken. Ur ett barnrättsperspektiv är det viktigt att skolan har informationen för att kunna ge ett allsidigt stöd vid skolsvårigheter och utforma hälsofrämjande och förebyggande insatser. Ur barnrättsperspektiv är det också viktigt att hälso- och sjukvården har tillgång till informationen så att de snabbt kan få sina individuella vårdbehov tillgodosedda och att hälso- och sjukvården kan planera och organisera vården med utgångspunkt från barns och ungas behov.

Sammantaget innebär utredningens avvägningar dock att ett förändrat huvudmannaskap inte skulle leda till önskat resultat. Det handlar i huvudsak om risken för att tillgången till elevhälsans medicinska insatser kan komma att försämrats om regionen inte prioriterar sådana insatser och att förändringen riskerar att skapa ny gränsdragningsproblematik mellan elevhälsans olika verksamhetsgrenar. Det skulle innebära att skolhuvudmannen ansvarar för tre av verksamhetsgrenarna och regionen för den fjärde verksamhetsgrenen. Vård- och skolvalet utgör också stora utmaningar som är svåra att överbrygga för att få till stånd en organisation där regionen kan tillhandahålla elevhälsa i skolan trots valfrihetssystem. Dessutom, i den mån skolvalet innebär att elevhälsa tillhandahålls av annan vårdgivare än den som barnet och dess familj är listade hos i övrigt, kan det medföra svårigheter med att ta ett samlat ansvar för barnets och familjens hälsa med utgångspunkt från ett familjecentrerat förhållningssätt. Det skulle kunna leda till nya samordningsproblem mellan den vårdverksamhet som erbjuder elevhälsa och den vårdverksamhet där barnet eller den unga personen och deras familjer är listade. Utredningen bedömer att andra åtgärder för att skapa en mer

sammanhållen god och nära vård för barn och unga är mer effektiva och ändamålsenliga. Det handlar bland annat om åtgärder som bidrar till en kontinuerlig och likvärdig hälsouppföljning för barn och unga under hela uppväxttiden oavsett vilken huvudman eller vårdverksamhet som ansvarar för det praktiska genomförandet av hälsouppföljningen, se även avsnitt 6.2 och 6.3. Det handlar också om åtgärder som förtydligar vårdverksamheternas ansvar att samverka och att samordna hälso- och sjukvårdsinsatser till barn och unga, se även avsnitt 6.4 och 6.5.

Frågan om ett förändrat huvudmannaskap väcker diskussioner

Frågan om ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser har väckt många diskussioner i de dialoger som utredningen haft med olika grupperingar. Både för- och nackdelar med en sådan förändring har lyfts fram. Mest positiva till en förändring har företrädare för olika hälso- och sjukvårdsverksamheter, mindre skolkommuner, och för lärare och skolledare varit. Företrädarna för hälso- och sjukvården har bland annat sett klara fördelar ur ett barn- och ungdomsperspektiv med att primärvården får ett helhetsansvar för barns och ungas hälsovård under hela uppväxttid. Företrädare för mindre skolkommuner, lärare och skolledare har sett fördelar med att ansvaret för elevhälsans medicinska insatser flyttas till den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen eftersom de anser att det är svårt att leva upp till skollagens krav på elevhälsa. Frågan om likvärdig tillgång till elevhälsans medicinska insatser för barn och unga har också lyfts fram som en central anledning till att flytta elevhälsans medicinska insatser från skolhuvudmännen till den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen. Det huvudsakliga argumentet har varit mängden aktörer inom skolområdet, både antalet huvudmän och skolenheter, som försvårar förutsättningarna att tillhandahålla en likvärdig elevhälsa. Detta understryks också av nationella uppföljningar och tillsynsinsatser på området, se även Problemanalysen, kap 5.

Företrädare för skolan, särskilt inom stora kommuner och företrädare för skolläkare och skolsköterskor men även ett stort antal företrädare för hälso- och sjukvården på olika nivåer är mer negativa till ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska in-

satser. De lyfter bland annat fram närhetsprincipen och risken för att regionen inte skulle prioritera att tillhandahålla elevhälsans medicinska insatser i skolan. De lyfter också fram att en förändring av huvudmannaskapet inte är svaret på de problem som finns med samordning av vårdinsatser och kontinuitet i vårdkedjan för barn och unga i dag eftersom en sådan förändring bara skulle skapa nya samordningsproblem. De vill i stället se en tydligare ansvarsfördelning mellan huvudmän och verksamheter samt tydligare krav på samverkan mellan berörda aktörer och samordning av vårdinsatser för barn och unga. Även företrädare för barn och unga ser en risk för att tillgången till elevhälsans medicinska insatser kan försämrans om regionen tar över ansvaret för denna verksamhet.

Barnrättsperspektiv på huvudmannaskapsfrågan

Ur ett barnrättsperspektiv bedömer utredningen att tre centrala aspekter talar för ett förändrat huvudmannaskap av elevhälsans medicinska insatser med regionen som huvudman. Det handlar om mer likvärdig hälso- och sjukvård inklusive elevhälsans medicinska insatser, mer samordnad och kontinuerlig vård och en mer sammanhållen hälsouppföljning av barn och unga under hela uppväxttiden.

Vid ett samlat regionalt huvudmannaskap skulle regionen ansvara för att organisera, planera och finansiera elevhälsans medicinska insatser för samtliga skolor inom regionens geografiska område oavsett huvudman för skolverksamheten. Det skulle minska antalet aktörer som tillhandahåller elevhälsans medicinska insatser radikalt och leda till en ökad likvärdighet när det gäller tillgången till sådana insatser för barn och unga, åtminstone på regional nivå.

Vidare skulle ett regionalt huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser innebära förbättrade förutsättningarna för en samordnad och kontinuerlig vård för barn och unga. När en och samma regionala huvudman ansvarar för alla vårdverksamheter kan huvudmannen leda och styra verksamheten mer samordnat och ställa tydligare krav på samordning och kontinuitet mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt. Barn och unga kan lättare slussas vidare till vård- och behandlingsinsatser inom den regionala hälso- och sjukvården i övrigt. Det kan också innebära ett snabbare insteg till den specialiserade vården i allmänhet och BUP i

synnerhet. Det kan skapa bättre förutsättningar för primärvården att ta ett samlat ansvar för familjens vårdbehov och arbeta familjecenterat runt barnet eller den unge. Övergången till vuxensjukvården underlättas när den regionala huvudmannen ansvarar för löpande och regelbundna kontakter från barn till vuxen ålder. Denna samordning är särskild angelägen för barn och unga vars familjer inte har förmåga att ge stöd eller samordna vårdinsatser.

När regionen ansvarar för elevhälsans medicinska insatser samlas också samtliga vårdverksamheter som ansvarar för hälsouppföljning under samma huvudman. Det underlättar förutsättningarna att få till en samordnad och kontinuerlig hälsouppföljning för barn och unga under hela uppväxttiden. Det underlättar i sin tur förutsättningarna att följa barns och ungas hälsoutveckling över tid och utvärdera effekterna av olika insatser.

Utredningen bedömer vidare att ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser skulle kunna leda till att barn och unga får bättre stöd i skolan med att nå kunskapskraven. Vid ett regionalt huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser skulle skolans uppdrag renodlas till kunskapsuppdraget. Det skulle i sin tur skapa förutsättningar för skolan att fokusera på att utveckla goda lärandemiljöer som underlättar inlärning och förebygger skolsvårigheter. Goda förutsättningar för lärande är en mycket betydelsefull skyddsfaktor för barns och ungas välmående, hälsa och utveckling. Goda lärandemiljöer och övriga förutsättningar för lärande kan också bidra till att minska den lättare psykiska ohälsan och negativ påverkan på funktionsnivå som beror på utbildningssituationen och stressiga miljöer i skolan.

Närheten för eleverna till den verksamhet som bedrivs av elevhälsans medicinska insatser har lyfts fram som en framgångsfaktor av företrädare för flera vårdverksamheter, professionen, myndigheter och andra berörda. Det ses som en avgörande förutsättning för att barn och unga på ett enkelt sätt ska kunna ta kontakt med och söka stöd och hjälp med olika vårdbehov. Behovet av enkel kontakt med vården understryks också av företrädare för unga patienter och skolbarn som utredningen har haft kontakt med. Förutsättningarna att ta del av den verksamhet som elevhälsans medicinska insatser erbjuder underlättas betydligt om de professionella finns på plats i skolan i barns och ungas närhet. Det finns en oro bland dessa företrädare att regionen inte skulle prioritera verksamheten och att till-

gången till professionen inom elevhälsans medicinska insatser i så fall skulle försämrats ytterligare i skolan. Utredningen konstaterar att en central förutsättning för ett förändrat huvudmannaskap är att skolsköterskan fortsatt ska kunna finnas på plats i skolan. Det finns dock svårigheter med att konstruera ett system som ställer krav på att skolsköterskan ska finnas på plats i skolan till följd av de valfrihetssystem som har byggts upp inom hälso- och sjukvården och skolan med vård- och skolval. Utredningen återkommer till dessa svårigheter nedan.

Organisationsperspektiv på huvudmannaskapsfrågan

Ur ett organisationsperspektiv finns det, enligt utredningen några fördelar med ett samlat regionalt huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser som främst handlar om förutsättningarna för en mer sammanhållen styrning och ledning av verksamheterna med utgångspunkt från gemensamma mål, uppdrag och förutsättningar i övrigt. Utredningen bedömer att en sådan tydlig styrning och ledning är en förutsättning för en mer sammanhållen god och nära vård. Vid ett samlat huvudmannaskap skulle också kompetenser och övriga resurser inom primärvården och elevhälsans medicinska insatser kunna samutnyttjas och användas mer flexibelt. Det skulle också skapa förutsättningar att allokera resurser dit behoven är som störst, till exempel till skolor i utsatta områden med stora behov av en stark elevhälsa. Det skulle också kunna underlätta samordningen av vårdinsatser och förutsättningarna för att dela information mellan vårdverksamheterna, bland annat tack vare gemensamma journalsystem. I dag finns brister när det gäller informationsöverföringen om barns och ungas hälsa vid övergångar mellan barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser och när barn och unga byter skolor eller skolformer. Det skulle enklare kunna förbättras med en gemensam regional huvudman. Gemensam journalföring skulle underlätta förutsättningarna för att följa upp det enskilda barnets eller den unges hälsoutveckling och de vård- och behandlingsinsatser som ges till barn och unga.

Vidare skulle en mer sammanhållen vård under en huvudman kunna bidra till en tydligare ansvarsfördelning och mer renodlade uppdrag mellan den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen

och skolhuvudmännen som tar fasta på de olika verksamheternas kärnkompetenser. För skolhuvudmannens och rektorns del skulle det innebära ett mindre splittrat uppdrag som i högre grad skulle vara inriktat på elevernas möjligheter att nå kunskapskraven. För hälso- och sjukvården skulle det innebära fullt ansvar för barns och ungas hälsosituation under hela uppväxttiden och möjligheter att planera och organisera all hälso- och sjukvård för barn och unga med utgångspunkt från god lokal kännedom om barns och ungas vårdbehov.

När regionen ansvarar för att tillhandahålla elevhälsans medicinska insatser i skolans lokaler skapas också förutsättningar för att även annan hälso- och sjukvård för barn och unga kan organiseras och tillhandahållas nära barn och unga i deras dagliga miljö. En sådan utveckling ligger i linje med omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård för hela befolkningen. Möjligheten att utveckla och tillhandahålla vård på nya sätt, närmre barnen och de unga i skolmiljön skulle också kunna bidra till ökad kännedom om de aktuella barnens och de ungas behov av vård och behandling samt underlätta regionens förutsättningar för att ge insatser till barn och unga som främjar deras hälsa och förebygger sjukdomar.

Enligt utredningens bedömning finns dock några viktiga nackdelar med ett samlat regionalt huvudmannaskap ur ett organisatoriskt perspektiv som har stor betydelse för bedömningen av förutsättningarna för ett samlat huvudmannaskap. En helt avgörande nackdel är att det innebär ett delat huvudmannaskap för elevhälsans olika verksamhetsgrenar. Ett regionalt huvudmannaskap skulle visserligen samla vårdverksamheterna under samma huvudmannaskap, men i stället riskera att skapa en ny gräns mellan elevhälsans medicinska insatser, och de övriga verksamhetsgrenarna inom elevhälsan och den elevvårdande verksamheten i övrigt. Det skulle medföra praktiska och organisatoriska utmaningar för ledningen och styrningen av den samlade elevhälsan och arbetet i elevhälsoteamet. Rektorn skulle inte längre ha det övergripande ansvaret för elevhälsans samtliga verksamhetsgrenar, vilket i sin tur skulle kunna leda till svårigheter med att styra verksamheten i skolan och målkonflikter mellan de olika delarna av elevhälsan. Det skulle i värsta fall kunna leda till försämringar för eleverna och förutsättningarna att skapa tvärprofessionella team som kan göra allsidiga bedömningar av skolsvårigheter och elevernas behov av insatser.

En annan viktig nackdel är de försvårande omständigheter som vård- och skolvalet innebär för regionens möjlighet att tillhandahålla de medicinska insatserna på ett samordnat sätt i skolans lokaler. Vård- och skolvalssystemet innebär att den enskilde har mycket långtgående möjligheter att välja vård- och skolenhet och syftar till att förskjuta makten från politiker och tjänstemän till medborgarna. Det är på många sätt positivt men det bidrar också till fragmentiseringen i systemet. Vård- och skolval innebär att barn och unga och barns vårdnadshavare kan välja vårdenhet som inte geografiskt sammanfaller med val av skolenhet eller den skola där barnet eller den unge placeras. Barnet eller den unge kan därmed vara listad på en annan vårdenhet än den som levererar de medicinska insatserna av elevhälsa på skolan. Den samordning av vårdinsatser som eftersträvas med ett samlat regionalt huvudmannaskap, inte minst mellan hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska delar riskerar då att gå förlorad.

Ytterligare en nackdel är att det krävs omfattande implementeringsinsatser vid genomförandet av en huvudmannaskapsförändring och det kan ta lång tid innan en huvudmannaskapsförändring är genomförd i de aktuella verksamheterna. En lång implementeringsfas innebär en risk för sämre möjlighet att tillhandahålla god och nära vård och en risk för att barn och unga inte får sina vårdbehov tillgodosedda under den aktuella perioden

Professionsperspektiv på huvudmannaskapsfrågan

Ur ett professionsperspektiv finns fördelar, framför allt när det gäller bättre förutsättningar för kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan professionerna inom elevhälsans medicinska insatser och professionerna inom hälso- och sjukvården i övrigt. Det skulle kunna leda till ökad samsyn och förståelse för de olika verksamheterna och professionernas förutsättningar och behov. Det skulle i sin tur underlätta samverkan och andra samarbeten mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt vilket är en fördel för barn och unga. Professionella inom elevhälsans medicinska insatser skulle till exempel kunna bidra med en ökad barnkompetens inom hälso- och sjukvården och på motsvarande sätt skulle elevhälsans personal få ta del av den kompetens och de resur-

ser som finns inom hälso- och sjukvården i övrigt. Ett gemensamt huvudmannaskap skulle dessutom skapa gemensamma sammanhang för kunskap- och kompetensutveckling och möjligheter till gemensamma kompetensutvecklingsinsatser för de aktuella yrkesgrupperna. Det är viktigt inte minst för skolläkare och skolsköterskor som inte alltid har dessa förutsättningar inom ramen för skolverksamheten.

Ur ett professionsperspektiv väger dock närhetsprincipen tungt i avvägningen av om en förändring ska föreslås eller inte. Utredningen bedömer att närheten till barn och unga är en viktig förutsättning för att professionerna inom elevhälsans medicinska insatser ska kunna följa barns och ungas hälsoutveckling över tid och identifiera vårdbehov och initiera insatser i ett tidigt skede. Den hälsodata som professionerna samlar in genom kontakt med eleverna i skolmiljön och vid hälsobesöken är ett värdefullt underlag för skolans övriga hälsoarbete och arbetet med att skapa goda lärandemiljöer som är anpassade efter elevernas behov. Skolläkare och skolsköterskor kan också bidra med viktig kunskap om olika hälsotillstånd och hur de påverkar förutsättningar för lärande. Företrädare för professionen, som utredningen har fört dialog med, befarar också att ett regionalt huvudmannaskap skulle prioritera ned bemanningen av elevhälsans medicinska insatser på skolan till fördel för annan hälso- och sjukvårdsverksamhet inom primärvården.

6.8.2 Olika huvudmannaskap för ungdomsmottagningarna har prövats

Bedömning: Ungdomsmottagningar som erbjuder både hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser har bättre förutsättningar att ge barnet eller den unge det stöd som hen behöver.

Skälen för utredningens bedömning: Förutsättningarna för ett ändrat huvudmannaskap för ungdomsmottagningarnas verksamhet skiljer sig från förutsättningarna att flytta elevhälsans medicinska insatser. De flesta ungdomsmottagningar drivs med regionen som huvudman, men det finns även ungdomsmottagningar som drivs med kommunen som huvudman. Det finns också ungdomsmottag-

ningar som drivs gemensamt av region och kommun och verksamheten har då ett delat huvudmannaskap.

En annan skillnad mellan ungdomsmottagningar och elevhälsans medicinska insatser är att elevhälsans verksamhet regleras i skollagen, medan ungdomsmottagningsverksamhet inte är särskilt reglerad i lag utan är föremål för den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Ungdomsmottagningarnas verksamhet kan styras av hälso- och sjukvårdslagstiftningen och socialtjänstlagen, eftersom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst kan ingå i verksamheten.

Utredningen har utrett vilka möjligheter som finns att bedriva ungdomsmottagning i enbart kommunal regi och enbart regionens regi, och har bland annat tagit del av en utredning om rättsliga förutsättningar för drift av ungdomsmottagningar från 2019.¹³²

Kommunala och regionala befogenheter ligger till grund för valet av huvudman

De flesta ungdomsmottagningar erbjuder hälso- och sjukvård som rör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter till unga. Även insatser som rör den psykiska hälsan är ett växande område. Många ungdomsmottagningar erbjuder också socialtjänstinsatser.

Det är inte möjligt att säga vilken huvudman som är mest lämplig att driva ungdomsmottagning utan att först ha bestämt vilken sorts verksamhet som ungdomsmottagningen ska erbjuda. Det är lagstiftningen som styr vilken verksamhet som kommunen respektive regionen får bedriva. Regionens ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård regleras främst i 8 kap. HSL och kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård regleras främst i 12 kap. HSL. I korthet gäller att:

- När hälso- och sjukvård erbjuds på ungdomsmottagning kan hälso- och sjukvårdsinsatserna enbart bedrivas med regionen som huvudman.
- När socialtjänst erbjuds på ungdomsmottagning kan socialtjänstinsatserna enbart bedrivas med kommunen som huvudman.
- När både hälso- och sjukvård och socialtjänst erbjuds på ungdomsmottagning har regionen ansvar för de hälso- och sjukvård-

¹³² Kommunakuten (2019): *Rättsliga förutsättningar för drift av ungdomsmottagningar*.

ande insatserna och kommunen har ansvar för socialtjänstinsatserna. Verksamheten kan då exempelvis vara samlokaliserad och ha två huvudmän eller drivas med en huvudman i gemensam nämnd.

Grunderna för kommunernas (och regionernas) organisation och verksamhetsformer och för den kommunala (och regionala) beskattningen samt kommunernas (och regionernas) befogenheter i övrigt och deras åligganden ska meddelas genom lag, vilket framgår av 8 kap. 2 § första stycket, tredje punkten regeringsformen. Det måste alltså finnas lagstöd för att en viss verksamhet ska kunna bedrivas av kommun eller region.

Kommunen har inte rättslig befogenhet att bedriva sådan hälso- och sjukvård som regionen har ansvar för, och på samma sätt har inte regionen rättslig befogenhet att bedriva sådan verksamhet som kommunen ansvarar för, till exempel socialtjänst som är relevant för ungdomsmottagningens verksamhet. Detta framgår av 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725) (KL).

Den hälso- och sjukvård som bedrivs på ungdomsmottagningar är inte kommunal hälso- och sjukvård

Kommunen ansvarar enligt 12 kap. 1–2 §§ HSL för att erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer, bostäder och verksamheter och, om det överenskommit med regionen, hemsjukvård. Undantag gäller för sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare, enligt 12 kap. 3 § HSL. Kommunen har också ansvar för att erbjuda viss annan hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 4–6 §§ HSL. Varken HSL eller annan lag ger dock kommunen någon möjlighet att bedriva sådan hälso- och sjukvård som ges till barn och unga på ungdomsmottagning.

Utredningen bedömer inte att det är aktuellt att föreslå förändring i lag som skulle krävas för att göra möjligt för kommunen att utföra sådan hälso- och sjukvård som bedrivs på ungdomsmottagningar. Bedömningen baseras framför allt på att de flesta ungdomsmottagningar i dag bedrivs med regionen som huvudman och att de hälso- och sjukvårdsinsatser som vanligen bedrivs på ungdomsmottagningen, som till exempel preventivmedelsrådgivning och gynekologiska undersökningar och behandlingar, lämpligen kvarstår

inom regionens ansvar. Dessa uppgifter erbjuder regioner i dag kvinnor i alla åldrar och uppgifterna genomförs inom fler verksamheter som regionen ansvarar för, till exempel på mödrahälsovård och i den specialiserade vården för gynekologi och obstetrik.

Om dessa uppgifter skulle göras till kommunens ansvar, skulle de inte längre kunna ingå i regionens erbjudande, eftersom kommunen inte har rättslig befogenhet att bedriva sådan hälso- och sjukvård som regionen har ansvar för och på samma sätt har inte regionen rättslig befogenhet att bedriva sådan verksamhet som kommunen ansvarar för, enligt kommunallagen.

Socialtjänstinsatser på ungdomsmottagningar bör fortsätta bedrivas med kommunalt huvudmannansvar

I linje med ovanstående fråga kring kommunal hälso- och sjukvård, är det tänkbart att även undra om det är möjligt med regional socialtjänst.

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Det framgår av 2 kap. 1 § socialtjänstlagen, (2001:453) SoL. Det finns dessutom ett särskilt reglerat ansvar för unga enligt 5 kap. 1–3 §§ SoL. Socialtjänstlagen reglerar alltså kommunernas ansvar för och insatser inom socialtjänsten för unga. Regionerna har inget ansvar för sociala insatser enligt socialtjänstlagen och får inte tillhandahålla sådana insatser.

Utredningen bedömer att det inte är aktuellt att föreslå förändring i lag som skulle krävas för att göra det möjligt för regionen att utföra sådan socialtjänst som bedrivs på ungdomsmottagningar. Bedömningen baseras framför allt på att socialtjänstinsatser lämpligen kvarstår inom kommunens ansvar, eftersom dessa uppgifter ingår i kommunens uppdrag och kompetens. Det har inte heller framkommit som ett förslag varken i utredningens uppdrag eller i några dialoger med verksamhetsföreträdare.

Regional hälso- och sjukvård och kommunal socialtjänst

Det finns exempel på ungdomsmottagningar där verksamheten bedrivs i ett delat huvudmannaskap, på så sätt att regionen ansvarar för och finansierar hälso- och sjukvårdsinsatserna och kommunen ansvarar för och finansierar socialtjänstinsatserna. De båda grenarna av verksamheten samverkar på ett sätt som gynnar den unge. Denna typ av verksamhet kan jämföras med till exempel familjecentraler och andra samlokaliserade verksamheter.¹³³

Om kommunen och regionen väljer att samverka genom att bedriva ungdomsmottagning i en gemensam nämnd krävs bland annat att uppgifter närmare ska preciseras i en överenskommelse mellan de berörda kommunerna och regionerna, enligt 9 kap. 22 § kommunalagen.

6.9 Bör regionen ansvara för sammanhållen hälsouppföljning för barn och unga?

I tidigare avsnitt har utredningen redogjort för möjligheten och lämpligheten med ett samlat huvudmannaskap för primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser. Utredningen har bedömt att det inte finns förutsättningar för ett sådant samlat huvudmannaskap för dessa verksamheter. Problemen med en fragmenterad barn- och ungdomshälsovård som brister när det gäller likvärdig tillgång till hälsovårdsinsatser för barn och unga kvarstår dock. Utredningen har därför även prövat möjligheten och lämpligheten med att verksamheten med hälsouppföljning hålls samman med regionen som huvudman. Med hälsouppföljning avses här de hälsokontroller och hälsosamtal som sker regelbundet inom ramen för mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser för att följa upp barn och ungas hälsoutveckling och att upptäcka de individer som behöver någon form av insats. Nedan redovisas utredningens överväganden när det gäller en mer sammanhållen hälsouppföljning.

¹³³ Olika verksamheter samlokaliseras för att stödja familjer med barn. Förutom barnhälsovård ingår ofta mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete.

6.9.1 Vissa barn och unga får inte hälsofrämjande och förebyggande insatser

Utredningen konstaterar att det finns ett antal problem med det nuvarande systemet för hälsouppföljning av barn och unga som sammantaget understryker behovet av insatser. Ett centralt problem är uppdelningen av ansvaret att tillhandahålla hälsouppföljningen mellan flera olika huvudmän och vårdverksamheter. Regionen ansvarar för den hälsouppföljning som sker i mödrahälsovården och barnhälsovården under graviditet och vanligtvis under barnets fem första år. Därefter ansvarar skolhuvudmännen för hälsouppföljningen av barn och unga i skolåldern. De olika huvudmännen styr vårdverksamheterna och hälsouppföljningen utifrån egna uppdrag, mål och strategier. Det försvårar förutsättningarna för att få till stånd en sammanhållen och samordnad hälsouppföljning under barns och ungas hela uppväxttid. Inom ramen för ungdomsmottagningarnas verksamhet finns inte något motsvarande uppdrag att ansvara för hälsouppföljning, och barns och ungas sexuella och reproduktiva hälsa har inte heller samma utrymme i den ordinarie hälsouppföljningen, som andra aspekter av hälsan.

Graden av statlig styrning av hälsouppföljningen av barn och unga varierar. Endast den hälsouppföljning som sker i skolan inom ramen för elevhälsans medicinska insatser är reglerad i lag. Enligt 2 kap. 27 § skollagen ska barn och unga erbjudas ett antal hälsobesök både i de obligatoriska skolformerna och i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan.

Den hälsouppföljning som sker inom ramen för barnhälsovården styrs i första hand av det nationella barnhälsovårdsprogrammet och en nationell vägledning för barnhälsovården. Barnhälsovårdsprogrammet innehåller rekommendationer om antalet hälsobesök och dess innehåll i form av utvecklingsuppföljning, hälsoundersökning och hälsosamtal. Hälsovårdsprogrammet och vägledningen har utarbetats av Socialstyrelsen i samarbete med företrädare för professionen vid regionernas centrala barnhälsovårdsenheter. För elevhälsan finns en nationell vägledning som tagits fram av Socialstyrelsen och Statens skolverk. Vägledningen behandlar bland annat hälsobesöken i skolan och dess innehåll. För mödrahälsovården finns endast en rapport med vägledning om mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa som tagits fram av företrädare för professionen.

Rapporten innehåller förslag till ett medicinskt och psykosocialt, även benämnt psykologiskt, basprogram med hälsobesök under graviditeten. Detta ligger till grund för utvecklingen av mödrahälsovårdens regionala program för främjande och förebyggande hälsovård, föräldrastöd och folkhälsoarbete under graviditet och blivande föräldraskap. Inga av dessa vägledande dokument är juridiskt bindande.

När ansvaret för hälsouppföljning är fördelat på flera huvudmän och vårdverksamheter blir samverkan mellan vårdverksamheterna nödvändig för att det ska vara möjligt följa det enskilda barnets eller den unges hälsoutvecklingen över tid. Inspektionen för vård och omsorgs granskningar visar att det finns stora brister när det gäller samverkan, till exempel vid övergångar och informationsöverföringen av hälsoinformation mellan de aktuella vårdverksamheterna. Informationsöverföringen försvåras av att de olika vårdverksamheterna oftast inte har sammanhållen journalföring, (se även Problembilden, kap. 5).

När ansvaret för att följa upp barns och ungas hälsa vilar på en huvudman och ansvaret för att tillhandahålla vård- och behandlingsinsatser vilar på en annan, finns också stora behov av samverkan för att få till stånd en samordnad och kontinuerlig vårdprocess. Så kan till exempel vara fallet när elevhälsans medicinska insatser uppmärksammar behov av vårdinsatser vid ett hälsobesök men inte har vård- och behandlingsansvar. Barnet eller den unge behöver då slussas vidare till hälso- och sjukvården i övrigt för sådan vård och behandling. Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn visar dock att även sådan samverkan brister och att barn och unga inte alltid får en samordnad och kontinuerlig vårdprocess. Detta får konsekvenser för barnet eller den unge, i form av väntan, osäkerhet och i värsta fall lidande och förvärrade tillstånd eller utebliven vård. När samverkan brister läggs också ett stort ansvar på vårdnadshavare och anhöriga att samordna vårdinsatserna.

Vidare förekommer det brister och stora variationer när det gäller förutsättningarna för att tillhandahålla hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga på likvärdiga villkor, både på universell och individuell nivå. Det gäller särskilt för barn och unga i skolåldern. Skolinspektionens och Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn visar till exempel på återkommande brister på detta område inom elevhälsans verksamhet (se även Problembilden,

kap. 5). Det beror bland annat på att tillgången till elevhälsans personal varierar både inom och mellan skolhuvudmän och skolor och att den inte alltid är tillräcklig för att kunna tillgodose elevernas behov av insatser på individ- och gruppnivå. Utredningen erfar också att det finns ett behov av att utveckla den hälsoinformation som samlas in vid hälsobesöken i skolan för att personalen ska få mer fördjupad kunskap om barns och ungas fysiska och psykiska hälsa och välmående. Det är en förutsättning för att kunna uppmärksamma de behov som finns och för att kunna sätta in rätt insatser i ett tidigt skede. Det är också en viktig förutsättning för att kunna erbjuda hälsofrämjande insatser på gruppnivå som är anpassade efter barnens och ungas behov.

Ett centralt problem kopplat till skolans hälsouppföljning gäller också det glapp som uppstår i uppföljningen av barns och ungas hälsoutveckling när skolan i första hand fokuserar på den ohälsa som ger upphov till skolsvårigheter och inte ser till barns och ungas hela hälsosituation. Utredningen bedömer att det har skett en förskjutning av skolans ansvar för uppföljningen av elevernas hälsa sedan införandet av elevhälsa i skollagen 2010 som tydligare kopplar ihop elevhälsans verksamhet med elevernas utveckling mot utbildningens mål. Av 2 kap. 25 § skollagen framgår att elevhälsans främst ska vara hälsofrämjande och förebyggande och stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. I förarbetena anges att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet innebär att elevhälsans personal ska bidra till skapandet av skolmiljöer som främjar elevernas lärande, utveckling och hälsa.¹³⁴ Vidare anges att insatser för att förebygga hälsa främst handlar om att stödja generella insatser på gruppnivå i utbildningssituationen, till exempel när det gäller undervisningen om sex och samlevnad, alkohol, tobak, droger och övrig livsstilsrelaterad ohälsa.¹³⁵ Den tidigare skolhälsovården hade ett mer renodlat hälsouppdrag som handlade om att "... följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem" (14 kap. 2 § skollagen (1985:1100)). I samband med förändringen i skollagen och införandet av elevhälsa gjordes ingen analys av vilka konsekvenser detta skulle få för förutsättningarna att följa, bevara och förbättra elevers hälsa oavsett skolresultat. I praktiken har barn och unga förstås behov av hälso-

¹³⁴ Prop. 2009/10:165, *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 656).

¹³⁵ *Ibid.* (s. 276).

främjande och förebyggande insatser både på individ- och gruppnivå alldeles oavsett om deras hälsotillstånd beror på lärandesituationen eller påverkar förutsättningar för lärande på något sätt.

Utredningen kan dessutom konstatera att ett system som bygger på att skolan ska ansvara för hälsofrämjande och förebyggande insatser under större delen av barns och ungas uppväxttid inte på ett naturligt sätt inkluderar barn och unga som vare sig arbetar eller studerar efter fullgjord skolplikt. Utredningen bedömer att det är mycket angeläget att även dessa barn och unga får sådan hälsofrämjande insatser på grupp- och individnivå. En annan svårighet med att förlägga hälsouppföljningen i skolan är tillgången till elevhälsans insatser ofta är mer begränsad under skollov och andra feriedagar.

Utredningen bedömer att det i stället behövs ett mer sammanhållet, kontinuerligt och likvärdigt system för hälsouppföljning som omfattar alla barn och unga under hela uppväxttiden. I ett mer sammanhållet system ska verksamheterna arbeta utifrån gemensamma mål och uppdrag och samverka kring uppföljningen av barns och ungas hälsa. I ett mer sammanhållet system ska barnet eller den unge också enkelt och sömlöst få vård- och behandlingsinsatser när behov av sådana insatser uppmärksammas inom ramen för hälsouppföljningen och det ska vara vårdverksamheterna ansvar att så sker. Utredningen bedömer vidare att antalet aktörer som ansvarar för hälsouppföljningen behöver minska för att systemet ska kunna bli mer sammanhållet och likvärdigt. I dagens fragmentiserade system med flera olika aktörer riskerar barns och ungas behov i allt för hög grad att falla mellan stolarna när vårdverksamheterna inte kan samverka med varandra eller har gemensamma uppdrag och mål för verksamheten. Ytterligare krav på samverkan och samordning mellan de befintliga aktörerna har inte varit tillräckliga incitament för att komma tillrätta med samordningsproblemen och skapa en mer sammanhållen vård. Det har tidigare insatser i form av skärpt lagstiftning och stimulansmedel för att stärka samverkan mellan berörda aktörer påvisat. Trots sådana insatser finns fortsatt stora problem och samverkan och samordningen av insatser för barn och unga är i hög grad person- och projektberoende. Utredningen bedömer att ansvaret för att följa upp barns och ungas hälsa behöver vila på den aktör som har det övergripande och huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvården och som därför också både kan följa upp barns och ungas hälsa och tillhandahålla insatser när vårdbehov uppstår.

6.9.2 Bör regionen ansvara för hälsouppföljningen av barn och unga?

Bedömning: Om arbetet med det nationella hälsovårdsprogrammet inte ger önskat resultat i form av effektiva samverkansstrukturer och likvärdig tillgång till programmets insatser oavsett huvudman eller vårdverksamhet bör regeringen överväga möjligheten att införa en samlad hälsouppföljning med regionen som huvudman. En sådan reform kräver att den pågående nationella omställningen mot nära vård med en resursstarkare primärvård som nav, har kommit längre än i dag.

Skälen för utredningens bedömning: Barn- och ungdomshälsovården består i dag av en fragmentiserad och komplex vårdorganisation som inte alltid har förutsättningar att tillgodose barns och ungas vårdbehov. Det finns stora brister i samordningen av barn och ungas vårdinsatser och när det gäller likvärdigheten i de insatser som barn och unga får. För att komma tillrätta med denna problematik har utredningen utrett flera alternativ som kan bidra till en mer sammanhållen och likvärdig vård. Inledningsvis, i enlighet med direktivet, har utredningen prövat lämpligheten och möjligheten med ett samlat regionalt huvudmannaskap för primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser. Utredningen har dock bedömt att det inte finns tillräckliga förutsättningar för en sådan förändring (se avsnitt 6.8).

Utredningen har även övervägt möjligheten att i lag reglera vissa eller samtliga av de berörda primärvårdsverksamheterna. Elevhälsans medicinska insatser är redan reglerad i skollagen. Utredningen har dock gjort bedömningen att det inte skulle vara ändamålsenligt att lagreglera vissa verksamheter i hälso- och sjukvårdssystemet men inte andra, och att en sådan lagreglering skulle innebära en inskränkning i regioners och kommuners möjligheter att planera och organisera hälso- och sjukvården. Därutöver bedömer utredningen att en sådan lagreglering inte är ändamålsenlig i förhållande till utredningens uppdrag att skapa en mer sammanhållen vård eftersom en lagreglering av verksamheterna inte nödvändigtvis leder till ökad samverkan eller samordning av vårdinsatser för barn och unga. Den leder inte heller nödvändigtvis till ökad tillgång till just hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga.

Problematiken med en fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård och brister när det gäller likvärdig tillgång till hälsovårdsinsatser för barn och unga kvarstår dock. Att inte göra några förändringar i systemet är därför inte ett godtagbart alternativ utifrån barns och ungas perspektiv. Utredningen har därför utrett ytterligare två alternativa lösningar som kan bidra till en mer sammanhållen vård. Det första alternativet, som också är utredningens huvudförslag, innebär en tydligare nationell styrning av det hälsofrämjande arbetet i lag, föreskrift och genom ett gemensamt nationellt hälsovårdsprogram för hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga (se även avsnitt 6.2 och 6.3). Utgångspunkten för detta förslag är att samtliga berörda vårdverksamheter ska styras utifrån ett gemensamt uppdrag och mål med det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. Den sammanhållande länken ska vara ett nationellt hälsovårdsprogram som ska gälla under barns och ungas hela uppväxt tid oavsett huvudman eller vårdverksamhet. Hälsouppföljning av barn och unga och föräldraskapsstöd ska vara centrala delar av programmet. Insatser ska ges på universell, selektiv och indikerad nivå till barn och unga och deras familjer.

Det nationella hälsovårdsprogrammet förutsätter att berörda aktörer kan samverka för att vården ska bli sammanhållen. Strukturer för samverkan behöver byggas upp till exempel mellan primärvården, BUP och elevhälsan för att överbrygga övergångarna mellan vårdverksamheterna och skapa mer sammanhållna vårdprocesser för barn och unga. Det förutsätter också att skolhuvudmännen ger elevhälsans medicinska insatser möjligheter att kunna arbeta i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet oavsett om huvudmannen är en kommunal, enskild, statlig eller regional aktör.

Om sådana strukturer för samverkan inte kan byggas upp för att överbrygga övergångar mellan vårdverksamheter eller om elevhälsans medicinska insatser inte har förutsättningar för att erbjuda insatser enligt programmet på ett likvärdigt sätt över landet kan ytterligare insatser för att skapa en mer sammanhållen hälsouppföljning behöva övervägas. Utredningen har därför även prövat möjligheten och lämpligheten med att verksamheten med hälsouppföljningen i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet hålls samman av en och samma regional huvudman. Med hälsouppföljning avses här de hälsokontroller och hälsosamtal som sker regelbundet inom mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicin-

ska insatser för att följa upp barn och ungas hälsoutveckling och att upptäcka de individer som behöver någon form av insats. En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman med utgångspunkt från det nationella hälsovårdsprogrammet tar sikte på *vem* som erbjuder insatserna och *vad* de ska innehålla till skillnad från förslaget med ett nationellt hälsovårdsprogram som enbart tar sikte på *vad* barn och unga ska erbjudas. Nedan redovisas utredningen överväganden i denna del i sin helhet.

6.9.3 Vad skulle en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman innebära?

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle innebära att den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen samordnar hälsouppföljningen av barns och ungas hälsoutveckling och välmående under hela uppväxttiden. Grunden för hälsouppföljningen skulle vara ett antal hälsobesök som genomförs med viss regelbundenhet. Vid hälsobesöken skulle allmänna hälsoundersökningar och hälsosamtal om barnets eller den unges hälsa och utveckling genomföras i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet som utredningen föreslår (se avsnitt 6.3 ovan). Syftet med hälsouppföljningen skulle vara att främja bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa inklusive sexuella hälsa, utveckling och livsvillkor hos alla barn och unga och förebygga ohälsa. Om behov av fördjupade insatser identifieras vid hälsoundersökning och hälsosamtalen skulle sådana insatser tillhandahållas eller initieras i samverkan med andra vårdnivåer. I praktiken skulle det innebära att regionen tar över ansvaret för den verksamhet med hälsobesök och vaccinationer för barn och unga i skolåldern som i dag genomförs av elevhälsans medicinska insatser. På så vis skulle regionen få det samlade ansvaret för hälsouppföljning och vaccinationer av barn och unga under hela uppväxttiden. Regionerna ansvarar redan i dag för den hälsouppföljning och de vaccinationer som tillhandahålls i mödrahälsovården och barnhälsovården. Det skulle bidra till en mer sammanhållen och kontinuerlig och likvärdig hälsouppföljning för barn och unga oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare. Det skulle också bidra till ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa och utveckling under hela uppväxttiden.

Utredningen bedömer att en mer sammanhållen, kontinuerlig och likvärdig hälsouppföljning skulle vara möjlig om regionerna tar över det samlade ansvaret för hälsouppföljningen och antalet aktörer som ansvarar för sådan hälsouppföljningen kraftigt minskar. Regionerna skulle då få en överblick över barns och ungas hälsoutveckling under hela uppväxttiden och kunna planera och samordna hälsouppföljningen med vård- och behandlingsinsatser för barn och unga på ett mer effektivt sätt. Det skulle underlätta förutsättningarna att planera och genomföra insatser på populations- och individnivå för att främja hälsa och förebygga ohälsa, kroniska eller långvariga sjukdomar på längre sikt på ett mer samordnat sätt. En mer sammanhållen hälsouppföljning och vaccinering med regionen som huvudman skulle också underlätta förutsättningarna för att följa upp barns och ungas hälsa och välmående både på individuell och aggregerad nivå på ett mer systematiskt och effektivt sätt, bland annat tack vare bättre möjligheter till ett gemensamt journalsystem inom en och samma huvudman. Det skulle dessutom skapa förutsättningar för att följa upp och utvärdera om de hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga är effektiva.

Utredningen har övervägt placering av en reglering för hälsobesök som skulle tillhandahållas med regionen som huvudman och bedömt att mycket talar för att hälso- och sjukvårdslagen inte är en lämplig författning för att reglera frågan. Bestämmelser om hälsoundersökning finns i dag i flera andra lagar, till exempel lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet och Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Det skulle kunna övervägas om sådana bestämmelser om hälsobesök ska placeras i en samlad lag eller om de hälsoundersökningar som här avses ska regleras i egen lag eller om annan ordning är lämplig.

Mer sammanhållna insatser för barn och unga

Utredningen bedömer att en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle bidra till att barn och unga får hälsofrämjande och förebyggande på mer likvärdiga grunder i landet. Det skulle också bidra till att barn och unga får mer sammanhållna och kontinuerliga vårdprocesser. Regionen skulle då ansvara både för

hälsouppföljning och att tillhandahålla fördjupade insatser när vårdbehov identifieras, vilket skulle underlätta förutsättningarna för samordning. I dagens system, där olika huvudmän ansvarar för olika delar i vårdprocessen, krävs en hög grad av samverkan för att vården ska kunna samordnas. Även övergångar och informationsöverföringen mellan vårdverksamheter skulle kunna underlättas med ett sammanhållet journalsystem för de verksamheter som berörs. Dessutom skulle övergången mellan barns och vuxnas hälso- och sjukvård underlättas om det förtydligades att den regionala huvudmannen skulle få det samlade ansvaret för att främja hälsa och förebygga och behandla ohälsa hos både barn och unga och vuxna.

Fördelar mer att lägga ansvaret för hälsouppföljningen på de regionala huvudmännen

Utredningen bedömer att det kan finnas flera fördelar med att lägga ansvaret för barns och ungas hälsouppföljning på den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen. Som nämns ovan kan de regionala huvudmännen då samordna planeringen och organiseringen av hälsouppföljning av barn och unga under hela deras uppväxttid på ett mer effektivt och ändamålsenligt sätt och styra verksamheten utifrån gemensamma uppdrag, strategier och mål.

Inom regionen finns en stor kunskap och kompetens om hälsofrämjande och förebyggande hälso- och sjukvård och dessutom de resurser som krävs för att kunna sätta in sådana insatser även på individuell nivå. Det handlar bland annat om insatser för att stödja utvecklingen av goda levnadsvanor och förebygga ohälsa på längre sikt. I dagens system hanterar elevhälsan hälsobesöken för barn i skolåldern och ansvarar därmed för att uppmärksamma behov av insatser till exempel för att främja goda levnadsvanor hos barnet eller den unge. Det är dock vanligt att det är hälso- och sjukvården som tillhandahåller insatserna, till exempel i form av en dietistkontakt, fysioterapeut eller allergikonsultenter med flera. När ansvaret för att uppmärksamma behov och ansvaret för att tillhandahålla insatser delas mellan olika aktörer finns risken för att insatser inte sätts in i ett tillräckligt tidigt skede för att förebygga behovet av mer fördjupade insatser. En sådan uppdelning mellan flera aktörer i en vårdprocess är inte effektivt eller långsiktigt hållbart.

Regionen ansvarar i dag för de hälsobesök som sker inom mödrahälsovården och barnhälsovården. Det finns därför en uppbyggd organisation och kompetens när det gäller hälsobesök och en struktur för att kalla familjer och barn till hälsobesök. Den nära relationen som mödrahälsovården och barnhälsovården ofta bygger upp med familjer och barn i det tidiga livet skulle kunna ligga till grund för en fortsatt hälsouppföljning för barn och unga i skolåldern. Utredningen erfar att vårdnadshavare upplever att denna trygghet bryts när ansvaret för hälsouppföljningen flyttar från barnhälsovården till skolan och elevhälsans medicinska insatser och att det inte finns samma förutsättningar för kontinuerliga samtal om barnets hälsa. Skolan genomför visserligen regelbundet samtal med vårdnadshavare om elevernas utveckling mot utbildningens mål och i dessa samtal ska även elevens sociala situation tas upp. Inför hälsobesöket förekommer vanligen också kontakt med vårdnadshavare, oftast skriftligt, för att få allmän information om barnets hälsa och utveckling. Utredningen bedömer dock att kontakten med vårdnadshavare med anledning av hälsobesöket behöver utvecklas för att barns samlade hälsosituation bättre ska kunna främjas. I detta behöver också barnets autonomi och integritetsaspekter i förhållande till vårdnadshavare beaktas.

Det skulle vidare vara en fördel att regionens verksamhet kan vara tillgänglig året runt och finnas till hands om barnet eller den unge behöver stöd eller insatser. Verksamheten omfattar också alla barn och unga oavsett skola eller annan sysselsättning. Den hälsouppföljningen som sker i skolan gäller barn och unga som genomgår utbildning inom skolväsendet och unga personer som varken arbetar eller studerar efter fullgjord skolplikt omfattas inte. Tillgången till elevhälsan för stöd och hjälp är oftast mer begränsad under skollov och andra feriedagar.

Sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle ligga i linje med det omställningsarbete som nu pågår inom hälso- och sjukvården som innebär att primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården. I proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/2020:164) framgår att hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet i vården och samspelar med övrig hälso- och sjukvård och

socialtjänst.¹³⁶ Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser. En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle kunna bidra till att skapa en tydlig plattform i primärvården för arbetet med hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det skulle också kunna utgöra en förebild för att utveckla arbetet med hälsofrämjande arbetet i primärvården i stort. Inom ramen för en sådan satsning kan digitala vårdinsatser utvecklas och testas. Omställningsarbetet pågår men skulle behöva komma längre för att primärvården skulle kunna ta ansvar för en sammanhållen hälsouppföljning för barn och unga.

Det finns synergieffekter mellan utredningens bedömning att primärvården bör ansvara för vård och behandling av psykiska vårdbehov och en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman. Hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle skapa förutsättningar för primärvården att uppmärksamma psykisk ohälsa hos barn och unga och att snabbt kunna sätta in insatser. Det skulle dessutom skapa förutsättningar för regionen att bygga upp en kunskap om utvecklingen av barns och ungas psykiska ohälsa vilket är en fördel för planeringen och organiseringen av vården och möjligheterna att kunna tillgodose barns och ungas behov både inom primärvården och den specialiserade hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att en sådan sammanhållen hälsouppföljning skulle bidra till att den breda barn- och ungdomskompetensen utvecklas och förstärkas i primärvården som helhet och att primärvården kan bygga upp en tätare kontakt med skolan kring barn och ungas hälsa och utveckling.

Elevhälsans medicinska insatser förutsättningar att genomföra hälsofrämjande och förebyggande verksamhet förstärks

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle visserligen innebära att skolan och elevhälsans medicinska insatser inte längre ansvarade för att erbjuda hälsobesök och vaccina-

¹³⁶ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 32).

tioner, men inte några andra förändringar i skollagen när det gäller elevhälsans uppdrag eller tillgången till elevhälsans professioner.

En sammanhållen hälsouppföljning skulle innebära att elevhälsans roll och ansvar renodlades till att i första hand stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Det skulle också innebära bättre förutsättningar för elevhälsans medicinska insatser att genomföra hälsofrämjande och förebyggande insatser på bred front i skolan. Utredningen bedömer att det skulle ligga i linje med den utveckling som skett av elevhälsans medicinska insatser sedan införandet av elevhälsa som begrepp i skollagen 2010.

Ett samlat huvudmannaskap för primärvårdens aktörer och elevhälsan medicinska insatser med regionen som huvudman, som adresseras i avsnitt 6.8, som skulle innebära att elevhälsans medicinska insatser som helhet inklusive professionerna flyttas från skolan till regionen. En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle däremot innebära att endast vissa arbetsuppgifter flyttas från skolan till regionen. Ansvaret för elevhälsans samtliga verksamhetsgrenar skulle därmed hållas ihop under ett gemensamt huvudmannaskap och rektorn skulle fortsatt ha det övergripande ansvaret för elevhälsans samtliga verksamhetsgrenar. Det skulle underlätta styrningen och ledningen av elevhälsans samlade verksamhet. Det skulle också finnas bättre förutsättningar för att utveckla verksamheten med hälsofrämjande skolutveckling och skolan som en central skyddsfaktor för god hälsa jämfört med i dag.

Utredningen bedömer sammantaget att professionen inom elevhälsans medicinska insatser skulle få bättre förutsättningar att utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på alla nivåer i skolan, från utformningen av policydokument till generella och riktade insatser till barn och unga med utgångspunkt från de behov som finns i den aktuella elevgruppen. Det skulle vidare ge professionerna goda förutsättningar att ingå i tvärprofessionella elevhälso-team som kan göra allsidiga bedömningar av elevers behov och tillsammans med den elevstödjande verksamheten i övrigt initiera och genomföra hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Elevhälsans medicinska insatser skulle i högre grad än i dag kunna bidra till utvecklingen av goda lärandemiljöer för alla elever och vid behov mer anpassade lärandemiljöer för elever med skolsvårigheter. Insatser för att skapa goda lärandemiljöer för alla elever med en genomtänkt och anpassad arbetsbelastning under terminen kan min-

ska barns och ungas stress och oro som är kopplad till utbildningssituationen. Det kan också handla om stöd till elever att planera och prioritera i sina studier, studieteknik och andra insatser för lärande. I detta skulle skolsköterskans kunskap och kompetens om olika sjukdomar och funktionsnedsättningar och hur dessa kan påverka elevernas förutsättningar för lärande vara central och en förutsättning för att kunna anpassa undervisningssituationen för alla elever.

Det medicinska perspektivet skulle vara starkt och närvarande även om hälsobesök inte utförs. Skolsköterskan och skolläkaren skulle fortfarande, utifrån medicinska bedömningar av barn och unga som uppmärksammas i skolmiljön, tidigt identifiera fysisk och psykisk ohälsa eller annan ogynnsam utveckling som kräver remittering för vidare utredning.

Utredningen bedömer också att det utrymme som skapas när elevhälsans medicinska insatser inte längre ansvarar för hälsobesöken skulle ge professionerna, i synnerhet skolsköterskan, möjlighet att vara mer närvarande i skolmiljön där eleverna befinner sig, i undervisningssituationen och i skolans lokaler i övrigt och på så sätt kontinuerligt lära känna och följa utvecklingen av elevers hälsa och mående. I detta skulle även kunna ingå att utveckla nya former av tillgänglighet på elevernas villkor så att deras anonymitet, integritet och skydd säkras samt tillitsfulla möten kan uppstå.

En sammanhållen hälsouppföljning skulle dessutom ge professionerna möjligheter att utveckla former för samverkan mellan elevhälsans medicinska insatser, hälso- och sjukvården i övrigt och socialtjänsten med flera. Utredningen bedömer att sådan samverkan är central för förutsättningarna att tillgodose barns och ungas vårdbehov på ett samordnat och kontinuerligt sätt. Det underlättar för vårdnadshavarna som i dag tar ett mycket stort ansvar för samordningen av vårdinsatser.

Utredningen ställer sig också bakom förslag om elevhälsa som Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven har lagt fram i betänkandet Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning (SOU 2021:11). Utredningen bedömer att förslagen understödjer en utveckling av en förstärkt elevhälsa som stödjer elevernas utveckling mot utbildningens mål. Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven föreslår att elevhälsans uppdrag ska förtydligas

på så sätt att elevhälsans arbete ska bedrivas på individ, grupp och organisationsnivå och bland annat omfatta insatser riktade till enskilda elever, grupper av elever och till pedagoger. Det föreslås vidare att elevhälsan ska bidra med tvärprofessionell kompetens om elevernas fysiska, psykiska och psykosociala hälsa, om hinder för elevernas lärande, utveckling och hälsa och om de övergripande förutsättningarna för lärande, utveckling och hälsa på skolan. Det föreslås även att elevhälsan ska samverka med hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För att ytterligare styra tillgången till elevhälsans lagstadgade kompetenser föreslår utredningen också en numerär reglering av tillgång till elevhälsan som innebär en högre tillgång till elevhälsa jämfört med i dag. Förslaget anger att en skolläkare får ansvara för högst 7 000 elever, en skolsköterska för högst 430 elever, en psykolog för högst 1 000 elever och en kurator för högst 400 elever. Utredningen föreslår dessutom att det ska vara obligatoriskt för skolans huvudmän att redovisa tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator på skolenhetsnivå.

Organisering och planering av hälsouppföljningen i regionerna

Som framgår ovan skulle en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman innebära att regionen får ansvar för att planera och organisera hälsouppföljningen för barn och unga under hela uppväxttiden. Hur detta skulle gå till är förstås en fråga för regionen eftersom detta ansvar faller inom ramen för den kommunala självstyrelsen. Utredningen bedömer dock att sådan hälsouppföljning för barn i skolåldern skulle kunna genomföras på flera sätt. Regionen skulle till exempel kunna utöka barnhälsovårdens ansvar till att omfatta barn längre upp i åldrarna. Det är en fördel att barnhälsovården har en lång tradition av folkhälsoarbete och en väl uppbyggd verksamhet som bygger på de tre insatsnivåer (universell, selektiv och indikerad) som utredningen föreslår ska gälla för all hälsovård som riktas till barn och unga (se även förslag om nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga, avsnitt 6.3). Barnhälsovården har också en väl uppbyggd kunskap och kompetens om föräldraskapsstöd vilket är centralt för att kunna stödja vårdnadshavare när det gäller deras barns psykisk och fysisk hälsa och sociala välmående. Dessutom har barnhälsovården en nära samverkan med

socialtjänsten och väl uppbyggd uppsökande verksamhet. Det är betydelsefulla faktorer och en fördel när det gäller att nå och stödja familjer som lever i socioekonomisk utsatthet.

För de äldre barnen eller unga personer skulle ungdomsmottagningarna kunna få ett utökat ansvar. Detta kräver förstås också att det finns tillgång till läkarresurser och sjuksköterskekompetens på ungdomsmottagningarna. En stor fördel med att låta ungdomsmottagningarna hantera hälsobesök för äldre barn och unga personer är ungdomsmottagningarnas utvecklade ungdomskompetens och förmåga att skapa en förtroendefull kommunikation med unga och en personcentrerad vård. Ungdomsmottagningarna skulle också kunna tillföra kunskap kring sexuell hälsa och hur detta skulle kunna beaktas i hälsobesöken.

Ett annat alternativ skulle kunna vara att vård- och hälsocentraler ansvarar för verksamheten vilket ytterligare underlättar närheten till vård- och behandlingsinsatser. Regionen skulle också kunna utveckla nya former av samverkan med skolhuvudmännen för att skapa förutsättningar för att hälsobesök och vaccinationer och annan vård och behandling kan tillgängliggöras i skolan, nära barn och unga i deras vardag. Det skulle också ligga väl i linje med omställningsprocessen till en god och nära vård.

Vaccinationer av barn och unga med regionen som huvudman

Vaccinationer är en hörnsten i det preventiva arbetet och den mest effektiva förbyggande insatsen för att skydda barn och unga från allvarliga smittsamma sjukdomar. Alla vacciner som erbjuds till barn och unga är gratis och frivilliga i Sverige. Vaccinationstäckningen bland barn är god i landet och som en följd av det har vi få fall av allvarliga smittsamma barnsjukdomar. Folkhälsomyndigheten utfärdar föreskrifter om vaccination i enlighet med det allmänna vaccinationsprogrammet för barn (HSLF-FS 2016:51). Av föreskriften framgår att regionen respektive huvudmannen för elevhälsan ansvarar för att erbjuda vaccinationer i olika åldrar. Vaccinationsprogrammet är i kontinuerlig förändring beroende på vilka vacciner som tas fram och smittskyddsläget. De senaste förändringarna har rört både regionens (barnhälsovårdens) åtagande när det gäller rotavirus och hepatit B samt pneumokocker, men också skolhuvudmännens

åtagande när det gäller Humant papillomvirus (HPV). Vissa vaccin läggs till av regionerna själva genom överenskommelser och på rekommendationer från myndigheten, medan andra förs in i det nationella vaccinationsprogrammet. Huvudmännen ska enligt föreskriften fastställa rutiner som säkerställer att barnet erbjuds kompletterande vaccination mot sjukdomar om ett barn inte har vaccinerats enligt det vaccinationsschema som ingår i det allmänna barnvaccinationsprogrammet upp till 18 års ålder. Ett sådant uppsökande och motiverande arbete sker båda av barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser i dag. Vaccinationer av särskilda riskgrupper och andra doser än i det nationella vaccinationsprogrammet ansvarar regionen för. 2014 ändrades inrapporteringsystemet från manuell inrapportering till ett nationellt digitalt vaccinationsregister. Det är obligatoriskt att rapportera alla vaccinationer inom programmet till registret men underrapportering förekommer, främst av tekniska orsaker. Enligt den senaste sammanställning av HPV-vaccinationer ligger täckning för en dos över 88 procent och för två doser på 83 procent. Andra vaccinationer i skolan såsom mässling-påssjuka-röda hund (MPR) och difteri-stelkramp-kikhosta (dTP) följs men resultat har inte publicerats. Uppskattningsvis har minst 90 procent av nioåringarna en MPR-vaccination rapporterad till registret och lika hög andel 16-åringar har en dTP-vaccination i registret.

Det finns forskningsunderlag från Sverige gällande just HPV som talar för att en högre täckningsgrad och minskade socioekonomiska skillnader om vaccinationerna utförs i skolan, jämfört med om de utförs utanför skolan.¹³⁷ Det finns också exempel från Storbritannien där vaccinationsteam med regionen som huvudman utför vaccinationer i skolåldrarna och på skolan med god täckningsgrad och uppsökande arbete.¹³⁸

Utredningen bedömer att en förutsättning för att regionen skulle kunna överta ansvaret för vaccinationerna är att de erbjuds på plats i skolan. Risken är annars uppenbar att vaccinationstäckningen skulle kunna sjunka om vaccinationen inte erbjuds på plats i skolan. Utredningen bedömer att vaccinationerna skulle kunna vara ett praktiskt exempel på hur regionen kan samarbeta på plats i skolan med

¹³⁷ Wang et al. (2019): *Mode of HPV vaccination delivery and equity in vaccine uptake: A nationwide cohort study.*

¹³⁸ Midlands Partnership NHS Foundation Trust (2021): *School Age Immunisation Team* (Hämtad 2021-04-12).

elevhälsans medicinska insatser. Utredningen har övervägt om ett alternativ skulle kunna vara att ansvaret för vaccinationer kvarstår hos skolhuvudmannen, även om hälsobesök och ansvar för hälsouppföljning flyttas. Utredningen bedömer dock att den regionala huvudmannen skulle behöva ta ett samlat grepp om hela hälsouppföljningen inklusive vaccinationerna för att kunna tillgodose barns och ungas behov. Det skulle också vara en förutsättning för att kunna renodla ansvaret för den breda hälsouppföljningen med regionen som huvudman från uppdraget att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål som är elevhälsans ansvar. Huvudmännen för regional hälso- och sjukvård skulle då också kunna ta ett mer samlat grepp om alla vaccinationer, inklusive riskgrupper och nya vacciner.

Finns det invändningar mot en sammanhållen hälsouppföljning?

I utredningens dialoger har vissa invändningar lyfts mot en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman. Till dessa invändningar hör bland annat enkelheten i att utföra hälsobesök och vaccinationer i skolmiljön och risken för att barn och unga inte kommer till hälsobesöken eller får sina vaccinationer om de skulle flyttas till regionen. Alla barn och unga finns i skolan vilket gör att hälsobesöken lättare planeras och genomförs utan vårdnadshavares medverkan. Dessutom kan skolsköterskan bygga upp en förtroendefull kommunikation med eleverna i skolmiljön. Detta är relevanta invändningar.

Utredningen bedömer att det skulle vara möjligt för regionen att genomföra hälsosamtalen i skolmiljön med stöd av överenskommer med skolhuvudmännen. Utredningen konstaterar dock att skol- och vårdvalet utgör svårigheter för regionen i den praktiska planeringen och genomförandet av hälsobesöken i skolan. Vårdvalet innebär bland annat att barn och unga i en skola kan vara listade på flera olika primärvårdsenheter och att flera olika vårdgivare därmed skulle behöva få tillgång till skolans lokaler för att kunna genomföra hälsobesöken i skolan. Motsvarande svårigheter i förhållande till vårdvalet förekommer när det gäller primärvårdens ansvar att tillhandahålla läkare eller andra kompetenser i äldreomsorgen, jourcentraler eller familjecentraler. Utredningen erfar att vårdcentralerna ofta löser detta i lokala samverkansgrupper genom en

inbördes överenskommelse om vilka vårdcentraler som ska bistå med olika kompetenser till äldreboenden, jourcentraler och familjecentraler. Vårdcentralerna får då i praktiken ett slags områdesansvar för de aktuella vårdverksamheterna. Utredningen bedömer att regionen skulle kunna hämta inspiration från detta vid planeringen och genomförande av hälsobesöken tillsammans med utförare i primärvården och de olika skolhuvudmännen. Samverkan om hälsobesöken skulle också kunna vara ett sätt att driva på och utveckla samverkan mellan de regionala hälso- och sjukvårdshuvudmän och skolhuvudmän i stort. En väl utvecklad samverkan mellan dessa aktörer är en central förutsättning för att stödja barn och ungas hälsa, utveckling och lärande både på övergripande nivå, grupp- och individnivå, se även utredningens förslag om att förtydliga regionens ansvar för att samverka med skolhuvudmän. Det kan handla om att skapa former för samverkan, utbyta kunskap om barns och ungas hälsa för att kunna utforma riktade hälsofrämjande och förebyggande insatser och nödvändig informationsöverföring som berör barnets eller den unges hälsa och lärande. På samma sätt som i dag är det då möjligt att dela sådan information med stöd av samtycke från barnet eller den unge och dess familj.

Utredningen bedömer att det också skulle vara lämpligt att vårdnadshavare i högre grad deltar vid hälsobesöken än vad som sker i dag. Barns och ungas nära relationer, familjeliv och livssituation påverkar deras utveckling, hälsa och lärande. Vårdnadshavares medverkan och delaktighet i hälsobesöken är därmed betydelsefullt. Barnet eller den unge kan inte heller förväntas ta hela ansvar för sin hälsa och utveckling. Förmågan att förmedla information om till exempel sin egen sjukdomshistoria, medicinering eller liknande eller att ta ansvar för den information som skolsköterskan ger om goda levnadsvanor varierar med det enskilda barnets ålder och mognad. Barnets levnadsvanor är också beroende av familjens förutsättningar, behov och kunskaper och kan inte hanteras på ett tillräckligt bra sätt utan vårdnadshavares medverkan. Möjligheten för äldre barn att genomföra hälsosamtal utan vårdnadshavares närvaro skulle dock fortsatt behöva gälla och bedömas med utgångspunkt från barnets ålder och mognad och samtalets innehåll. Det kan till exempel vara känsligt att samtala om frågor som rör sexuell eller reproduktiva hälsa, psykisk ohälsa eller liknande i vårdnadshavarnas närvaro.

Om barnet inte skulle delta vid ett hälsobesök bedömer utredningen att hälso- och sjukvården har ett ansvar för att söka upp barnet och dess familj. Sådan verksamhet förekommer redan i dag inom barnhälsovården. Riksdagen har med anledning av regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/2020:164) uttryckt ett behov av att primärvården utvecklar sin uppsökande verksamhet.¹³⁹ Vid upprepad frånvaro skulle även en orosanmälan om omsorgssvikt kunna göras till socialtjänsten. Så sker i dag till exempel i barnhälsovården och i tandvården. Det kan också tilläggas att barn och familjer i huvudsak kommer till barnhälsovårdens besök och att barn också i mycket hög grad kommer till tandvårdens kontroller trots att dessa verksamheter är förlagda vid sidan av förskole- och skolverksamheten.

Den förtroendefulla kommunikation som kan byggas upp mellan skolsköterskan och eleverna utgör också en adekvat invändning. Invändningen är dock bara relevant om skolsköterskan finnas på plats i skolmiljön och träffar eleverna regelbundet, inte bara vid själva hälsobesöket som enligt skollagen ska ske minst en gång vart tredje år. Förutsättningarna för att bygga upp en sådan relation försämras om skolsköterskan endast finns på plats vissa dagar i veckan eller ännu mer sällan. Det är dock inte ovanligt att så är fallet. Dessutom visar Skolinspektionens granskningar och utredningens dialoger med barn och unga inte alltid har förtroende för att öppna sig och berätta om sina problem eller behov för elevhälsans personal eftersom de befäras att denna information kan komma spridas vidare till lärare och övrig personal på skolan.¹⁴⁰ Inom skolan finns också en sekretessbrytande bestämmelse som gör det möjligt för personalen inom elevhälsans medicinska insatser att informera om problem och behov som framkommer till exempel vid hälsobesöken om de kan påverka barnets eller den unges lärandet på något sätt enligt 25 kap. 13 a § lagen om offentlighet och sekretess. Denna bestämmelse är förstås också viktig för att skolsköterskan eller skolläkaren ska kunna informera rektor och lärare om hälsoaspekter hos ett barn eller ung person som kan ha betydelse för möjligheten att nå utbildningens mål. Utredningen bedömer att det skulle finnas goda förutsättningar för personal i de regionala verksamheterna att bygga en

¹³⁹ Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU2, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, rskr 2020/21: 61.

¹⁴⁰ Skolinspektionen (2015): *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*, rapport 2015:05.

upp en sådan förtroendefull kommunikation. Till exempel har både personalen vid barnvårdscentralerna och ungdomsmottagningarna mycket god kunskap och kompetens om att bygga upp ett sådant förtroende med barn, unga och deras familjer.

Ytterligare en invändning mot sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman är att en sådan förändring på sikt skulle kunna dränera elevhälsans medicinska insatser på kompetens. Utredningen bedömer dock att elevhälsans verksamhet snarare skulle behöva förstärkas för att kunna fullfölja sitt uppdrag på ett adekvat sätt. Utredningen stödjer därför förslag från Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) som bland annat föreslår att en lägstanivå för tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. På så vis säkras tillgången till professionerna inom elevhälsan och dess medicinska insatser och förutsättningarna för att arbeta i team med hälsofrämjande och förebyggande insatser förbättras. Vid en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle elevhälsans medicinska insatser i högre grad kunna utveckla arbetet med universella och riktade hälsofrämjande och förebyggande insatser på gruppnivå. Det skulle till exempel kunna handla om program om levnadsvanor, ångestskola, avslappning, information och kunskapshöjande insatser om psykisk hälsa och olika former av självhjälp för barn och unga. Det skulle ligga i linje med skolans styrdokument i form av läroplaner och kursplaner där det bland annat framgår att skolan har ett ansvar för att främja hälsa på universell nivå. Det kan också handla om att utveckla anpassningar och stöd i undervisningssituationen för barn och unga med funktionsnedsättning, kroniska sjukdomar eller andra långvariga sjukdomar och psykosociala och komplexa behov.

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle innebära att tid frigörs för personalen i elevhälsans medicinska insatser. Denna tid skulle kunna användas till att professionen i högre grad finnas tillgänglig i klassrummet eller i skolans lokaler i övrigt. Det underlättar förutsättningarna att lära känna eleverna, följa deras hälsoutveckling och uppmärksamma behov av insatser kontinuerligt och i ett tidigt skede. Elevhälsan skulle också i ökad grad kunna delta i undervisningen om alkohol, tobak, droger, övriga levnadsvanor och sex- och samlevnadsundervisningen, värdegrundsfrågor m.m. Dessutom bedömer utredningen att det skulle frigöra tid för personalen inom elevhälsans medicinska insatser att samverka

med den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten när barn och unga har behov av insatser från fler verksamheter och att vid behov stödja barn och unga med slussning till vårdverksamheter i hälso- och sjukvården i övrigt. Det är centralt för barn och unga att sådan samverkan kommer tillstånd och för vissa barn och unga en förutsättning för att de ska få sina behov tillgodosedda. Det skulle underlätta förutsättningarna att skapa bryggor och kommunikation mellan region, skola och kommun i det gemensamma uppdraget att bevara och förbättra barn och ungas hälsa. En starkare primärvård skulle också kunna bli ett bollplank och en tydligare partner för elevhälsan att samverka med. Genom utredningens förslag om en nära och tillgänglig specialistvård stöttas dessutom både primärvård och skola och elevhälsans medicinska insatser tydligare och tidigare i triagering och tidiga insatser.

Företrädare för skolsköterskor och skolläkare har också invänt att hälsobesöken är ett naturligt tillfälle för skolsköterskan att samla in information om barns och ungas hälsa och att denna information är viktig för att kunna stödja barnet eller den unge i skolsituationen. Dessutom kan sådan information ligga till grund för universella och riktade hälsofrämjande insatser. Utredningen förstår att hälsobesöken utgör en möjlighet för skolan att samla in information om barns och ungas hälsotillstånd som kan ha betydelse för deras skolgång och för förutsättningarna att planera och genomföra hälsofrämjande insatser. Utredningen konstaterar dock att uppföljningar visar att den information som samlas in vid hälsobesöken sällan ligger till grund för hälsofrämjande insatser för eleverna i skolan. Det finns också en risk för att information om barns och ungas hälso-utveckling inte tas om hand i skolan om den inte har betydelse för förutsättningarna att lära eftersom elevhälsan inte har ansvar eller förutsättningar för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdsinsatser. Ur integritetssynpunkt är det viktigt att skolan endast samlar in sådan information om barns och ungas hälsa som kommer till användningen i elevhälsan eller i skolverksamheten i övrigt.

Utredningen vill också lyfta fram att den informationen som samlas in vid hälsobesöken är central för regionen och dess förutsättningar att kunna planera och organisera riktade vård- och hälsoinsatser på effektivt sätt för barn och unga. Det finns dock inget systematiskt informationsutbyte mellan skolhuvudmännen och regionen om barns och ungas hälsoutveckling och den information

som framkommer vid hälsobesöken. Utredningen bedömer vidare att elevhälsan skulle kunna samla in sådan information om barns och ungas hälsa som har betydelse för undervisningssituationen på andra sätt, till exempel genom hälsoenkäter och olika riktade hälsosamtal i samband med att skolsvårigheter har uppmärksammats i undervisningssituationen eller på annat sätt. Det är redan i dag mycket vanligt att skolorna genomför sådana allmänna hälsoenkäter i samverkan med kommuner och i vissa fall regioner. Utredningen bedömer också att uppföljning av skolsvårigheter i bred bemärkelse behöver ske kontinuerligt i skolan och att hälsobesöken som enligt lag ska ske minst en gång var tredje år är alldeles för sällan för sådan uppföljning. Detta är särskilt angeläget för barn och unga som har skolsvårigheter eller kommer från familjer i socioekonomisk utsatthet. Elevhälsans personal behöver också finnas på plats där eleverna finns i skolan, på lektioner och raster för att söka upp och samtala med eleverna och bygga förtroendefulla relationer.

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle kunna innebära att elevhälsans verksamhet i än högre grad fokuserar på elevernas utveckling mot utbildningens mål. Det skulle kunna innebära att elevhälsans verksamhet ytterligare distanseras från hälso- och sjukvården i övrigt. Utredningen bedömer dock att det är rimligt att skolan fokuserar på sitt kärnuppdrag och att elevhälsan stödjer utvecklingen av goda lärandemiljöer och andra förutsättningar för lärande i enlighet med den utveckling som har skett sedan elevhälsa infördes i skolan. Sådana insatser främjar också psykisk hälsa vilket är bra för alla elever men i synnerhet för elever med olika skolsvårigheter.

Utredningen bedömer att hälsobesöken med regionen som huvudman sannolikt skulle utföras i primärvården och att det då kan ifrågasättas om primärvården har resurser för uppdraget och den barnkompetens som krävs. Utredningen konstaterar att insatser för att förebygga ohälsa redan omfattas av primärvårdens ansvar. Regeringen och riksdagen har också uttryckt att primärvården i än högre grad bör arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Dessutom erfar utredningen att det finns en beredskap i primärvården i dag att utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Verksamheten med hälsobesök skulle dessutom kunna vara ett naturligt sätt för regionen att utveckla arbetet med hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga i den regionala hälso- och sjukvård.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser som ges tidigt, redan till barn och unga, får dessutom långsiktigt positiva konsekvenser för hälsoutvecklingen för befolkningen i stort. Det påverkar därmed också inflödet i hälso- och sjukvården och en minskad arbetsbelastning på längre sikt. I utredningens dialoger med verksamhetsföreträdare har det framkommit att primärvården bör vara vägen in för alla vanligt förekommande vårdbehov och en stark part när det gäller hälsofrämjande arbete för barn och unga.

När det gäller barnkompetensen i primärvården vill utredningen på nytt lyfta fram att sådan kompetens redan finns både inom barnhälsovården och ungdomsmottagningarna. Dessutom utgör barn och unga en stor del av vård- och hälsocentralernas besökare och barnkompetens är därför redan i dag ett krav på denna verksamhet. Regionernas omställning till en god och nära vård har också en avgörande betydelse för utvecklingen av primärvården och ska bland annat innebära en omfördelning av resurser till primärvården så att vården kan ges nära befolkningen. Det är en förutsättning för utvecklingen av den nära vården i stort och för vård som riktas till barn och unga. Omställning till en god och nära vård har fastslagits av riksdagen genom beslut om propositionerna *Styrande principer inom hälso- och sjukvården* och *en förstärkt vårdgaranti* (prop. 2017/18:83) och *Inriktning för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (prop. 2019/20:164) och främjas genom stimulansmedel i olika överenskommelser som regeringen har ingått med SKR.¹⁴¹

Det finns inga enkla lösningar i ett komplicerat system

Sammanfattningsvis konstaterar utredningen att det inte finns några enkla lösningar i ett komplicerat system med flera huvudmän och många vårdverksamheter som arbetar utifrån olika lagstöd, uppdrag och budgetvillkor. Utredningen bedömer dock att det inte är hållbart att avstå från insatser bara för att det inte finns några självklara lösningar. Problemen med fragmentisering i barn- och ungdomshälsovården och behovet av en mer sammanhållen vård har lyfts fram av olika utredningar sedan början av 1980-talet, (se även *Utredningens uppdrag, arbete och utgångspunkter* kap. 2). Sedan dess har

¹⁴¹ Socialutskottets betänkande 2017/18:SoU22 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, rskr 2017/18:294 och Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU2 *Inriktning för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, rskr 2020/21:61.

fragmentiseringen i systemet förstärkts ytterligare till följd av det fria skol- och vårdvalet. Denna utveckling har på många sätt varit positiv och lett till en mångfald av utförare och valmöjligheter för den enskilde individen men det har också bidragit till fragmentiseringen och en risk för att barn och unga faller mellan stolarna och inte får sina behov tillgodosedda.

I ett fragmentiserat och komplext system är samverkan mellan de olika vårdverksamheterna helt avgörande för att få till stånd en mer sammanhållen vård. Det paradoxala i sammanhanget är dock att samtidigt som ett komplext system förutsätter samverkan är det svårare att samverka i ett komplext system till följd av mängden aktörer. Mycket talar därför att ytterligare insatser för att stärka samverkan mellan vårdverksamheterna och samordningen av vårdinsatser till barn och unga inte är tillräckligt för att komma tillrätta med fragmentiseringen och de samordningsproblem som finns. I ett fragmentiserat och komplext system med många aktörer är det också svårt att upprätthålla likvärdigheten när det gäller de insatser som erbjuds barn och unga. Det är särskilt tydligt när det gäller tillgången till och kvaliteten på elevhälsans medicinska insatser. Skolhuvudmännen och skolorna förmår inte att erbjuda elevhälsa som motsvarar elevernas behov på ett likvärdigt sätt i landet och att den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten får ofta stå tillbaka för andra insatser. Dessutom har elevhälsan under de senaste tio åren i mångt och mycket utvecklats till något om skulle kunna liknas vid elevernas företagshälsovård och insatser som stödjer elevernas utveckling mot utbildningens mål.

Utredningen bedömer att det finns viktiga fördelar med att hålla samman verksamheten med hälsobesök ur ett barnrättsperspektiv och ungdomsperspektiv. Det handlar bland annat om att uppföljning av barns och ungas hälsa blir mer samordnad och likvärdig och att hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga enklare kan följas upp över tid. Det är en förutsättning för att insatser som ges till barn och unga ska kunna utvecklas, kvalitets-säkras och utvärderas. Dessutom handlar det om att ansvaret för att uppmärksamma behov och initiera insatser och tillhandahålla vård och behandling samlas till vårdverksamheter under en och samma huvudman vilket underlättar planering, organisering och styrning av verksamheten. Det tydliggör ansvarsfördelningen mellan de olika huvudmännen och underlättar förutsättningarna för att samordna

barns och ungas vårdprocesser. Organisatoriska förutsättningar, som till exempel olika uppdrag, budgetvillkor och förutsättningar i övrigt utgör ofta hinder för samverkan. Ur ett barnrättsperspektiv och ungdomsperspektiv är det också centralt att barn och unga erbjuds hälsofrämjande och förebyggande insatser som särskilt tar sikte på deras hälsa och välmående, oavsett om hälsan påverkar barns och ungas förutsättningar att lära eller inte, och att sådana insatser tillhandahållas av en verksamhet som har kompetens- och resursmässiga förutsättningar för uppdraget.

Mot den bakgrunden bedömer utredningen att det måste till förändringar i systemet om det ska kunna uppfylla vissa grundläggande villkor om jämlikhet, kontinuitet och effektivitet. Utredningen bedömer dock att tiden ännu inte är mogen för att genomföra en satsning på en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman under barns och ungas hela uppväxttid. Det beror bland annat på att primärvården ännu inte är tillräckligt resursatt för ett sådant uppdrag. Utredningen bedömer dock att den omställningsprocess som nu pågår inom hälso- och sjukvården till en god och nära vård på sikt kommer att leda till att förutsättningarna i primärvården stärks. Utredningen bedömer också att förslaget från utredningen om en samordnad utveckling för en god och nära vård (S 2017:01) om att synliggöra primärvårdens ansvar för vanligt förekommande psykiska vårdbehov bör leda till att primärvården förstärks med kompetenser och övriga resurser som krävs för att kunna tillgodose barns och ungas vårdbehov. Utredningen bedömer dessutom att en sådan sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman förutsätter en stark elevhälsa med ett tydligt uppdrag att arbeta hälsofrämjande och förebyggande på grupp- och individnivå. Utredningen stödjer därför de förslag som lagts fram av utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven i betänkandet Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning (SOU 2021:11) när det gäller förtydligt uppdrag för elevhälsan, än lägsta numerär tillgång till elevhälsans professioner och att det ska vara obligatoriska för skolans huvudmän att redovisa tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator på skolenhetsnivå.

Utredningens huvudförslag är att samtliga berörda aktörer samlas för att utveckla och implementera ett gemensamt och nationellt hälsovårdsprogram för hälsofrämjande och förebyggande insatser

till barn och unga under hela uppväxttiden, (se även nationellt hälsovårdsprogram, avsnitt 6.3. Detta förutsätter att samtliga parter tar ansvar för att implementera hälsovårdsprogrammet i sin verksamhet och att nödvändiga samverkansstrukturer byggs upp så att alla barn och unga får sina behov tillgodosedda. Utredningen bedömer att en kontrollstation bör byggas in i arbetet med det nationella programmet för att följa upp och utvärdera om arbetet med programmet har lett till önskade effekter. Om så inte är fallet bör regeringen överväga möjligheten att genomföra förändringen med en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman för barn och unga.

En viktig förutsättning för det nationella programmet är att ett välfungerande partnerskap utvecklas mellan elevhälsans medicinska insatser och primärvårdens aktörer för barns och ungas bästa. Utredningen föreslår också en skyldighet för regionen att samverka med skolhuvudmännen vid organiseringen och planeringen av hälso- och sjukvården. Ett viktigt syfte med sådan samverkan är att huvudmännen skapar förutsättningar för att utveckla bättre samverkansformer och olika former av samarbeten mellan bland annat primärvårdens aktörer och skolor och effektiva former för samordning av vårdinsatser för barn och unga mellan berörda vårdgivare. I detta ingår också att samverka kring insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga samt att komma överens om hur primärvården kan vara mer närvarande i skolan. En sådan utvecklad närvaro i skolan är central för att primärvården ska kunna erbjuda hälsobesök till barn och unga i skolmiljön

Utredningen konstaterar att de förslag som utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskravens lägger fram förstärker utvecklingen av en mer renodlad elevhälsa som i högre grad tar sikte på elevers utveckling mot utbildningens mål. Utredningen bedömer dock att det fortsatt kommer att vara svårt för skolhuvudmännen att erbjuda en likvärdig elevhälsa i landet, inte minst på grund av att det finns så många skolhuvudmän med små resurser och förutsättningar att erbjuda samtliga professioner i elevhälsan. Sammantaget talar detta för att elevhälsans uppdrag i sin helhet behöver ses över. I detta bör ingå att stärka de medicinska insatsernas roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som ska bidra till att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål.

6.9.4 Konsekvensbeskrivningar av sammanhållen hälsouppföljning

Nedan följer en beskrivning av de konsekvenser som ett införande av en sammanhållen hälsouppföljning skulle kunna innebära, inklusive ekonomiska konsekvenser. För ytterligare konsekvensbeskrivningar se även avsnitt 6.9.3.

Alternativa förslag

Utredningen konstaterar att dagens system där flera huvudmän och vårdverksamheter ansvarar för hälsouppföljningen av barn och unga inte är tillräckligt samordnat, jämlikt eller effektivt. Tillgången till och kvaliteten på hälsofrämjande och förebyggande insatser varierar både inom och mellan olika huvudmän och under barnets eller den unges uppväxttid. Till exempel har barnhälsovården ett utvecklat nationellt program för hälsovård, motsvarande finns inte för barn och unga i skolåldern. Barn och unga som har avslutat sin utbildning i samband med fullgjord skolplikt omfattas inte av systemet med hälsouppföljning som sker i skolan. Ur ett barnrättsperspektiv är det inte tillfredsställande och därför är det nödvändigt att genomföra insatser som leder till en mer likvärdig hälsovård i landet, oavsett var barnet eller den unge bor, val av skola eller vårdgivare.

Utredningen har prövat lämpligheten och möjligheten med ett samlat regionalt huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser. Utredningen har dock bedömt att detta inte skulle vara ändamålsenligt (se avsnitt 6.8). I ljuset av detta har utredningen också prövat förutsättningarna för en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman. Det finns skillnader mellan en sammanhållen hälsouppföljning och ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser. Förslaget med sammanhållen hälsouppföljning skulle innebära att en del av den verksamhet som i dag bedrivs inom ramen för elevhälsans medicinska insatser, det vill säga hälsobesöken, i stället skulle utföras av regionen. Elevhälsans medicinska insatser som funktion skulle förbli intakt när det gäller det övergripande uppdraget och de professioner som skulle ingå i de medicinska insatserna enligt 2 kap. 25 § skollagen. Det skulle innebära att de medicinska insatserna även fortsättningsvis skulle vara en del av den samlade elevhälsan och att rektorn fortsatt skulle ha ett

ansvar för verksamheten och dess professioner. Ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser i sin helhet skulle däremot innebära att regionen tar över ansvaret för verksamheten i sin helhet inklusive de yrkesprofessionella. Regionen skulle tillhandahålla personalen och ha ett arbetsgivaransvar för de yrkesprofessionella samt ansvara för den verksamhet som tillhandahålls inom elevhälsans medicinska insatser.

Ytterligare ett alternativ skulle kunna vara att ge elevhälsans medicinska insatser ett utvidgat ansvar för elevernas fysiska och psykiska hälsa. Utredningen bedömer dock att det är svårt att utvidga elevhälsans ansvar givet den utveckling som skett sedan införandet av elevhälsa och skolhuvudmännens vilja och möjligheter att mer fullödigt agera som vårdgivare i ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem. Ett sådant förslag skulle inte heller komma tillrätta med problemen med fragmentiseringen i vården eller den otillräckliga samordningen av vårdinsatser för barn och unga.

Samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningen bedömer att en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman, på lång sikt, skulle kunna leda till positiva effekter när det gäller kostnader för och inflödet i hälso- och sjukvården. En mer effektiv och sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle skapa förutsättningar för att identifiera behov hos barn och unga och initiera insatser i ett tidigt skede för att förebygga kroniska eller långvariga sjukdomar och tillstånd. I dag har cirka 44 procent av Sveriges befolkning inklusive var femte person under 20 år minst en kronisk sjukdom och cirka 80–85 procent av vårdens kostnader kan kopplas till vården av personer med kroniska sjukdomar. Samtidigt visar forskning att det går att förebygga många kroniska sjukdomar och allvarliga tillstånd, inte minst med hälsosamma levnadsvanor. Tidiga och samordnade hälsofrämjande insatser för barn och unga är därför en långsiktig investering i hållbar fysisk, psykisk och sociala hälsa och välbefinnande för den enskilde samt en socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

En sammanhållen hälsouppföljning för barn och unga med regionen som huvudman skulle få konsekvenser för den kommunala självstyrelsen eftersom det skulle innebära en ny arbetsuppgift för regionen. Utredningen bedömer dock att en sådan förändringen skulle vara proportionerlig i förhållande till den kommunala självstyrelsen eftersom den skulle leda till en mer samordnad, effektiv, likvärdig och jämlik hälsouppföljning av barn och unga.

Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

De sammanlagda kostnaderna för hälsobesöken och vaccinationsverksamheten kan bedömas till mellan 680 och 715 miljoner kronor. Ett genomförande av en sammanhållen hälsouppföljning skulle innebära att staten skulle tillför regionerna ersättning med motsvarande belopp. Kostnaderna bygger på beräkningarna nedan.

Kostnader för hälsobesök

Elevers hälsobesök är en del av skolans verksamhet. Skolverket publicerar statistik om skolans verksamhet som en del av den officiella statistiken. Vad gäller kostnaderna för skolverksamheten redovisas kostnaderna för elevhälsan i olika skolformer på riksnivå. Kostnaderna för hälsobesök bör finnas inom ramen för kostnaderna för elevhälsan. Hälsobesöken utgör endast en del av elevhälsan och syftet här är att beräkna kostnaderna endast för den delen. Kostnaderna för hälsobesöken kan, åtminstone teoretiskt, bestämmas som produkten av antalet hälsobesök och kostnad per hälsobesök.

De regler som finns för antalet hälsobesök och den befolkningsstatistik som föreligger vad gäller antal individer i aktuella åldrar, gör det möjligt att beräkna det teoretiska antalet hälsobesök under en tidsperiod. Ett antagande görs om att det faktiska antalet hälsobesök är lika med det teoretiska antalet.

Reglerna säger att eleverna ska ha tre hälsobesök under sin tid i grundskolan och ett hälsobesök under gymnasietiden. Med utgångspunkt i 2019 års befolkningsstatistik har vi därför antagit att en tredjedel av varje årskull i åldern 7–18 år har haft ett hälsobesök. Vi

antar också att samtliga individer i gymnasieåldern går i gymnasiet. Beräkningens resultat innebär att 491 818 hälsobesök genomförts under ettårsperioden.

Det finns ingen statistik om vad ett hälsobesök kostar. I stället har vi valt att söka ledning i beräkningar som gjorts inom närliggande områden. Inom ramen för projektet Kostnader Per Patient (KPP) har Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) gjort systematiska datainsamlingar för 2019 års förhållanden i 11 regioner. Det har gett upphov till statistik som gjort det möjligt att räkna fram kostnaden för dels ett sjuksköterskebesök dels ett läkarbesök. Beräkningarna visar att de respektive genomsnittliga kostnaderna i de 11 regionerna år 2019 var 930 och 1 670 kronor. I kostnaderna ingår kostnader för it, lokaler och regionledning. Däremot ingår inte kostnader för medicinsk service som laboratorieprover, radiologiska undersökningar med mera. I Skolverkets statistik särredovisas lokalkostnaderna. Ett hälsobesök inom ramen för elevhälsan involverar i första hand personalkategorin sjuksköterskor. I viss mån krävs läkarnärvaro. I kalkylen har vi utgått från att 90 procent utgör insatser av sjuksköterska och 10 procent av läkare. I personaldelen kan således kostnaden för ett hälsobesök bestämmas enligt formeln: $0,9 \times 930 + 0,1 \times 1\,670 = 1\,004$ kronor. Med ett tillägg på 100 kronor för annan medicinsk service blir kostnaden för ett hälsobesök 1 104 kronor.

Den sammantagna kostnaden för hälsobesöken i skolorna är helt enkelt produkten av antalet besök och kostnaden per hälsobesök. För 2019 års förhållanden blir kostnaden 543 miljoner kronor. Kostnaden kan bedömas ligga i intervallet 530–550 miljoner kronor.

Kostnader för vaccinationer

Det finns ingen officiell, eller annan auktoritativ, statistik över vad vaccineringen kostar i elevhälsan. Genom hjälp från SKR/Kommentus har utredningen dock fått uppgifter om hur stor den samlade försäljningen av vacciner inom vaccinationsprogrammet för barn var under år 2020. Försäljningen summerar till 290 miljoner kronor. Dock avser uppgifterna försäljning för användning såväl inom regioner som kommuner samt för samtliga åldersgrupper. Vi vet också att 4 av 15 doser till barn och unga upp t.o.m. 16 ges i skolorna. Vi antar därför att 27 procent (4/15-delar) av den samlade kostnaden för

vaccin till barn och unga faller på skolorna, alltså 77 miljoner kronor. Utredningen uppskattar att kostnaden ligger mellan 75 och 80 miljoner kronor. För en bedömning av de samlade kostnaderna för vaccinationsverksamheten inom elevhälsan behöver åtminstone också personalkostnader läggas till. För en mer precis bedömning av personalkostnaderna för vaccinationsverksamheten behövs uppgifter om såväl antalet vaccinationstillfällen under ett år som uppgifter om kostnaden för personal per tillfälle.

Antal doser/vaccineringar har skattats genom formeln: Antalet vaccineringar = $((\text{antal i åldern 7 och 8 år}) \times 0,95)/2 + 2 \times (\text{antal i åldern 11 år}) + ((\text{antal i åldern 15 och 16 år}) \times 0,95)/2$. Antalet i olika åldersgrupper hämtas ur befolkningsstatistiken för 2019 och kvoterna under ”1” uttrycker andelen som nås av vaccineringen. Beräkningen ger vid handen att det under ett år genomförts sammanlagt 327 151 vaccineringar i skolorna.

Givet att varje vaccineringstillfälle innebär personalkostnader, med mera, på 250 kronor skulle årskostnaden bli strax under 82 miljoner kronor.

Givet alla osäkerheter finns det skäl tro att vaccineringsverksamheten exklusive vaccinkostnader i skolorna sammanlagt kostar mellan 75 och 85 miljoner kronor.

De sammanlagda kostnaderna för hälsobesöken och vaccinationsverksamheten kan bedömas till mellan 680 och 715 miljoner kronor.

Tabell 6.1 Sammanställning av skattningar av kostnader för hälsobesök och vaccinationsverksamhet (miljoner kronor)

	Minimum miljoner kr	Maximum miljoner kr
Hälsobesök	530	550
Vaccin	75	80
Vaccineringsverksamhet exklusive vaccinkostnader	75	85
Sammanlagt	680	715

Ekonomiska och andra konsekvenser för regioner

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle innebära att regionen får det samlade ansvaret för hälsouppföljning av barn och unga från tillblivelse till vuxen ålder. Det skulle delvis innebära nya arbetsuppgifter för regionen när det gäller att

erbjuda hälsobesök till barn och unga i skolåldern. Det skulle därmed innebära att regionen behöver organisera, planera och administrera verksamheten med hälsobesök. Utredningen bedömer att det system som redan finns för att kalla barn och unga till barnhälsovården skulle kunna utnyttjas i detta sammanhang och förenkla administrationen hälsobesöken för barn och unga i skolåldern.

En viktig förutsättning för en sådan sammanhållen hälsouppföljning skulle vara att regionerna tillhandahåller hälsobesök och vaccinationer i skolan. Det är mycket viktigt för att nå alla barn och unga och för att bevara den höga vaccinationstäckning som finns i dag.

För denna verksamhet skulle regionen tillföras nya resurser enligt beräkning ovan.

Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna

Under förutsättning att regionen tillförs nya resurser för verksamheten med hälsouppföljning kommer förslaget inte att få några ekonomiska konsekvenser för kommunerna.

Övriga konsekvenser för samtliga skolhuvudmän, inklusive de kommunala skolhuvudmännen redovisas under konsekvenser för skolhuvudmän.

Konsekvenser för skolhuvudmän och skolan

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle medföra att skolhuvudmännen inte längre ansvarar för att erbjuda hälsobesök för elever i de obligatoriska skolformerna och gymnasieskolan. Inriktningen på den verksamhet som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser skulle delvis förändras. Skolans uppdrag skulle renodlas till elevernas utveckling mot målen. Förutsättningar för att utveckla den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten inom ramen för elevhälsans medicinska insatser skulle förbättras. Det skulle möjliggöra ett mer proaktivt arbete och förebygga skolsvårigheter hos elever. Utvecklingen av goda lärandemiljöer är ett viktigt led i att förebygga psykiska besvär av olika slag. En sådan sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle dock inte innebära några förändringar av elevhälsans uppdrag eller de professioner som skulle ingå i elevhälsan enligt

skollagen. Se avsnitt 6.9.3 för ytterligare konsekvenser för skolans del.

Konsekvenser för barn och unga

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle innebära att barn och unga får en mer likvärdig, kontinuerlig och sammanhållen hälsouppföljning och vid behov vård och behandling.

Primärvården skulle få det samlade ansvaret för barns och ungas psykiska och fysiska hälsa både när det gäller hälsouppföljning och vård- och behandlingsinsatser. Steget mellan hälsouppföljningen till vård och behandling skulle kortas och förutsättningarna att samordna barns och ungas vårdinsatser med den specialiserade vården underlättas. En sådan sammanhållen med regionen som huvudman skulle dessutom underlätta förutsättningarna för att följa upp barns och ungas hälsa över tid och utvärdera om insatserna är effektiva. Det skulle bidra till att barns och ungas vårdbehov ska kunna tillgodoses i ett tidigt skede på ett samordnat sätt.

Utgångspunkten för en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle vara att regionen genomförde hälso- besök och vaccinationer för barn och unga i skolåldern på skolor. I den mån regionen ändå skulle välja att organisera verksamheten på andra sätt skulle det kunna bli aktuellt för barn och unga och i förekommande fall deras vårdnadshavare att ta sig till en vårdmottagning. Utredningen bedömer att det finns goda exempel på hur detta fungerar inom andra områden, till exempel tandvårdsområdet. Det skulle dock finnas en risk för att barn och unga inte skulle komma till besöken om de inte sker i skolan. Utredningen bedömer dock att regionen i dessa fall skulle behöva ägna sig åt uppsökande verksamhet för att nå alla barn och unga och deras familjer om de inte skulle komma till hälsobesöken, på motsvarande sätt som i dag sker inom barnhälsovården.

Konsekvenser för vårdens professioner

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle inte innebära några formella ändringar i skollagen när det gäller elevhälsans uppdrag eller tillgången till professionerna i elevhälsan. Utredningen bedömer dock att det skulle få vissa konsekvenser för de professionella inom elevhälsans medicinska insatser både när det gäller uppdrag och förutsättningar i övrigt för verksamheten. Det skulle kunna innebära att skolläkarna, som redan i dag på många ställen har en mer konsultativ roll med få timmar för många elever och som ofta är anställda i regionen, blir än mer knutna till regionen och därmed får en svagare koppling till elevhälsan i stort. Skolläkaren skulle dock fortsatt ha en viktig funktion för att utveckla det medicinska perspektivet i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i skolan tillsammans med skolsköterskan. Utredningen bedömer att det inte finns något som hindrar en fortsatt och utbyggd skolläkarkompetens och roll i ett system där en förstärkt barn- och ungdomshälsovård verkar i nära partnerskap med en stärkt elevhälsa. En mer regionalt knuten skolläkarresurs med utökad områdesansvar och uppsökande uppdrag skulle också kunna verka kraftfullt i skolmiljön. I framtiden skulle det eventuellt också kunna leda till att nya specialiteter växer fram som tar sikte på barn- och ungdomshälsovård med inriktning på skola och lärande. Det finns i dag närbesläktade subspecialiteter som barnhälsovård, skolläkare och ungdomsmedicin.

Utredningen bedömer vidare att skolsköterskan fortsatt skulle ha en mycket central roll inom elevhälsan när det gäller att företräda det medicinska perspektivet i elevhälsoteamen och bistå med medicinska kunskaper vid anpassningen av lärandemiljöer m.m. Skolsköterskan skulle också kunna utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på grupp- och individnivå i skolan. Dessutom bedömer utredningen att mer tid skulle kunna frigöras för att samverka med andra berörda aktörer i hälso- och sjukvården i övrigt och socialtjänsten.

Utredningen bedömer dessutom att en numerär lägstanivå för elevhälsans professioner och en tydligare uppföljning av tillgången till elevhälsans professioner i enlighet med förslag från Utredningen om elevernas möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) fortsatt skulle säkra tillgång till skolläkare och skolsköterskor på skolorna.

Konsekvenser för företagen

Inom utbildningssektorn finns enligt Skolverkets statistik 788 skolföretag. Av dessa är 583 skolhuvudmän som ansvarar för 852 grundskoleenheter och 205 skolhuvudmän som ansvarar för 451 gymnasieskoleenheter. En mycket klar majoritet ansvarar för en skolenhet.

En sammanhållen hälsouppföljning skulle inte innebära några särskilda konsekvenser för företagen. Uppdraget att tillhandahålla elevhälsa är reglerat i skollagen och gäller för samtliga skolhuvudmän även, de enskilda skolhuvudmännen. Skolhuvudmännens kostnader för skolverksamheten inklusive elevhälsa regleras i den så kallade skolpengen, ersättning per elev, som utgår på motsvarande sätt till samtliga skolor oavsett huvudman. Kostnader för verksamheten skulle därmed vara en fråga mellan kommunen och de enskilda skolhuvudmännen.

De enskilda skolhuvudmännen, skulle på samma sätt som de kommunala skolhuvudmännen få ett förändrat uppdrag när det gäller elevhälsans medicinska insatser. Skyldigheten att tillhandahålla hälsobesök skulle utgå. Det skulle leda till en minskad administration för verksamheten med hälsobesök. Det skulle frigöra tid för annan central verksamhet inom elevhälsan såsom det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och förutsättningarna för att samverka med andra berörda aktörer såsom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i övrigt kring barns och ungas vårdbehov.

7 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Förslag: Författningsändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2022.

Bedömning: Några särskilda övergångsbestämmelser behövs inte.

Skälen för förslaget och bedömningen: Utredningen bedömer det angeläget att de föreslagna författningsändringarna träder i kraft så snart som möjligt till stöd för en samordnad god och nära vård för barn och unga. Med hänsyn till den tid som kan beräknas gå åt för remissförfarande, fortsatt beredning inom Regeringskansliet och riksdagsbehandling bör de lagändringar som utredningen föreslår tidigast kunna träda i kraft den 1 juli 2022. De förordningsändringar som utredningen föreslår bör träda i kraft vid samma tidpunkt. Utredningen bedömer inte att förslagen innebär något särskilt omfattande förberedelsearbete för hälso- och sjukvårdens huvudmän, vårdgivare eller för några andra aktörer som kan påverka tidpunkten för ikraftträdande.

Förslagen är inte av den arten att de kräver några särskilda övergångsbestämmelser.

8 Konsekvensanalyser av utredningens förslag

Nedan redovisas kostnadsberäkningar och andra konsekvenser av utredningens förslag i enlighet med 14–15 §§ kommittéförordningen (1998:1447) och utredningens direktiv (dir 2019:93).

8.1 Utredningens uppdrag och problembeskrivning

Enligt direktivet ska utredningen se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet.

Bakgrunden till uppdraget är problem med en fragmentiserad hälso- och sjukvård utan tillräcklig koordinering på nationell nivå. Detta leder till att barn och unga inte alltid får sina behov av vård tillgodosedda. Fragmentiseringen är särskilt tydlig på primärvårdsnivå där det förekommer en rad olika huvudmän och vårdverksamheter som ansvarar för hälsouppföljning och vårdinsatser för barn och unga under olika delar av uppväxttiden. Till dessa verksamheter hör ett antal primärvårdsaktörer med regionen som huvudman, mödrahälsovården, barnhälsovården och ungdomsmottagningarna samt elevhälsans medicinska insatser som tillhandahålls i skolor ofta i skolhuvudmännen regi. För barn och unga med psykisk ohälsa tillkommer dessutom ett antal första linjeverksamheter som är organiserade på olika sätt i landet. Det finns stora brister i likvärdigheten, inte minst gäller det förutsättningarna för elevhälsans medicinska insatser att tillhandahålla hälsofrämjande och förebyggande insatser på likvärdiga grunder i landet. Hälsouppföljningen av barn och unga är inte heller sammanhållen och insatser skiljer sig åt både mellan vårdverksamheter och över tid under barns

och ungas uppväxt. Det finns brister när det gäller tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser, särskilt för barn och unga i skolåldern. Skolans elevhälsa har alltmer utvecklats mot att hantera skolsvårigheter och stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Barn och unga kan dock behöva hälsofrämjande och förebyggande insatser oavsett sina skolresultat. Inte heller barn och unga som vare sig arbetar eller studerar efter fullgjord skolplikt tas om hand naturligt i systemet. Det finns också brister i samverkan mellan vårdverksamheterna, både inom de verksamheter som i första hand tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser, dvs. primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser och mellan dessa aktörer och den övriga hälso- och sjukvården som huvudsakligen bistår med vård och behandling. Bristande samverkan leder till att barns och ungas vårdinsatser inte samordnas i tillräckligt hög grad och att barn bollas mellan olika vårdverksamheter, för mer information se Problembilden, kap. 5.

För att komma tillrätta med problemen med fragmentisering och tillgången till hälsofrämjande förebyggande insatser har utredningen utrett flera alternativa möjligheter. I enlighet med direktivet har lämpligheten och möjligheten med ett samlat huvudmannaskap för de aktuella vårdverksamheterna prövats. Utredningen har dock bedömt att det inte finns tillräckliga förutsättningar för ett sådant samlat huvudmannaskap. Utredningen har även prövat förutsättningarna för en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman men även när det gäller detta bedömt att tiden inte är mogen för en sådan förändring, se Förslag och bedömningar, kap. 6.

För att öka förutsättningarna för en mer sammanhållen vård och likvärdig tillgång till de verksamheter som erbjuder hälsofrämjande och förebyggande insatser har utredningen även övervägt möjligheten att lagreglera vissa eller samtliga av de berörda primärvårdsverksamheterna. Elevhälsans medicinska insatser är redan reglerad i skollagen. Utredningen har dock gjort bedömningen att en sådan lagreglering skulle innebära en inskränkning i regioners och kommuners möjligheter att planera och organisera hälso- och sjukvården. Den befintliga strukturen och organisationen av hela hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen medför att det inte är ändamålsenligt att reglera vissa hälso- och sjukvårdsverksamheter men inte andra. Detta skulle vara oproportionerligt i förhållande till den kommunala självstyrelsen. Därutöver bedömer ut-

redningen att en sådan lagreglering inte är ändamålsenlig i förhållande till utredningens uppdrag att skapa en mer sammanhållen vård eftersom en lagreglering av verksamheterna inte nödvändigtvis leder till ökad samverkan eller samordning av vårdinsatser för barn och unga. Den leder inte heller till ökad tillgång till hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga.

Utredningen bedömer att det i stället är centralt att säkra tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga under hela uppväxttiden samt samordning och koordinering av det sådana insatser på nationell nivå. Dessutom bedömer utredningen att det behövs ytterligare åtgärder för att stärka samverkan mellan de aktuella vårdverksamheterna och samordning av vårdinsatser för barn och unga.

Utredningen föreslår följande:

- Ett förtydligande i lag att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa.
- Ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.
- Uppdrag till Socialstyrelsen att i samråd med flera myndigheter och organisationer utforma ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga
- Uppdrag till Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa.
- Ett förtydligande i lag att regionen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården till barn och unga ska samverka med huvudmän inom skolväsendet.
- Ett krav i lag på att en fast vårdkontakt alltid ska utses för personer under 21 år i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Samtliga förslag utvecklas i mer detalj i Förslag och bedömningar kap 6. Även när det gäller dessa har utredningen övervägt olika tillvägagångssätt. Dessa redogörs för under respektive förslag.

8.2 Konsekvenser för barn och unga

Bedömning: Utredningens förslag får i huvudsak positiva konsekvenser för barn. Barnets rättigheter enligt barnkonventionen stärks.

8.2.1 Barnkonsekvensanalys

Skälen för utredningens bedömning: Sedan 1 januari 2020 gäller lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) som svensk lag. Rättigheterna i lagen bygger på de mänskliga rättigheterna och ska tillförsäkra barn medborgerliga, politiska, ekonomiska och sociala rättigheter men också rättigheter som ger barnet särskilt skydd mot våld, övergrepp och olika former av utnyttjande. Av utredningens direktiv framgår att barnrättsperspektivet och ungdomsperspektivet ska beaktas i utredningen och att konsekvenser för barn och unga särskilt ska belysas. Att anlägga ett barnrättsperspektiv i frågor som berör barn innebär att ha barnkonventionen som utgångspunkt. I det ingår att belysa en fråga utifrån alla de rättigheter varje barn har i konventionen och hur dessa har tolkats av FN:s barnrättskommitté i dess rekommendationer och allmänna kommentarer. För att säkerställa ett barnrättsperspektiv har utredningen låtit barnkonventionens fyra grundprinciper genomsyra arbetet, såväl i genomförande som i de förslag och bedömningar som utredningen lägger fram. De fyra grundprinciperna är artikel 2 om lika rättigheter och icke-diskriminering, artikel 3 om barnets bästa, artikel 6 om rätt till liv, överlevnad och utveckling och artikel 12 om rätten att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande. För utredningen har även artikel 24 om barns rätt till hälsa och sjukvård varit vägledande i arbetet (se även Gällande rätt, kap. 3).

Inledningsvis har utredningen sammanställt och analyserat de problem som finns med barn- och ungdomshälsovården utifrån ett

barn- och ungdomsperspektiv, (se även Problembilden kap. 5 och Bakgrund och nuläge, kap. 4 om barns hälsa). Utredningen har också i enlighet med barnkonventionens artiklar 3 om barnets bästa och 12 om rätten att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande, låtit barn komma tilltals både om problemen i barn- och ungdomshälsovården och om potentiella förslag till lösningar på problemen (se vidare Utredningens uppdrag, genomförande och utgångspunkter, kap. 2). Med utgångspunkt från problembilden och synpunkter från företrädare för bland annat barn och även utifrån vad barn och unga själva har berättat har utredningen utformat ett antal förslag och bedömningar. Här redogörs kortfattat för hur barns rättigheter enligt barnkonventionen säkerställs genom de förslag utredningen lägger fram. I Förslag och bedömningar kap. 6 finns mer utvecklade resonemang.

Utredningen lägger fram flera förslag och bedömningar som sammantaget ska leda till en mer sammanhållen och likvärdig god och nära vård för barn. Utredningen bedömer att det är en viktig förutsättning för att barn ska få sina rättigheter när det gäller hälso- och sjukvård tillgodosedda. Det gäller förslagen att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa och bemyndigandet att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Det gäller även förslaget att ett nationellt hälsovårdsprogram ska utformas för hälsofrämjande och förebyggande insatser under barns och ungas hela uppväxttid. Förslagen innebär att alla barn ska få insatser som främjar deras hälsa och att barn vid behov ska få fördjupade insatser av en eller flera vårdverksamheter. En central del av förslagen gäller föräldraskapsstöd till vårdnadshavare. Det gynnar särskilt barn i utsatta situationer av olika slag. Ett viktigt syfte med förslagen är att säkra barns rätt till hälsofrämjande och förebyggande insatser under hela uppväxten oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare. Det handlar också om att säkra barns rätt till insatser som är anpassade efter deras behov och förutsättningar oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Dessutom ska utredningens förslag och bedömningar ge barn ökade möjligheter till delaktighet i vård- och behandlingssituationen. Förslagen och bedömningarna innebär därmed bättre förutsättningar för en jämlik hälsa för barn och är särskilt gynnsamt

för barn som inte alltid får sina behov av hälsofrämjande och sjukvårdande insatser tillräckligt tillgodosedda i vården i dag. Det gäller till exempel späda barn, barn med psykisk ohälsa och barn med funktionsnedsättningar, kroniska sjukdomar och samsjuklighet och hbtq-personer under 18 år. I FN:s barnrättskommittés kommentar till artikel 24 framgår att staterna bör prioritera barns rätt till primärhälsovård och att effektiva hälsovårdssystem bör utformas med bland annat en robust finansiering och välutbildad personal. Utredningen bedömer att förslagen därmed ligger väl i linje med intentionerna i artikel 24. Även artikel 2 om lika rättigheter och icke-diskriminering, artikel 3 om barnets bästa och artikel 12 om rätten att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande tillgodoses med dessa förslag. Utredningens förslag om ett uppdrag till SBU att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa kommer också att utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och bidra till att barn får mer effektiva insatser.

Utredningen lägger vidare fram flera förslag och bedömningar som ska bidra till bättre samverkan mellan berörda vårdenheter och till bättre samordning av barns vårdinsatser. Utredningen föreslår att regionen ska samverka med huvudmännen inom skolväsendet i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn. Utredningen bedömer att samverkan mellan regionen och skolhuvudmännen är särskilt angelägen för att få till stånd ett robust hälsovårdssystem som kan ge tidiga och samordnade insatser till barn i enlighet med barnkonventionens artikel 24 och artikel 6. Det är en förutsättning för att barn ska kunna utveckla en god hälsa och förebygga en allvarligare utveckling i ett senare skede. Utredningen föreslår också att en fast vårdkontakt ska utses för en patient som inte har fyllt 21 år, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov. Stöd med samordning och koordination är särskilt angeläget för barn med funktionsnedsättning, samsjuklighet eller andra långvariga eller stora behov, men även i andra situationer kan det vara angeläget. Utredningens förslag innebär att hälso- och sjukvården har ansvar att utse en fast vårdkontakt när det kan antas vara nödvändigt för att tillgodose patientens behov. Det ska inte bero på om barnet eller

dess familj begär att få en sådan vårdkontakt. Dessutom bedömer utredningen att regionen även bör stärka sin samverkan med tandvården och med socialtjänsten i planeringen och organiseringen av vården för att skapa förutsättningar för ett helhetsperspektiv på barns hälsa och utveckling. Utredningen bedömer också att det bör tas fram riktlinjer som ska säkra kontinuitet i vården och en tryggare övergång mellan hälso- och sjukvården för barn och hälso- och sjukvården för vuxna. Utredningens förslag och bedömningar i denna del ligger väl i linje med barnkonventionens artiklar 6 som bland annat handlar om skyldigheten för samhällets aktörer att samverka för att tillgodose barns behov med utgångspunkt från ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa och utveckling.

För att ytterligare stärka att barnrättsperspektivet beaktas bedömer utredningen att regioner systematiskt bör arbeta med utgångspunkt från barnets rättigheter när regionen planerar och organiserar hälso- och sjukvården. Barns möjlighet att komma till tals och vara delaktiga vid planeringen och utformningen av hälso- och sjukvården behöver säkerställas på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, såväl i utformningen av vården på en övergripande nivå som i barns individuella vårdmöten. Utredningens bedömningar i denna del syftar till att säkra barnets bästa och barnets rätt till inflytande och delaktighet i enlighet med barnkonventionens artiklar 3 och 12.

Utredningen presenterar sex steg som behöver vidtas för att utveckla hälso- och sjukvården för barn med psykisk ohälsa. Stegen visar hur hela hälso- och sjukvården för barn behöver utvecklas, liksom samverkan och samordning av insatser med andra aktörer för barn och vårdnadshavare som förskola, skola och socialtjänst. Syftet med stegen är att skapa en hälso- och sjukvård som kan tillgodose behov av vård och omsorg hos barn med psykisk ohälsa, både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd på alla vårdnivåer i systemet. Även dessa steg syftar till att skapa ett robust hälso- och sjukvårdssystem och samverkan mellan centrala aktörer i enlighet med artikel 24 och artikel 6. Det gynnar särskilt barn med långvariga och stora behov.

Sammantaget bidrar utredningens samtliga förslag och bedömningar till att säkerställa barnets rättigheter enligt barnkonventionen när det gäller tillgången till en god och nära vård för barn. Förslagen och bedömningarna innebär att barn tillförsäkras hälsofrämjande

och förebyggande insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Dessutom innebär förslagen och bedömningarna att barn med vårdbehov fångas upp i ett tidigt skede så att en allvarligare utveckling kan förhindras. Förslagen och bedömningarna innebär vidare en tydligare och mer enhetlig hälso- och sjukvårdsorganisation för barn med psykisk ohälsa där barn med psykisk hälsa får hjälp snabbare på den mest effektiva vårdnivån.

Utredningen bedömer att de förslag och bedömningar som läggs fram kommer att bidra till en bättre hälsa hos befolkningen i stort. Förslagen och bedömningarna kommer också att leda till en mer effektiv hälso- och sjukvård med ett minskat inflöde när kroniska eller andra långvariga sjukdomar kan förebyggas i ett tidigt skede. Det kommer i sin tur att leda till lägre sjukskrivningstal i befolkningen och bättre förutsättningar för vuxna att verka på arbetsmarknaden. Utredningen bedömer därmed att det inte finns några särskilda intressekonflikter mellan barn och andra grupper i samhället när det gäller utredningens förslag som särskilt tar sikte på att utveckla hälso- och sjukvård för barn. Barn är också en särskilt skyddsvärd grupp som inte alltid ges förutsättningar att framföra sina åsikter och föra sin egen talan på samma sätt som vuxna. Det finns därför särskild anledning att utveckla hälso- och sjukvården för att den ska tillgodose barns behov oavsett barns egen förmåga att navigera i hälso- och sjukvårdssystemet.

Utredningen kommer att återkomma till förutsättningarna för att följa upp utredningens förslag och bedömningar ur ett barnrättsperspektiv i slutbetänkandet.

8.2.2 Konsekvenser för unga personer över 18 år

Bedömning: Utredningens förslag får positiva effekter för unga personer över 18 år. Tillgång till hälsofrämjande insatser stärks.

Skälen för utredningens bedömning: Personer över 18 år är inte barn i barnkonventionens mening, men de fördelar av utredningens förslag som beskrivs ovan gagnar även unga personer över 18 år. Utredningens förslag om en tydligare styrning av den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten och ett utvecklat hälsoprogram är särskilt viktigt för unga som varken arbetar eller studerar och därför

inte nås av den hälsouppföljning som sker i skolan. Det nationella hälsovårdsprogrammet ska nå alla barn och unga oavsett var de bor, går i skolan eller val av vårdgivare och anpassas efter barn och ungas behov och förutsättningar. Utredningen bedömer också att förslagen innebär att unga personer över 18 år kommer att få bättre tillgång till de insatser som främjar den sexuella och reproduktiva hälsan, då detta område lyfts fram i förslagen. I dag nås inte alla unga personer av sådan verksamhet som ges inom ramen för ungdomsmottagningarna. Det gäller till exempel unga män, unga med funktionsnedsättning, unga nyanlända med flera grupper.

Utredningen bedömer att förslaget om att en fast vårdkontakt ska utses för en patient som inte har fyllt 21 år, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov, kommer att få positiva effekter för unga personer över 18 år som finns i hälso- och sjukvården. Den fasta vårdkontakten ska bland annat tillse att övergången mellan barn- och vuxensjukvården underlättas. I dag finns utmaningar med kontinuiteten vid sådan övergång till vuxensjukvården.

8.3 Samhällsekonomiska konsekvenser

Bedömning: Utredningens förslag får positiva konsekvenser för samhällsekonomin. Förslagen bidrar till att en långsiktigt hållbar fysisk, psykisk och social hälsa i befolkningen och därmed en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen sammantaget bidrar till en mer resurseffektiv hälso- och sjukvård som i ett tidigt skede kan förebygga barns och ungas ohälsa och sjukdomar. Detta leder till positiva effekter för den enskilda individen i form av minskat lidande men även för hälso- och sjukvården i form av ökad effektivitet och ett minskat inflöde. Förslagen bidrar också sammantaget till en ökad tydlighet när det gäller hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete som inkluderar såväl hälsofrämjande som förebyggande insatser som riktas till barn och unga. En mer effektiv och sammanhållen hälsouppföljning skapar förutsättningar för att identifiera behov hos barn och unga och initiera insatser i ett tidigt skede för att förebygga kroniska eller långvariga

sjukdomar och tillstånd. I dag har cirka 44 procent av Sveriges befolkning inklusive var femte person under 20 år minst en kronisk sjukdom och cirka 80–85 procent av vårdens kostnader kan kopplas till vården av personer med kroniska sjukdomar. Samtidigt visar forskning att det går att förebygga många kroniska sjukdomar och allvarliga tillstånd, inte minst med hälsosamma levnadsvanor. Tidiga och samordnade hälsofrämjande insatser för barn och unga är därför en långsiktig investering i hållbar fysisk, psykisk och sociala hälsa och välbefinnande för den enskilde samt en socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård. För ytterligare samhällsekonomiska bedömningar, se avsnitt Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag 8.13.

Utredningen bedömer vidare att förslagen inte kommer att få några särskilda konsekvenser för vårdverksamheter beroende på var i landet de befinner sig. Förslagen innebär i huvudsak ett förtydligande av befintlig lag och därmed har vårdverksamheterna ansvar för att erbjuda sådan verksamhet redan i dag. Det bör kunna underlätta för vårdgivare att utforma sin verksamhet så att den möter lagens intentioner när det gäller hälsofrämjande och förebyggande insatser och när det gäller samverkan och samordning av vårdinsatser.

I dag finns olikheter i landet när det gäller förutsättningen att rekrytera personal och erforderlig kompetens vilket får konsekvenser för förutsättningarna att tillhandhålla insatser. Utredningens förslag och bedömningar förväntas få positiva effekter på kompetensförsörjningen och förutsättningarna att samutnyttja resurser för en mer effektiv vård. Det gäller till exempel utredningens bedömningar inom området psykisk hälsa och utvecklingen av en nära och tillgänglig specialiserad vård som kan stödja primärvården och elevhälsan. Det gäller även utvecklingen av digitala och andra vårdprocesser och arbetsmetoder som kan effektivisera och underlätta arbetet. Dessutom gäller det regionernas långsiktiga arbete med kompetensförsörjningen inom primärvården. Den pågående omställningsprocessen till en god och nära vård är en central förutsättning för detta. Mer information om det finns i avsnitt om psykisk hälsa Förslag och bedömningar kap. 6.

8.3.1 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Bedömning: Förslagen får vissa ekonomiska och andra konsekvenser för staten. Det gäller till exempel kostnader för uppdrag till statliga myndigheter.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen får vissa ekonomiska och andra konsekvenser för staten. Det gäller i första hand uppdrag till statliga myndigheter. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ta fram föreskrifter om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälso- och sjukvården i enlighet med det bemyndigande som utredningen föreslår. Utredningen föreslår också att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utforma ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga i nära samarbete med Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten. Uppdraget är omfattande och kommer att involvera många olika aktörer såsom huvudmän för hälso- och sjukvård och skola, patient- och professionsorganisationer. Utredningen föreslår vidare att Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) ska få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapsmanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa. Kostnader för dessa uppdrag redovisas nedan under Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag avsnitt 8.13.

Utredningen bedömer att förslagen också kan få vissa effekter för tillsynen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det gäller särskilt utredningens förslag att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar för att främja hälsa i hälso- och sjukvårdslagen och att föreskrifter tas fram för att precisera vad det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska innehålla. Utredningen bedömer att en sådan precisering av lagstiftningen bör kunna bidra till att tillsynen kan granska verksamheten på ett mer ändamålsenligt sätt. Det gäller även förslaget att vårdens ansvar för att utse en fast vårdkontakt för barn och unga skärps. Förslaget tydliggör vårdens ansvar för att utse en fast vårdkontakt och därmed också tillsynens möjligheter att följa upp att så sker.

Utredningen bedömer därutöver att den föreslagna föreskriften potentiellt kan komma att påverka det kommunala självstyret om

det bedöms att innehållet i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver styras på ett mer ingripande sätt än vad som redan framgår av gällande rätt. Föreskriften kan därmed komma att innebära vissa tillkommande kostnader för staten. Det är dock inte möjligt för utredningen att i dag närmare bedöma den eventuella påverkan på det kommunala självstyret. Utredningen bedömer ändå att de värden som en nationell reglering av främjande och förebyggande arbete syftar till, till exempel att värna likvärdigheten, är av sådan vikt att viss eventuell påverkan av den kommunala självstyrelsen kan motiveras.

8.3.2 Ekonomiska och andra konsekvenser för regioner

Bedömning: Förslagen bidrar till att tydliggöra regionernas ansvar för hälsofrämjande och förebyggande arbete och samverkan. Inledningsvis får regionerna vissa kostnader i samband med implementering av förslagen. På längre sikt bedömer utredningen att intäkterna är större än kostnaderna.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag och bedömningar innebär i huvudsak en precisering av uppdrag som redan ingår i huvudmännens ansvar att tillhandahålla. Det gäller både förslag som tar sikte på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälso- och sjukvården och förslag som tar sikte på samverkan och samordning av vårdinsatser. Ekonomiska konsekvenser för regionerna redovisas nedan i avsnitt 8.13.

Förslaget om att det hälsofrämjande arbetet ska tydliggöras i hälso- och sjukvårdslag och förslaget att det ska tas fram föreskrifter som preciserar det hälsofrämjande och förebyggande arbetet kommer att leda till en ökad tydlighet om lagstiftningens intentioner. Det förväntas bidra till att regionerna kan erbjuda en mer likvärdig och jämlik vård.

Förslaget att tillhandahålla fast vårdkontakt innebär en viss ambitionshöjning i förhållande till nuvarande reglering, eftersom det innebär att fast vårdkontakt ska utses för personer under 21 år i något större utsträckning än vad 6 kap. 2 § patientlagen kräver i dag. Det föreslagna kravet ska dock endast gälla i hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, vilket

innebär att de ökade kostnaderna endast uppstår i sådana verksamheter. Förslaget kan komma att innebära en viss utökad administration för att uppdatera rutiner och riktlinjer för fast vårdkontakt. Utredningen bedömer dock att förslaget inte är kostnadsdrivande eftersom regionerna redan i dag ska ha en förberedelse för att tillhandahålla fast vårdkontakt till alla barn och unga som har en sådant behov.

Förslaget om ett förtydligande i lag att regionen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården till barn och unga ska samverka med huvudmän inom skolväsendet innebär en viss ambitionshöjning i förhållande till gällande rätt. Förslaget leder till bättre förutsättningar för samverkan med samtliga skolhuvudmän, även de enskilda huvudmännen. Detta förväntas bidra till att samordningen av vårdinsatser mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt kommer att förbättras. Samverkan mellan skolan och hälso- och sjukvården är en grundläggande förutsättning för en mer sammanhållen vård för barn och unga.

8.3.3 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna

Bedömning: Förslagen bidrar till att tydliggöra kommunernas ansvar för hälsofrämjande och förebyggande arbete och samverkan. Inledningsvis får kommunerna vissa kostnader i samband med implementering av förslagen. På längre sikt bedömer utredningen att intäkterna är större än kostnaderna.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att kommunen i första hand berörs av förslagen som huvudman för de kommunala skolorna. Ekonomiska konsekvenser för kommunen redovisas nedan i avsnitt 8.13.

Förslagen som förtydligar hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete och det nationella hälsovårdsprogrammet får konsekvenser för verksamheten inom elevhälsans medicinska insatser i de kommunala skolorna. Förslagen avser att tydliggöra vad det hälsofrämjande och förebyggande arbetet innebär och vad barn och unga kan förvänta sig av den hälsouppföljning som bland annat sker i skolan. Förslagen bidrar till en

precisering av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i de aktuella vårdverksamheterna. Det förväntas underlätta elevhälsans medicinska insatsers hälsofrämjande och förebyggande verksamhet. Det förväntas också ha en positiv effekt på likvärdigheten i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som sker i skolan. Förslaget innebär ingen ambitionshöjning i förhållande till lagens intentioner men kan få vissa konsekvenser för de kommunala skolorna om den verksamhet som bedrivs i dag inte uppfyller lagens intentioner.

Förslaget att regionen ska samverka med skolhuvudmän vid planeringen och organiseringen underlättar förutsättningarna för samverkan och samordning av vårdinsatser mellan hälso- och sjukvården och skolan. Det förväntas bidra till bättre samverkan mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt, särskilt primärvården och barn- och ungdomspsykiatrien.

8.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Bedömning: Förslagen har viss påverkan på det kommunala självstyret. De är dock proportionerliga i förhållande till sitt syfte eftersom de leder till en mer sammanhållen, likvärdig och effektiv vård.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer sammanfattningsvis att utredningens förslag inte inskränker den kommunala självstyrelsen. I den mån förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen bedömer utredningen att de är proportionerliga i förhållande till förslagets syfte att skapa en mer sammanhållen, likvärdig och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga. Det gäller förslagen om ett förtydligande av det hälsofrämjande arbetet i hälso- och sjukvårdslagen och bemyndigandet att ta fram föreskrifter samt förslaget att ta fram ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga. Syftet med dessa förslag är att modernisera lagen med det hälsofrämjande perspektivet och förtydliga och precisera innehållet i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för att skapa förutsättningar för en mer likvärdig vård snarare än att höja ambitionsnivån i förhållandet till hälso- och sjukvårdslagens ursprungliga intentioner.

Förslaget om att regionen ska samverka med huvudmännen inom skolväsendet avser att förtydliga att regionens ansvar att planera och organisera sin hälso- och sjukvård i samverkan med andra berörda vårdverksamheter, med flera aktörer. Förslaget förväntas leda till en mer effektiv samverkanstruktur mellan hälso- och sjukvården och skolan. Det skapar förutsättningar för en mer sammanhållen vård för barn och unga och att deras vårdbehov tillgodoses på ett mer likvärdigt och effektivt sätt. Förslaget kan medföra vissa förändrade arbetssätt i den mån det inte redan finns utarbetade strukturer för att samverka med skolhuvudmännen, men anses vara proportionerligt i förhållande till förväntat resultat och förenligt med barnkonventionens artikel 12.

Förslaget att en fast vårdkontakt alltid ska utses för barn och unga i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov, innebär delvis nya arbetsuppgifter för regioner. Förslaget innebär ett något utökat ansvar för att utse en fast vårdkontakt för barn och unga. Utredningen bedömer att förslaget är nödvändigt för att skapa förutsättningar för samordning av barns och ungas vårdinsatser och att förslaget därför är proportionerligt i förhållande till den kommunala självstyrelsen. Det är inte rimligt att barn och unga själva ska ansvara för att känna till eller be om en fast vårdkontakt eller vara helt beroende av vårdnadshavares eller anhörigas förutsättningar att bidra till samordningen eller be om en fast vårdkontakt.

8.5 Konsekvenser för vårdens professioner

Bedömning: Förslagen medför i huvudsak positiva konsekvenser för professionen. Det handlar i första hand om en ökad tydlighet i uppdrag och förutsättningar.

Skälen till utredningens bedömning: Utredningens samlade förslag och bedömningar medför i huvudsak positiva konsekvenser för professionella inom hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska delar i form av ökad tydlighet i uppdrag och förutsättningar. En ökad tydlighet i uppdrag och förutsättningar förväntas också bidra till en bättre arbetsmiljö för berörda professionella.

Ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen av hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa, ett bemyndigande att ta fram föreskrifter och det nationella hälsovårdsprogrammet som preciserar vad det hälsofrämjande och förebyggande arbetet innebär, kommer att bidra till ett mer sammanhållet system med gemensamma utgångspunkter för de verksamheter som tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga. Det förväntas också utgöra ett stöd för de professionella i det dagliga arbetet och bidra till bättre förutsättningar att samverka mellan professionella inom barn- och ungdomshälsovården. Dessutom förväntas förslagen bidra till tydligare grundförutsättningar för de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovården och långsiktigt säkra tillgången till sådan verksamhet.

Flera av utredningens förslag skapar bättre förutsättningar för samverkan på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Det gäller förslaget om att regionen ska samverka med huvudmän för skolväsendet i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården till barn och unga. Förslaget förväntas förtydliga kraven på samverkan och underlätta de professionellas förutsättningar i det dagliga arbetet. I det fragmentiserade system som utgör barn- och ungdomshälsovården är bättre förutsättningar för samverkan centralt och grundläggande för samordningen av insatser som riktas till barn och unga. Behovet av att förtydliga krav på samverkan har också betonats av de professionella inom de berörda verksamheterna. Även förslaget att en fast vårdkontakt alltid ska utses för personer under 21 år i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov, skapar en tydlighet för de professionella när det gäller förutsättningar för samverkan och samordning av vårdinsatser. Förslaget att om tydlig information om bestämmelsen om fast vårdkontakt ska riktas till skolverksamheter i deras roll som vårdgivare kommer också att underlätta samverkan mellan professionella inom elevhälsans medicinska delar och hälso- och sjukvården i övrigt.

Genom utredningens förslag om fast vårdkontakt kan en ökad kontinuitet uppnås. Detta innebär inte enbart fördelar för barnen och de unga, utan förmodas också bidra till bättre mer långsiktiga relationer med patienter och därmed till en god arbetsmiljö.

8.6 Konsekvenser för företagen

Bedömning: Utredningens förslag får inga särskilda effekter för företagen. Ekonomiska effekter för företagen beror på hur kommuner och regioner anpassar sina ersättningssystem i förhållande till kostnader för utredningens förslag.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag påverkar företag inom hälso- och sjukvårds- och utbildningssektorerna på motsvarande sätt som det påverkar vårdverksamheter inom region och kommun. Förslagen innebär inga förändringar när det gäller konkurrensförhållanden eller villkor i övrigt mellan regionala, kommunala och enskilda vårdverksamheter. Utredningen bedömer att förslagen i huvudsak bidrar till att förtydliga huvudmännens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det gäller särskilt förslagen att lyfta fram det hälsofrämjande arbetet i hälso- och sjukvårdslagen och det nationella hälsovårdsprogrammet. Det gäller även förslaget om regionens ansvar för att samverka med skolhuvudmän och förslaget om att fast vårdkontakt alltid ska utses för personer under 21 år om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov. Förslaget att regionen ska samverka med skolhuvudmän vid organiseringen och planeringen av hälso- och sjukvård för barn förväntas få positiva effekter för samverkansskyldigheten mellan regionen och skolhuvudmännen.

Utredningen bedömer att förslagen kan medföra vissa kostnader för företagen. Eventuella kostnader som uppstår för företagen med anledning av dessa förslag regleras dock mellan regionen och kommunen och företagen i enlighet med gällande rätt. Ekonomiska konsekvenser för företag redovisas nedan i avsnitt 8.13

2018 fanns det cirka 15 400 vårdföretag inom hälso- och sjukvårdssektorn.¹ Av dessa tillhandahöll 3 271 företag olika former av primärvård, specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård.²

Inom hälso- och sjukvårdssektorn är regionen alltid huvudman för hälso- och sjukvården oavsett om en offentlig eller enskild aktör bedriver vårdverksamheten. För verksamheter inom primärvården

¹ Vårdföretagarna Almega (2020) *Privat vårdfakta 2020 – Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen*.

² Uppgift från SCB, uttag 2021-04-12.

tillämpas vårdvalssystem. Grunderna för vårdvalssystemet regleras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen och innebär skyldigheter för regionen att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården. När vårdvalssystemet utformas, ska detta ske på ett sådant sätt att alla utförare, dvs. de vårdgivare som ska driva verksamheten, behandlas lika av regionen om det inte finns skäl för annat. Ersättning från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare och när regionen har beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Regioner styr verksamheterna inom vårdvalssystemet med stöd av förfrågningsunderlag och ersättningssystem. Avtal om uppdrag och ersättning regleras mellan regionen och de aktuella företagen.

Inom utbildningssektorn finns enligt Skolverkets statistik 788 skolföretag. Av dessa är 583 skolhuvudmän som ansvarar för 852 grundskolenheter och 205 skolhuvudmän som ansvarar för 451 gymnasieskolenheter. En mycket klar majoritet ansvarar för en skolenhet. Skolhuvudmännen ansvarar för att utbildningen genomförs i enlighet med bestämmelserna i skollagen, föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen och de bestämmelser för utbildningen som kan finnas i andra författningar, enligt 2 kap. 8 § skollagen. Skolhuvudmannen ska vidare utse en skolchef som ska biträda huvudmannen med att se till att föreskrifter som gäller för utbildningen följs i huvudmannens verksamhet inom skolväsendet, enligt 2 kap. 8 a § skollagen. I detta ingår bland annat att tillhandahålla elevhälsa för eleverna i de obligatoriska skolformerna och gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. För elevhälsans medicinska insatser ska det finnas tillgång till skolläkare och skolsköterska, enligt 2 kap. 25 § skollagen.

Kommuner ska fördela resurser till utbildningen inom skolväsendet efter barnens och elevernas olika förutsättningar och behov, enligt 2 kap. 8 b § skollagen. Av 14 kap. 1 § skolförordningen (2011:185) framgår att ett bidrag till enskilda huvudmän ska fastställas per kalenderår och grunda sig på hemkommunens budget för det kommande budgetåret. Ersättning för elevhälsans medicinska insatser ska ingå i grundbeloppet, enligt 14 kap. 4 §.

8.7 Konsekvenser för sysselsättningen

Bedömning: Utredningens förslag har inga nämnvärda konsekvenser för sysselsättningen.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen inte får några nämnvärda konsekvenser för sysselsättningen eftersom förslagen i huvudsak inte innebär några nya åtaganden för berörda vårdverksamheter. De förslag som läggs fram innebär snarare en precisering av uppdrag som vårdverksamheterna redan har i enlighet med hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

8.8 Konsekvenser för jämlikhet och jämställdhet mellan könen och de integrationspolitiska målen

Bedömning: Utredningens förslag bidrar till en mer jämlik vård för flickor och pojkar. De gynnar jämställdheten mellan könen och bidrar till att uppfylla de integrationspolitiska målen.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att utredningens förslag och bedömningar som helhet bidrar till en mer jämlik och jämställd vård för flickor och unga kvinnor och pojkar och unga män och till att de integrationspolitiska målen uppnås. Det gäller särskilt förslaget om ett nationellt program för hälsouppföljning av barn och unga. Enligt programmet ska barn och unga få insatser med utgångspunkt från behov, förutsättningar och preferenser oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare. Insatserna ska också ges på lika villkor oavsett bakgrund, kön och könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, sexuell läggning, religion eller annan trosuppfattning och funktionsnedsättning, se även utredningens barnkonsekvensanalys-avsnitt 8.2.1. Utredningen bedömer att förslag och bedömningar i betänkandet leder till att stöd-, vård- och behandlingsinsatser i högre grad än i dag är anpassade efter barns och ungas behov och bidrar till ökad delaktighet. Det förväntas leda till positiva effekter för jämställdheten och att barn och unga i högre grad söker och får vård efter behov.

Utredningen bedömer att förslaget om hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa i hälso- och sjukvårdslagen kommer att få positiv effekt på hälsan i hela befolkningen, för både barn och vuxna. Sådana insatser kan ge den enskilda individen fler år med hälsa och livskvalitet, vilket i sin tur ger ett samhälle med en frisk befolkning. Det finns i dag ojämlikheter i hälsan i den vuxna befolkningen, bland annat på grund av socioekonomiska faktorer.³ Ett systematiskt arbete med att främja hälsa kan därför få positiva konsekvenser för en jämlik vård och minskade hälsoklyftor även hos den vuxna befolkningen.

I dag domineras sjukdomsbilden av kroniska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdom, cancer, lungsjukdom, ledsjukdom och psykiska sjukdomar. Det finns omfattande kunskap om att dessa sjukdomar kan förebyggas med hälsosamma levnadsvanor. Effektiv prevention kan innebära stora besparingar för individen, för hälso- och sjukvården och för samhället.⁴ Detta gäller både för kvinnor och män.

Utredningen bedömer att ett familjecentrerat förhållningssätt till hälsa är nödvändigt för att kunna komma tillrätta med en ohälsosam livsstil hos både barn och vårdnadshavare. Föräldraskapsstöd är en central del av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och en av de viktigaste insatserna samhället kan göra för att undvika ojämlikhet och negativa utfall för barn och unga. Vårdnadshavare har en unik möjlighet att främja barns hälsa och utveckling och relationen mellan barn och vårdnadshavare och föräldraförmågan har stor betydelse för barnets utveckling. Ett exempel på detta är att barn i stor utsträckning påverkas av sina föräldrars levnadsvanor. Föräldrars levnadsvanor är därmed avgörande för vilka attityder och vanor barnet självt utvecklar. Utredningen bedömer därför att förslaget får positiva konsekvenser för både kvinnor och män, flickor och pojkar.

Utredningen bedömer slutligen att förslagen kommer att få en positiv effekt för kvinnor och män i egenskap av vårdnadshavare. Det gäller särskilt förslag och bedömningar som gäller föräldraskapsstöd och förslag som leder till en bättre samordning av vårdinsatser för barn och unga. Ett bättre och mer kontinuerligt föräldraskapsstöd är en mycket viktig insats för en mer jämlik vård. Insatser

³ Prop. 2017/18:249: *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.*

⁴ *Ibid.*

som stödjer samverkan kan avlasta vårdnadshavare som ofta får ta ett mycket stort ansvar för sådan samordning.

8.9 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

Bedömning: Utredningens förslag har vissa positiva effekter på brottslighet och det brottsförebyggande arbetet. Utredningens förslag innebär att unga personer fångas upp tidigt och får ett samordnat stöd av centrala aktörer i samhället.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag och bedömningar kan innebära vissa positiva konsekvenser för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet på längre sikt. Förebyggande insatser inom, vård, skola och omsorg är en central faktor i det brottsförebyggande arbetet. Inte minst för att förhindra tidig rekrytering av barn och unga till kriminella gäng, en ökande trend i vissa regioner. Utredningens samlade förslag om en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga skapar förutsättningar för att i ett tidigt skede uppmärksamma behov och förebygga en allvarigare utveckling. Genom att erbjuda tidiga och samordnade insatser med utgångspunkt i barn och ungas behov minskar risken för allvarlig problematik och brottslighet i ett senare skede. I utredningens samlade förslag och bedömningar ingår även stöd i föräldraskapet vilket är en mycket viktig insats för att undvika ojämlikhet och negativa utfall för barn och unga. Föräldraskapsstöd, som en central och kontinuerlig del av det nationella hälsovårdsprogrammet, kan därför tänkas ha brottsförebyggande effekter. Konsekvenserna av utredningens förslag måste ses på längre sikt och beakta indirekta effekter över tid.

8.10 Konsekvenser för miljön

Bedömning: Utredningens förslag kan på sikt medföra vissa positiva effekter på miljön i form av minskade behov av hälso- och sjukvård och läkemedelsanvändning.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen på sikt kommer att medföra ett minskat behov av hälso- och sjukvård, främst genom ett ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga. Utredningen förmodar att detta kan ge minskad miljöpåverkan, både i form av minskad resursanvändning och genom minskad läkemedelsanvändning.

8.11 Konsekvenser för EU-rätten

Bedömning: Förslagen får inga konsekvenser för EU-rätten.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen överensstämmer med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen och att de inte medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet. Hälso- och sjukvård är en nationell behörighet, och det är medlemsstaterna som finansierar, förvaltar och organiserar sina hälso- och sjukvårdssystem. Utredningens förslag ligger inom hälso- och sjukvårdens område. De författningsändringar som föreslås gäller endast ändringar i den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Utredningen bedömer vidare inte att förslagen berör Europeiska unionens inre marknad eller på annat sätt medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet.

8.12 Konsekvenser för den personliga integriteten

Bedömning: Utredningens författningsförslag innebär inga inskränkningar i skyddet för den personliga integriteten.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen har i sitt arbete genomgående beaktat integritetsaspekter. Skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet skyddas både av internationella regelverk och av nationell rätt. En övergripande beskrivning av centrala regelverk finns i Gällande rätt, kap. 3.

Utredningens sammantagna bedömning är att utredningens förslag inte innebär några inskränkningar i skyddet för den personliga integriteten. Utredningens förslag innebär inte några utökande möjligheter att överföra eller på annat sätt behandla personuppgifter eller några ändringar i gällande lagstiftning om sekretess eller tystnadsplikt. Förslagen innebär inte heller utökade möjligheter till kroppsliga ingrepp eller i övrigt att den personliga integriteten begränsas.

Utredningens förslag till bestämmelse om samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet handlar om samverkan på en övergripande organisatorisk nivå, där det bland annat kan ingå att samverka kring olika verksamheters processer och rutiner. Personuppgifter om enskilda barn och unga ska dock inte behandlas i sådan samverkan.

Förslaget om utökad skyldighet att utse en fast vårdkontakt för personer som inte fyllt 21 år förväntas leda till att något fler barn och unga får en fast vårdkontakt, som hjälper till med samordningen av hälso- och sjukvården. Utredningen framhåller i Förslag och bedömningar, kap. 6, vikten av delaktighet och respekt för den personliga integriteten i fråga om att utse en fast vårdkontakt. Utredningen har också övervägt att införa en reglering om att samtycke måste erhållas för att kunna utse en fast vårdkontakt, men bedömt att det att detta inte skulle vara ändamålsenligt. Att utse en fast vårdkontakt är en rent administrativ åtgärd. Däremot krävs samtycke för att utföra vårdinsatser för den enskilde och i den mån den fasta vårdkontakten behöver dela information om patienten ska det ske i enlighet med reglerna om sekretess och tystnadsplikt. Detta är inte något som förändras med utredningens förslag. Även den lagstiftning som rör

vårdnadshavares rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barn förblir oförändrad.

Förslaget om samverkan mellan regionen och huvudmän för skolväsendet och förslaget om fast vårdkontakt syftar bland annat till att göra hälso- och sjukvården mer samordnad, främja kontakterna mellan patienten och hälso- och sjukvården och kan leda till att processer inom hälso- och sjukvården blir tydligare för patienten, vårdnadshavare och anhöriga. Det främjar enligt utredningen patientens förutsättningar till delaktighet i sin vård och att ta tillvara sina möjligheter och rättigheter, vilket bland annat är positivt ur ett integritetsperspektiv.

Förslaget om att förtydliga i lag att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa samt förslaget till bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga bedömer utredningen kunna leda till bättre förutsättningar för en god hälsa hos barn och unga. Det kan på längre sikt innebära att färre barn och unga, men även personer i övrigt, har behov av många vårdinsatser och vårdkontakter. Den personliga integriteten gynnas på flera sätt av detta, bland annat genom minskad vårddokumentation och alltså en minskad behandling av personuppgifter.

Utredningen förutsätter att sådana föreskrifter som meddelas med stöd av det bemyndigande som föreslås utformas med beaktande av den lagstiftning som rör personlig integritet.

Utredningen kommer genomföra en fördjupad analys rörande den personliga integriteten i sitt slutbetänkande, där utredningens uppdrag om informationsöverföring och uppföljning ska redovisas.

8.13 Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag

Bedömning: Utredningens förslag är samhällsekonomiskt effektiva redan i meningen att de satsade resurserna återbetalas i sänkta kostnader under en horisontperiod på 20 år. Därtill ska läggas effekter av ökat humankapital i form av ökat arbetskrafts-deltagande och minskat långsiktigt vårdbehov etcetera.

Staten får kostnader i form av resursåtgång vid olika statliga myndigheter. Statens kostnader blir sammantaget 32 miljoner kronor under 5 år. Regioner och kommuner får under några inledande år nettokostnader. Efter hand ökar intäkterna i form av sänkta kostnader, vilket gör att intäkterna överstiger kostnaderna på längre sikt. Olika utförare, till exempel egen regi eller fristående, påverkas beroende på om och i så fall hur regioner och kommuner centralt anpassar sina ersättningssystem. Anpassningarna torde vara små.

8.13.1 Inledning

Utredningen ska bedöma de ekonomiska konsekvenserna av sina förslag. De handlar till exempel om bedömningar av kostnader och intäkter för de verksamheter som berörs. De kan också handla om bedömningar av samhällsekonomiska konsekvenser, alltså om samlade konsekvenser för samhället i dess helhet.

Bedömningarna på verksamhetsnivå som har gjorts innefattar såväl bruttokostnader som nettokostnader. De direkta kostnaderna, i form av ökad resursanvändning, motsvarar bruttokostnaderna. I nettokostnaderna ingår de intäkter, oftast i form av sänkta kostnader, som kan förväntas följa av att utredningens förslag genomförs. Nettokostnaderna är således kostnader som kan kopplas till den verksamhet för vilken beräkningarna gjorts. Förslag och bedömningar om hur hälso- och sjukvården kan bli mera sammanhållen utgör en väsentlig del av utredningens förslag och bedömningar. I detta ingår bland annat förslag om hur samverkan kan stärkas och samordningen av vårdinsatser bli mer effektiv.

I huvudsak har beräkningarna gjorts för statlig, regional och kommunal verksamhet. Då privata företag är vanligt förekommande

utförare i regional och kommunal verksamhet har beräkningarna även innefattat kostnadskonsekvenser för dessa företag. Effekterna på företagen blir den sammanlagda effekten av de nya kraven på företagens verksamhet tillsammans med de eventuellt nya utformningarna av kommunernas och regionernas modeller för ekonomisk ersättning till företagen. Utredningen kan inte, och ska inte, förutse utfallet av sådana omformningar. Däremot ligger det inom ramen för kraven på beräkningar av förslagets kostnadskonsekvenser att presentera beräkningar som indikerar storleksordningar på i vilken grad ersättningarna kan behöva ändras.

Förändringar i vården och omsorgen av barn och unga kan mycket väl betraktas som en samhällsekonomisk investering eller en samhällelig investering. Förebyggande åtgärder och tidiga insatser kan förutom kostnader och verksamhetsnära intäkter innebära samhällsekonomiska intäkter som sträcker sig långt utanför de verksamheter man investerar i och dessutom långt in i framtiden. I detta avsnitt har vi därför valt att formulera en enkel modell för samhällsekonomiska investeringar. Modellen ska i första hand betraktas som ett pedagogiskt hjälpmedel för ökad förståelse av interaktioner mellan olika delar av förslagets översiktligt kvantitativa effekter och hur de kan uppträda över tid. Visserligen har vi strävat efter att de kvantiteter som använts i modellen så långt som möjligt har direkt empirisk grund men bristen på sådana uppgifter har gjort det nödvändigt att i modellen i stor utsträckning använda stiliserade (teoretiskt konstruerade) data.

8.13.2 Metodfrågor

Det sakområde utredningen lägger förslag om och bristen på förekomst av statistik som direkt kan användas för ekonomiska konsekvensberäkningar har tvingat fram ett metodologiskt ställningstagande inom utredningen. Valet har stått mellan att föra huvudsakligen kvalitativa resonemang och att utifrån skapade grundläggande typfall skapa kvantiteter med kostnader som leder till beräkningsbara konsekvenser. En kvalitativt inriktad konsekvensbedömning ger i bästa fall riktningar vad gäller förslagets delar men leder inte till ett avgörande vad avser förslagets samlade resultat. En kvantitativt inriktad bedömning kan leda till kvantitativa storheter i delarna

som slutligen kan adderas till ett samlat resultat. I vilken mån detta resultat är trovärdigt kan naturligtvis ifrågasättas men vi bedömer att de behöver göras och presenteras.

Givet den grundläggande bristen på data och okunskapen om samband kan ingen ansats, kvalitativ eller kvalitativ, sägas vara perfekt. Utredningen bedömer dock att ett underlag som bygger på både kvantitativa och kvalitativa bedömningar ger ett bättre beslutsunderlag.

Effektivitet i olika betydelser – resurs- och inriktningseffektivitet

Det finns två typer av effektivitet som är relevanta i detta sammanhang; inriktningseffektivitet (eng. efficacy) och resurseffektivitet (eng. efficiency). Med inriktningseffektivitet menas att en verksamhet eller åtgärd leder till effekter, till exempel inom hälso- och sjukvården, hälsoeffekter av olika slag. Olika metoder och processer kan leda till olika hälsoeffekter. Med resurseffektivitet menas att det som skapas (eng. output) åstadkommes med så liten resursanvändning (eng. input) som möjligt.

På en öppen marknad mäts inriktningseffektivitet i huvudsak genom prissystemet. Det är inte lika enkelt att mäta inriktningseffektivitet inom skattefinansierad verksamhet. Kostnadseffektivitetsanalyser (CEA) är ett sätt att jämföra den relativa resursanvändningen hos olika metoder och processer vid samma utfall. Man kan säga att metoden är ett sätt att finna den minst resurskrävande metoden eller processen för ett givet utfall, till exempel i termer av hälsa. Metoden ger dock inte svar på vilken metod som är bäst i hälsotermer.

Resurseffektivitet är, åtminstone i princip, enklare att mäta mängden resurser som krävs för en viss verksamhet eller metod är för det mesta rättframt kalkylerbara. Det är ofta också detta som menas med effektivitet i dagligt tal och när det görs beräkningar av kostnadskonsekvenser av utredningars förslag. Dock är det så att de båda begreppen står i ett komplext, och till och med ibland motsatt, förhållande till varandra. En ny metod kan till exempel vara mer inriktningseffektiv än andra gamla metoder men det är inte säkert att denna nya metod tillämpas på ett resurseffektivt sätt.

Utredningens förslag påverkar såväl inriktnings- som resurs-effektiviteten inom barn- och ungdomshälsovården. Nedan kommer vi att något mer i detalj beskriva hur utredningens förslag kan påverka effektivitet i de båda meningarna.

Tre typer av beräkningar

Sammantaget ingår i detta avsnitt tre typer av beräkningar (bedömningar). Den första typen är direkta kostnader på huvudmannanivå. Beräkningarna gäller kostnader för staten, kommunerna och regionerna. Den andra typen gäller kostnader och intäkter på utförarnivå. Det handlar om hur kommuners och regioners enheter i egen regi kan påverkas samt hur andra utförare, som privata företag, kan påverkas såväl i kostnads- som intäktstermer av förslagen. Den tredje typen är några olika samhällsekonomiska bedömningar som i någon mening sammanfattar förslagets effekter på samhället i dess helhet över tid.

De tre typerna av beräkningar är beroende av varandra men har delvis olika syften. Den första typen av beräkningar syftar till att identifiera och så långt det är möjligt i krontal uttrycka effekterna på den direkta resursanvändningen hos huvudmännen. Dessa beräkningar kan ge underlag som, tillsammans med andra underlag, för vidare bedömningar av eventuella regleringar och/eller finansiering.

Den andra typen av beräkningar syftar till att klargöra den troliga resursanvändningen inom de olika huvudmännen med tillägg för de intäkter som kan förverkligas över tid. Intäkterna handlar huvudsakligen om sänkta kostnader i verksamheten. Det kan handla om olika statliga myndigheter och olika utförarkategorier i kommuner och regioner. Särskilt handlar det om hur andra utförare än egenregi-enheter, som privata företag, kan påverkas.

Den tredje typen av beräkningar syftar till att ge ett underlag för beslut om i vilken mån de samlade förslagen i samhällsekonomisk mening är en lönsam samhällsekonomisk investering eller inte. Förslagets effekter betraktas över en längre tidshorisont och områden utöver vården och omsorgen innefattas i analysen. Det kan till exempel handla om påverkan på kriminalitet och deltagande i arbetslivet. Beräkningarna leder fram till ett, eller ett fåtal, mått.

Mer om samhällsekonomiska investeringar

En samhällsekonomisk bedömning, eller en samhällelig investeringsmodell, är ett försök att sammanfatta värdet av en större förändring, av något slag, i ett eller ett fåtal mått. Strävan är att värdera förändringen vid investerings- eller beslutstidpunkten. Tanken är att den samhällsekonomiska bedömningen ska vägleda beslutet att göra investeringen eller inte. Man kan säga att den samhällsekonomiska bedömningen är ett sätt att sammanfatta en mängd olika förändringar som uppstår vid olika tidpunkter till följd av en uppsättning förslag.

Rent tekniskt är en samhällsekonomisk bedömning ett försök att uttrycka alla effekter av en förändring i kvantitativa, monetära, termer. Kostnader och intäkter vid olika tidpunkter i framtiden jämförs vid investeringstidpunkten med hjälp av diskontering. Med hjälp av måttet nettonuvärdet (alltså nettot av diskonterade intäkter och kostnader) anges i vilken mån förslagskomplexet är samhällsekonomiskt lönsamt eller inte. Ett positivt nettonuvärde tolkas som att förslagskomplexet är samhällsekonomiskt lönsamt. Ett mått som anger kvoten mellan de diskonterade intäkterna och de diskonterade kostnaderna kan tolkas som avkastningen i samhällsekonomiska termer av förslagskomplexet. Man kan alltså säga att en samhällsekonomisk bedömning är ett sätt avgöra om ett givet förslagskomplex är lönsamt för samhället att investera i eller inte.

Vår samhällsekonomiska bedömning hämtar resultat från de beräkningar som gjorts tidigare i detta avsnitt. I tillägg till de tidigare beräkningarna diskonteras intäkter och kostnader vid olika tidpunkter. I beräkningen har det stor betydelse när en kostnad eller intäkt i tiden. Exempelvis motsvarar en investering på en miljon kronor tjugo år efter investeringsåret och vid en diskonteringsränta på 3,5 procent cirka en halv miljon kronor vid investeringsåret. Kostnader beräknas på motsvarande sätt.

Nära nog samtliga förändringar, fysiska investeringar och till exempel regelförändringar, har en tidsprofil som innebär att tyngdpunkten av kostnader ligger tidigt och intäkter senare på tidslinjen. Det gäller också de förslag som denna utredning har lagt. Merparten av de kostnader som det innebär att realisera ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga samt de samverkansförslag utredningen lägger uppstår de närmaste åren efter investeringsåret. De

intäkter i form av till exempel effektivare vård för barn och unga som kan uppstå inträffar senare. Just det faktum att förslagen avser barn och unga innebär att intäkterna, i olika former, kan uppkomma under en tidslinje som innefattar upp emot en livstid. Enligt internationella bedömningar beräknas medellivslängden för barn som föds i dag bli 110 år. Detta gör att insatserna under barndomen som har bäring på hälsan under hela livet, får en än större betydelse för påverkan på samhället. I den mån förslagen leder till att fler personer kan arbeta längre upp i åldrarna kan förslagen till exempel leda till att samhällsekonomiska intäkter ligger flera decennier efter investeringsåret.

I ett senare avsnitt i detta betänkande behandlas frågor om finansiering av de kostnader som uppstår till följd av utredningens förslag. De intäkter som estimerats kan vara en del av den finansieringen. I det hypotetiska fallet att intäkterna är lika höga, eller till och med högre än, kostnaderna skulle förslagen vara självfinansierande. I det fallet handlar finansieringen egentligen bara om att tillse att intäkterna förs till "rätt" aktörer. Det kan dock vara så att intäkterna till väsentlig del är långt in i framtiden och inte heller direkt kommer skolan eller hälso- och sjukvården till del. För övrigt är det vid hälsoekonomiska studier vanligt att man vid beräkningar av sjukdomars kostnader (cost-of-illness, COI) kommer fram till att så kallade indirekta kostnader (till exempel inkomstbortfall) är den dominerande kostnadsposten. Det finns också anledning att tro att en inte oväsentlig del av de intäkter utredningens förslag kan generera är just indirekta.

Det är inte vår ambition att kvantifiera de effekter av utredningens förslag som ovan betecknats som indirekta. I stället är det utredningens strävan att specificera sådana effekter som påverkar skolan och hälso- och sjukvården direkt, i syfte att underlätta den fortsatta dialogen om finansiering. Beräkningarna begränsas till ett tjugoförsperspektiv. Dock inkluderas såväl kostnader som intäkter. Utredningen avstår från det livscykelerspektiv som skulle kunna vara möjligt.

Komplexitet, ambitioner och incitament

Den svenska hälso- och sjukvården är ett mycket komplicerat system. Införandet av valfrihetsreformer av olika slag har bidragit till att göra systemet än mer komplext. I ett sådant system är förutsättningarna för att beräkna ekonomiska effekter av utredningens förslag på förhand dömt att misslyckas. Det har det dock varit utredningens absoluta ambition att nå så långt som det är möjligt med beräkningar. Dessa kan, och kommer att, kritiseras. I denna avslutande del av avsnittet redovisas några aspekter som kan utgöra delar i en fortsatt dialog om de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag.

Den fragmentiserade barn- och ungdomshälsovården gör det omöjligt för utredningen att mer precist beräkna effekterna av förslagen för enskilda utförare. Staten förfogar inte direkt över utformningen av ersättningsmodellerna inom skolan och hälso- och sjukvården. Det är en direkt effekt av de valfrihetsreformer som har genomförts under senare decennier. Möjligen innebär detta en målkonflikt. Hur regioner och kommuner hanterar de förslag som utredningen lägger fram i förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller är en fråga för dem.

Det är inte heller självklart att en preciserad lagstiftning, nationella vårdprogram eller kunskapsuppföljning på nationell nivå följs av en motsvarande ambitionshöjning bland regioner och kommuner eller för den delen bland enskilda utförare

I avsnittet har utredningen inte berört frågan om incitament. Utredningen kan dock avslutningsvis konstatera att frågan om incitament kan se olika ut för olika utförare. Det kan också rimligen leda till att olika organisationer reagerar olika på samma förändring i en ersättningsmodell.

8.13.3 Utgångsläget

Olika typer av omfattningsbeskrivningar av det område, eller områden, utredningen lägger förslag inom är oftast en god hjälp vid beräkningar och bedömningar av förslagets ekonomiska effekter. Omfattningen kan låta sig beskrivas i olika mått som:

- kostnader i relation till hela ekonomin
- antal enheter i olika driftsformer
- personalstorlek
- antal individer i befolkningen som berörs, i olika meningar, av den verksamhet utredningen lägger förslag om
- tidsåtgång.

Beskrivningar av omfattningen enligt ovan ger en ram för beräkningarna. De förslag som läggs kan relateras till beskrivningarna och ge stöd för rimlighetsbedömningar vid beräkningar av förslagets effekter.

I detta avsnitt görs omfattningsbeskrivningar. Där det är möjligt redovisas också relativa förändringar tillsammans med de absoluta kostnads- eller intäktsförändringarna. Även detta för att stödja rimlighetsbedömningar.

Priser eller styckkostnader

Produkten av pris och antal ger upphov till kostnad. Olika kombinationer av de tre variablerna pris, kvantitet och kostnad där minst två ingår ger entydigt hela identiteten. Vi har på olika ställen i detta avsnitt men också i samband med en bedömning sökt dessa samband. Det är viktigt att påpeka att sådana konstruktioner är teoretiskt grundade och är indirekta sätt att nå resultat.

Befolkning

För merparten av beräkningarna har utredningen valt att utgå från SCB:s befolkningsstatistik för år 2019. Eftersom skolans elevhälsa inkluderas i utredningens område och årskurser har en annan indelning än årskullar i befolkningsstatistiken har vi tvingats till approximationer.

Personal

Vid våra beräkningar har vi inte tagit någon hänsyn till eventuell brist på arbetskraft. I den mån ett ökat behov av personal har beräknats har utredningen också antagit att det kan tillfredsställas.

Mått som på olika sätt anger omfattningen av vården av barn och unga utgör en viktig ram för vår analys. Sådana mått underlättar till exempel vid bedömningar av olika förslags kostnads- och intäktspåverkan. En ökad kostnad på en miljon kronor har olika mening i en verksamhet som till exempel omfattar tio miljoner kronor jämfört med en verksamhet som omsluter tio miljarder kronor. Det finns dock ingen officiell sammanställning av omfattningen av samhällets vård och omsorg om barn och unga. Utredningen har med olika ansatser valt att göra en egen sammanställning.

Den första raden i tabell 8.1 nedan anger bruttokostnaderna för hälso- och sjukvården finansierad av regionerna. I en rapport från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi redovisas en skattning av hälso- och sjukvårdens kostnader uppdelad på åldersgrupper.⁵ Med hjälp av den redovisningen, befolkningsstatistik från 2019 och omräkningar från 2016 års prisnivå till 2020 års prisnivå har kostnadsnivån avseende individer i åldern 0–20 år skapats. Summan av de olika åldersgrupperna understiger kostnadsnivån av annan aggregerad statistik av kostnader för hälso- och sjukvården. Förklaringen är att inte alla kostnader kan hänföras till olika åldersgrupper.

I kommunernas räkenskapsammandrag redovisas kostnaderna för den sociala barn och ungdomsvård.⁶ Elevehälsan i skolorna redovisas av Skolverket.

I tabell 8.1 redovisas de bedömda bruttokostnaderna år 2020 (2019) för samhällets bruttokostnader avseende vård och omsorg om barn och unga (personer i åldern 0–20 år).

⁵ IHE (2019) *Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige*.

⁶ SCB (2019) *Kommunernas Räkenskapsammandrag 2019*.

Tabell 8.1 Bedömda bruttokostnader för vård och omsorg för barn och unga år 2020 (2019)

Verksamhet och huvudman	Bruttokostnader Miljarder kronor
Hälso- och sjukvård finansierad av regionerna (2020)	39
Sociala barn och ungdomsvården (2019)	24
Elevhälsan i skolorna (2019)	5
Sammantaget	68

Källor: IHE, SCB (Konjunkturinstitutet), Skolverket och egna beräkningar.

Bruttokostnaderna för samhällets vård och omsorg om barn och unga summerade således år 2020(2019) till cirka 68 miljarder kronor. Det utgjorde cirka 1,4 procent av Sveriges BNP det året. Regionerna stod för cirka 57 procent av kostnaderna och kommunerna för resterande 43 procent.

Skolan

Den statistik som utredningen har tillgång till är tyvärr inte enhetligt indelad för olika ändamål vilket medför att vi tvingas till en annan indelning när vi nu kort redovisar olika typer av utförare. De senare decennierna har andelen verksamhet som utförs av det som kan kallas för alternativa utförare (utförare som inte är regionernas eller kommunernas egen regi). Privata företag är ett exempel på sådana alternativa utförare.

År 2019 hade landets kommuner bruttokostnader för pedagogisk verksamhet på knappt 145 miljarder kronor. Kostnaderna för inköp av pedagogisk verksamhet samma år var cirka 66 miljarder kronor. Således vara procentandelen icke egen regi 45,6 procent.

År 2019 kostade kommunernas grundskoleverksamhet cirka 106 miljarder kronor (tabell 8.2 nedan). Samma år betalade kommunerna cirka 16 miljarder kronor till fristående skolor med grundskoleverksamhet. Kommunernas gymnasieverksamhet kostade totalt 44 miljarder kronor. 10 miljarder kronor av dessa utgjordes av ersättningar till fristående gymnasier.

Tabell 8.2 Kostnadsandelar för fristående skolor i grund- och gymnasieskolan år 2019

Skolform	Bruttokostnad fristående skola	Total Bruttokostnad	Procentandel fristående
Grundskola	16	106	15
Gymnasieskola	10	44	23
Båda formerna	26	150	17

Källa: SCB och egna beräkningar.

Sammantaget kan det alltså konstateras att friskolor utgör en klart mindre del av skolverksamheten.

Om elevhälsan

Elevhälsan är en del av skolverksamheten såväl i grund- som gymnasieskolan. I tabell 8.3 nedan redovisas utdrag ur Skolverkets statistik över kostnaderna för skolverksamhet och där kostnaderna för elevhälsan ingår.⁷

Tabell 8.3 Kostnadsandelar för elevhälsan i grund- och gymnasieskolan år 2019

Skolform	Total kostnad, miljoner kronor	Kostnad per elev, kronor	Total kostnad elevhälsan, miljoner kronor	Kostnad per elev i elevhälsan, kronor	Andel kostnader elevhälsan, procent
Grundskolan	128 000	118 500	3 904	3 640	3,1
Gymnasieskolan	45 000	126 300	1 107	3 140	2,5

Källa: Skolverket.

Av tabellen ovan framgår bland annat att kostnaderna för elevhälsan i grundskolan var 3 904 miljoner kronor och i gymnasieskolan 3 140.

Enligt skollagen ska elevhälsan omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser (2 kap 25 §). Av särskilt intresse för utredningen är elevhälsans medicinska insatser (EMI). Här ingår bland annat så kallade hälsobesök och vaccinering enligt

⁷ Skolverket (2019) *Samtliga verksamheter inom fritidshem och annan pedagogisk verksamhet skola och vuxenutbildning – kostnader – Riksnivå*.

det nationella vaccinationsprogrammet. På annat ställe i betänkandet redovisas egna beräkningar av kostnaderna för hälsobesöken. Såvitt utredningen kan finna finns det ingen officiell, eller annan auktoritativ, statistik över kostnaderna för dessa fyra olika verksamhetsområden.

En enprocentig ökning av kostnaderna för elevhälsan, till exempel till följd av utredningens förslag, skulle i grundskolan medföra kostnadsökningar på 39 miljoner kronor och i gymnasieskolan på 11 miljoner kronor. För hela den pedagogiska verksamheten skulle det innebära en kostnadsökning på 0,03 procent i grundskolan och 0,025 procent i gymnasieskolan.

Hälso- och sjukvård

Regionernas sammanlagda kostnader för hälso- och sjukvården var 391 miljarder kronor år 2019. Kostnaderna för inköp av primärvård var 21 miljarder kronor. Kostnaderna för inköp av övrig hälso- och sjukvård var 2 miljarder kronor. Kostnaderna för inköp av specialiserad somatisk vård var 32 miljarder kronor. Kostnaderna för inköp av specialiserad psykiatrisk vård var 3,5 miljarder kronor. Andelen inköpt vård blir således 15 procent. Kvoten för inköp på den här aggregeringsnivån blir 15 procent.

8.13.4 Förslagets kostnader

Nedan beskrivs utredningens förslag i korthet och de kostnader de bedöms medföra för stat, kommun och region.

Föreskrifter

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska utfärda föreskrifter. Utredningen bedömer, på grundval av Socialstyrelsens egen uppskattning, att en sådan verksamhet skulle sammatget kosta 2 miljoner kronor och pågå i 2 år, alltså 1 miljon kronor per år.

Utformning av ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utforma ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga i nära samråd med Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten. Huvudmän för hälso- och sjukvård och skola, kunskapsstyrning hälso- och sjukvård och SKR, myndigheter och professions- och patient- och närståendeorganisationer ska vara delaktiga vid utformningen av programmet. I uppdraget bör ingå att göra en förstudie om hur arbetet med att ta fram programmet bäst kan utformas för att inkludera alla berörda parter.

Utredningen bedömer, på grundval av Socialstyrelsens egen uppskattning, att en sådan verksamhet skulle kosta 3 miljoner kronor per år i 3 år. Socialstyrelsen uppskattar att det finns synergieffekter mellan detta uppdrag och uppdrag att ta fram föreskrifter. Därutöver tillkommer kostnader för övriga myndigheter. Utredningen bedömer att kostnader för övriga myndigheter uppgår till cirka 2 miljoner per år under 3 år. Kostnader kan även uppstå för huvudmän inom hälso- och sjukvården och skolan vid utformningen och implementeringen av programmet. Utredningen bedömer att dessa kostnader bör hanteras inom ramen för en överenskommelse mellan staten och SKR och utgå i form av allmänna stimulansmedel. Utredningen har inte bedömt kostnaderna dessa.

Kunskapssammanställning

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) bör få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktör göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga för att främja fysisk och psykisk hälsa och förebygga ohälsa.

Utredningen bedömer, på grundval av SBU:s egen uppskattning, att en sådan verksamhet skulle kosta 3 miljoner kronor per år i 5 år. Då finns det rum för att göra underlag av lite olika karaktär och omfattning. De direkta kostnaderna per år i form av t.ex. sakkunniga arvoden, artikelbeställning mm är cirka 850 tkr, indirekta kostnader i form av lönedel etc. 2,25 miljoner.

Förändring i regleringen av fast vårdkontakt för barn och unga

Utredningen lägger förslag om en reglering för fast vårdkontakt. Regleringen innebär ett utökat krav på verksamheterna att ha en fast vårdkontakt för barn och unga. Regleringen som utredningen föreslår innebär att om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov. Detta föreslås gälla hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

Redan i dag ska fast vårdkontakt utses i den mån patienten begär det eller det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Utredningen föreslår en skärpning i regleringen av den fasta vårdkontakten. Skärpningen består i att en fast vårdkontakt ska utses för patienter som inte har fyllt 21 år, redan om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose deras behov. Skärpningen förväntas leda till att fler patienter i åldern 0–20 år kommer att ha fast vårdkontakt jämfört med i dagsläget. Det är beräkningen av kostnaden för denna ökning som beskrivs i det följande.

En fast vårdkontakt bidrar till kontinuitet i vårdsituationen för patienten. Den fasta vårdkontakten bidrar också till att patientens vårdbehov är kända hos vårdgivaren och underlättar samordning av vårdinsatser som kan finnas mellan vårdgivare. Den närmare organiseringen av en fast vårdkontakt är inte given. Den beräkning som görs i det följande bygger därför på teoretiska data.

Då det inte finns någon tillgänglig statistik som beskriver vad en fast vårdkontakt kostar för en given verksamhet är vi hänvisade till att, i någon mening, konstruera kostnaden med hjälp av kalkylering med grund i byggstenar som löner och antaganden om kapacitet för kontaktvolym. Metoden kan kallas ingenjörsmetoden.

Beräkningens olika steg beskrivs

I ett steg beräknas patientbasen utifrån det antal individer i åldern 0–20 år som återfinnes i SCB:s befolkningsstatistik för år 2019. Patientbasen beräknas på detta sätt till strax över 2 500 000 barn och unga.

I ett annat steg bestäms den andel patienter som innan förändringen kan antas ha fast vårdkontakt. Andelen har utifrån studier genomförda av Vårdanalys och egna bedömningar i beräkningen bestämts till 20 procent. Antalet barn och unga med fast vårdkontakt beräknas på detta sätt till något över 500 000.

Innan vi går över till skattningen av andelen barn och unga med fast vårdkontakt stannar vi vid den del av kalkylen som bestämmer portföljen av antalet patienter med fast vårdkontakt för var och en av de vårdanställda som i modellen på heltid arbetar med arbetsuppgifter som hänger samman med att ha en fast vårdkontakt. En viktig parameter för beräkningen är hur många insatser som kan göras per dag. Med insats kan här menas sådant som kontakt med patienten, kontakt med andra vårdgivare och inläsning av journaler och annat underlag. Naturligtvis varierar tidsåtgången för en insats mycket men vi har bedömt att den anställde i genomsnitt gör sexton sådana insatser under en arbetsdag. Nästa fråga är hur många gånger per år den anställde behöver göra en insats för varje fast vårdkontakt i portföljen. Det är sannolikt stor variation i det antalet men med tanke på att så stor andel som en femtedel av patientbasen i utgångsläget förväntas ha en fast vårdkontakt är det sannolikt att det genomsnittliga antalet insatser inte blir allt för stort. Vi har vid beräkningarna antagit ett genomsnittligt antal på fyra insatser per år. Detta leder sammantaget fram till att varje anställd har strax över ettusen fasta vårdkontakter i sin portfölj.

I ytterligare ett steg bestäms den andel patienter som efter förändringen kan antas ha fast vårdkontakt. Denna parameter är mycket viktig för resultatet men den är också svår att bedöma. Vi har tidigare bedömt att 20 procent av barn och unga i utgångsläget har en fast vårdkontakt. Vår bedömning är att skärpningen, utifrån vår bild av hur barn och ungas behov ser ut i dagsläget, innebär att 25 procent av barnen och de unga kommer att ha en fast vårdkontakt, alltså en ökning med 5 procentenheter, eller annorlunda uttryckt en relativ ökning med 25 procent.

I ett steg i kalkylen antas att en särskilt anställd med kuratorslön utgör den fasta vårdkontakten. I kalkylen beräknas, utifrån antagna samband, hur många sådana anställda som behövs för tjänstens utförande. Enligt kalkylen ökar antalet sådana anställda från 498 till 623. Det är alltså en ökning med 125 vårdkontaktsanställda.

Sammantaget visar kalkylen att kostnaderna för fast vårdkontakt ökar från cirka 356 miljoner kronor till nästan 445 miljoner kronor. Kostnaderna ökar således med nästan 89 miljoner kronor.

Krav på samverkan

Utredningen lägger förslag som innebär vissa förtydligade krav på samverkan. Utredningen föreslår att regionen i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga särskilt ska samverka med huvudmän inom skolväsendet. Tydligare krav på samverkan innebär sannolikt ökad resursanvändning, då närmast i form av personalresurser. Det kostar resurser i den centrala organisationen. De utökade kraven på samverkan medför också kostnader på verksamhetsnivå, till exempel i form av en utökad kontakt- och mötesverksamhet mellan vårdgivare.

Låt oss anta att 70 procent av verksamhetskostnaderna av vården av barn och unga utgörs av personalkostnader. Låt oss också anta att de ökade kraven på samverkan leder till en ökad kontakt- och mötesverksamhet med en halv timme i veckan för samtliga anställda. Sammantaget skulle detta, fullt utbyggt, innebära ökade kostnader på $0,7 \times (1/80) \times 68$ miljarder kronor. Således skulle kostnaderna öka med 595 miljoner kronor årligen.

8.13.5 Förslagets kostnader och intäkter till följd av ökad inriktningseffektivitet

Förslagets intäkter

Utredningens förslag leder också till verksamhetsnära, och vidare, intäkter. Med intäkter menas i allmänt språkbruk försäljningsintäkter av olika slag. I hälso- och sjukvården skulle det handla om avgiftsintäkter. Hälso- och sjukvården är främst skattefinansierad och de avgiftsintäkter som förekommer syftar inte till att ge något väsentligt bidrag till finansieringen av verksamheten utan är i stället huvudsakligen ett verktyg för att styra efterfrågan. För övrigt är merparten av hälso- och sjukvården till barn och unga avgiftsbefriad. De förändrade intäkter som kan uppstå inom vården har snarare karaktären av en bättre resursanvändning i olika meningar.

I det följande beskrivs två olika hypotetiska vårdkedjor som handlar om samma tänkta individ. Den första vårdkedjan får betraktas som fragmentiserad med fördröjda insatser och olika komplikationer till följd av detta. Den andra med en sammanhållen hälso-uppföljning, tidiga samordnade ändamålsenliga insatser och god samverkan. Här kan man schematiskt se vad en sammanhållen god och nära vård för barn och unga kan bidra med relaterat till hälso-utfall, kostnader, påverkan på familj, möjligheter att lyckas i skolan och till ett gott liv som vuxen.

En icke-fungerande vårdkedja:

Barnet uppvisar tidigt signaler på BVC som varken uppmärksammas eller leder vidare till rätt bedömning. Detta leder till flera besök på jourcentraler och olika vårdinrättningar för olika kroppsliga symtom. Onödiga utredningar (prover, röntgen, inläggningar) av medicinska tillstånd inklusive specialistbedömningar av olika slag genomförs.

Förskolepersonalen tillsätter extra vuxenresurs på grund av svårigheter med samspel och konflikter.

Vid skolstart överförs inte information till skolan från BVC och förskola. Vid första hälsobesöket i elevhälsan uppmärksammas därför inte heller den underliggande diagnosen och under skolåren ökar problemen med stress, svårigheter med kompisar, och att delta på lektionerna. Barnet lär sig dock att läsa och skriva före årskurs 3.

Under skolåren fortsätter sökandet och utredandet i vården. Samtidigt sker möten i elevhälsoteamet i skolan och extra vuxenresurser sätts in i klassen. Skolbyten sker vid två tillfällen och informationen om barnets behov tappas bort och extra resurser i klassrummet omprövas.

Från 11–14 års ålder får barnet ökade svårigheter i skolan.

Under dessa år inträder nedstämdhet och ökad ångest. Det leder till 10 samtal på första linjemottagning för psykisk ohälsa, ytterligare 10 samtal på vårdcentralen och många besök i vården både akut och planerat för psykosomatiska symtom och psykiska besvär.

Vid 14 års ålder bedöms barnet i elevhälsan och remitteras till BUP. Barnet är allt oftare hemma från skolan med magont. Föräldrarna går ner i arbetstid för att kunna stötta i undervisningen.

BUP önskar basutredning av psykolog i skolan och returnerar remissen. Väntan på skolpsykologens utredning tar 1 år. Under tiden får barnet extra resurs i skolan.

Ny remiss till BUP med väntan i 2 år. Ökad frustration hos föräldrarna, utbrändhet och sjukskrivning hos ena föräldern. Föräldrarna skiljer sig. Syskon försummas och utvecklar eget risksökande beteende med dåliga vanor och dåligt sällskap.

Barnet får fortsatta panikångestattacker och andra psykiska besvär. Det blir flera besök på vårdcentralen och i första linjen med samtals-

kontakter eftersom de redan väntar på BUP och inte kan komma dit snabbare.

Skolarbetet kraschar helt och risksökande beteende startar. Barnet blir föremål för insatser från socialtjänsten. Föräldraskapsstöd och insatser från stödperson sätts in. Barnet får hemundervisning från skolan.

Vid 16 års ålder blir det en utredning, diagnos ställs och behandling sätts in tillsammans med psykologstöd och föräldrastöd mm.

Behörighet till gymnasiet saknas och individuella programmet inleds. Vid 19 års ålder har fullständiga betyg inte uppnåtts och arbete är svårt att få. Arbetslöshet inträder.

Den andra väl-fungerande vårdkedjan:

I samarbete mellan BVC och förskola uppmärksammas tidiga signaler på problem som tolkas som misstänkta. Aktörerna samverkar om situationen och ger psykologiskt föräldrastöd och anpassar vardag och förskola.

Vid språkkontroll i barnhälsovården vid 2,5 års ålder konstateras att språkutvecklingen är försenad. Detta följs upp och vid fördjupad bedömning av logoped bedöms att det finns misstänkta underliggande svårigheter. Dessa följs av psykolog i barnhälsovården och utvecklingsbedömning görs.

Vårdnadshavare och familjen stöttas och vardagen anpassas. Allt fungerar bra. Fast vårdkontakt på vårdcentralen inger trygghet. Barnet uppvisar ingen oro eller stressymptom och därför behövs inga akuta besök, second opinions eller utredningar av kroppsliga symtom.

Inför skolstart görs ny bedömning och informationen förs över till BUP, elevhälsa och rektor. Tillsammans med vårdnadshavare fattas ett gemensamt beslut om att barnet ska börja skolan i en relativt liten grupp med en god lärandemiljö. Föräldrar känner sig trygga och välmående.

I årskurs 2 har patienten svårt att knäcka läs och skrivkoden. Barnet uppvisar koncentrationssvårigheter. En utredning görs som visar ADHD.

Vården ger därefter läkemedel, erbjuder copingstrategier, föräldraskapsstöd samt information och återkoppling till skolan. Skolan anpassar lärandemiljöerna. Allt fungerar väl. Inga stressymptom som föranleder besök och utredningar hos vare sig barn eller föräldrar. Föräldrarna sjukskrivs inte och ingen förälder går ner på deltid. Barnet fullföljer studier med behörighet till gymnasieskolan. Syskon får uppmärksamhet och mår väl.

Barnet slipper pålagringar som oro, ångest och depression. Det behövs inga besök eller insatser för detta. Barnet klarar av att hålla några goda kamratrelationer och deltar i fritidsaktiviteter som kommunen har bistått med. Det behövs inga insatser från socialtjänsten. Det förekommer inget missbruk eller annat utåtagerande beteende.

Barnet väljer och klarar ett praktiskt inriktat program i gymnasieskolan som resulterar i arbete vid 19 års ålder.

En jämförelse av de båda vårdkedjorna ur ett rent samhällsekonomiskt perspektiv ger skäl att tro att den senare är såväl inriktningssom resurseffektivare.

Utredningens förslag kan förstås inte i sig leda till idealiskt fungerande vårdprocesser för barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder eller fullgod anpassning av lärandemiljöer mm. Däremot är det mycket troligt att vårdprocesserna i genomsnitt blir bättre om insatser sätts in tidigt på ett samordnat sätt.

Det finns i Sverige ett antal projekt som inriktar sig på tidiga och samordnade insatser vad gäller vården av barn och unga. I Västerbotten pågår till exempel ett samarbetsprojekt (Hälsa, lärande och trygghet) som redovisar goda resultat.⁸ Efter några år kunde det konstateras att genomsnittsåldern bland de barn som fått hjälp sjunkit under projektets gång.⁹ En inte orimlig tolkning av det förhållandet är att projektet har lett till tidigare insatser från vården och omsorgens organisationer.

Utredningens olika förslag syftar till tidiga och förebyggande insatser. Det finns skäl att tro att de bidrar till ökad inriktningseffektivitet och att utredningens förslag kan bidra till att ytterligare effektiviserar sådana insatser. En ökad inriktningseffektivitet ger inte en entydig signal om hur kostnaderna påverkas. Kostnader kan gå såväl upp som ned. Tidiga upptäckter kan leda till längre och dyrare behandlingar. Tidiga upptäckter kan också leda till att åtgärder sätts in tidigare och leder till behandlingar som kan avslutas tidigare och därmed bli billigare.

Utredningen har i sina beräkningar antagit att en förbättrad inriktningseffektivitet leder till såväl ökade kostnader som intäkter i form av sänkta kostnader. Utredningen har också antagit att kostnaderna ökar med 20 miljoner kronor från fjärde året. Vidare har utredningen antagit intäkter med 200 miljoner kronor per år från tredje året. Sammantaget innebär detta att den ekonomiska effekten till följd av ökad inriktningseffektivitet antas domineras av kostnads-sänkningar.

⁸ Region Västerbotten (2020) *Hälsa – Lärande – Trygghet i Västerbotten. Årsrapport 2020*.

⁹ Intervju med företrädare för HLT-projektet.

Resurseffektivitet

Förslösade resurser eller spill

Inom alla organisationsformer och sektorer förslösas det resurser. Omfattningen av detta har studerats på internationell nivå inom hälso- och sjukvården. Studier i USA, Australien och Nederländerna har kommit fram till att från 20 procent och upp till hälften av utgifterna i hälso- och sjukvården utgör spill.¹⁰

En form av spill kan enligt bilagan betecknas som styrningsspill det vill säga administrativt spill till följd av en ineffektiv organisation och avsaknad av samordning. Enligt källan är den formen av spill vanlig i svensk hälso- och sjukvård.

Enligt en amerikansk metastudie utgör åtminstone 20 procent av utgifterna i amerikansk hälso- och sjukvård av på ett eller annat sätt förslösade resurser.¹¹ I studien identifieras sex olika typer av slöseri. Det handlar om brister vad gäller vårdens innehåll, brister i samordning, överdriven behandling, administrativ komplexitet, oprecis prissättning och fusk. Såvitt vi vet finns det ingen svensk motsvarande studie och det finns väsentliga skillnader mellan amerikansk och svensk hälso- och sjukvård. Likväl finns det skäl att tro att nära nog alla typer av brister som nämns i bilagan förekommer också i svensk hälso- och sjukvård.

Det finns naturligtvis ingen garanti för att utredningens förslag skulle avskaffa spillet men det finns goda förutsättningar för att det ska kunna minska. Inledningsvis i detta avsnitt om kostnadskonsekvenser av utredningens förslag gjordes bedömningen att samhällets årliga utgifter för vård är cirka 68 miljarder kronor. Säg att utredningens förslag förändrar styrningen och förslösandet av resurser, spillet, så att så lite som, en procent av utgifterna försvinner, så skulle besparingen, kostnadssänkningen, inom barn och ungdomsvården bli 680 miljoner kronor årligen.

¹⁰ Avsnittet bygger *Underlagsrapport till den statliga utredningen Sammanhållen god och nära vård för barn och unga S2019:05* (Bilaga 4).

¹¹ Berwick and Hackbarth (2012) *Eliminating Waste in US Health Care*.

Sparad tid

Inom ramen för det tidigare nämnda samarbetsprojektet som pågått under cirka ett decennium inom vård och omsorg om barn och unga i Region Västerbotten, Hälsa, Lärande och Trygghet (HLT), fanns det inför starten farhågor att den samverkan projektet krävde skulle medföra ökad total sammanträdestid. I stället kunde man efter några år konstatera att även om den samlade mötestiden inte minskat så hade sådan mötestid som tidigare haft karaktären av förspild tid (sökande efter rätt person och rätt instans, otydlighet i olika aktörers uppdrag) minskat. Spillet hade helt enkelt minskat. Andelen mötestid som innehöll konstruktiv samverkan ökade.

God mötesverksamhet av olika slag är troligen det som utmärker samverkan. Inom organisationer pågår det också mötesverksamhet. Att samverkan sammantaget kan leda till minskad mötesverksamhet är en indikation på dess effektivitetsskapande potential.

8.13.6 Utförarnivån

De samverkansbestämmelser som utredningen föreslår har direkt inverkan på regioner och kommuner central nivå. I ett senare steg påverkas, som ett resultat av samverkan på regional nivå, de olika utförarna hos huvudmännen via de styrverktyg som huvudmännen använder.

Kostnader hos utförare regleras vanligen genom någon form av ersättning per capita (per elev eller per listad patient).

Skolförordningen (2011:185) ska en enskild huvudman få ersättning (skolpeng) från kommunen. Enligt skollagen ska kommuner fördela resurser till utbildningen inom skolväsendet efter barnens och elevernas olika förutsättningar och behov (2 kap. 8 b §). Av skolförordningen (2011:185) framgår att ett bidrag till enskilda huvudmän ska fastställas per kalenderår och grunda sig på hemkommunens budget för det kommande budgetåret. (14 kap. 1 §). Ersättning för elevhälsans medicinska insatser ska ingå i grundbeloppet (14 kap. 4 §).

Den s.k. skolpengen utgör inte alltid hela ersättningen till skolhuvudmännen. Särskilda ersättningar för till exempel lokalkostnader förekommer. Det är också vanligt att kommunernas egna skolor ersätts med en skolpeng. Inom hälso- och sjukvårdssektorn är regio-

nen alltid huvudman för hälso- och sjukvården oavsett om en offentlig eller enskild aktör bedriver vårdverksamheten. För verksamheter inom primärvården tillämpas vårdvalssystem. Grunderna för vårdvalssystemet regleras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen och innebär skyldigheter för regionen att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården. När vårdvalssystemet utformas, ska detta ske på ett sådant sätt att alla utförare, dvs. de vårdgivare som ska driva verksamheten, behandlas lika av regionen om det inte finns skäl för annat. Ersättning från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare och när regionen har beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Regioner styr verksamheterna inom vårdvalssystemet med stöd av förfrågningsunderlag och ersättningssystem. Avtal om uppdrag och ersättning regleras mellan regionen och de aktuella företagen.

Inom hälso- och sjukvårdssektorn är regionen alltid huvudman för hälso- och sjukvården oavsett om en offentlig eller enskild aktör bedriver vårdverksamheten. För verksamheter inom primärvården tillämpas vårdvalssystem. Grunderna för vårdvalssystemet regleras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen och innebär skyldigheter för regionen att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården. När vårdvalssystemet utformas, ska detta ske på ett sådant sätt att alla utförare, dvs. de vårdgivare som ska driva verksamheten, behandlas lika av regionen om det inte finns skäl för annat. Ersättning från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare och när regionen har beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Regioner styr verksamheterna inom vårdvalssystemet med stöd av förfrågningsunderlag och ersättningssystem. Avtal om uppdrag och ersättning regleras mellan regionen och de aktuella företagen.

Den andra lagen innebär i stället att brukare väljer utförare bland godkända sådana och de villkor som gäller för service och tjänster bestäms av kommuner och regioner i ett regelverk för ersättningar till utförarna. Numera dominerar utförande genom den sistnämnda lagen.

Den ekonomiska styrmodell som alltså gäller inom området gör att det inte finns något direkt samband mellan kostnads- och intäktsinverkan på huvudmännen och motsvarande inverkan på utförarna. Även om utredningen med stor precision skulle ha lyckats beräkna kostnader och intäkter för de verksamheter som ingår i systemet med anknytning till hälso- och sjukvård för barn och unga, så skulle den inte kunna göra motsvarande precisa beräkningar för de enskilda verksamheterna. Det är således inte möjligt att till exempel precis beräkna hur privata företag, fristående skolor eller privatägd verksamhet inom primärvården, påverkas av utredningens förslag. Det precisa utfallet för dessa företag beror på hur kommuner och regioner väljer att vidareföra effekterna till de finansiella ersättnings-system man förvaltar. Med detta sagt ska tilläggas att utredningen ändå i detta avsnitt har valt att, trots svårigheterna, göra approximativa beräkningar av på vilket sätt kommuner och regioner skulle kunna inkorporera effekterna i sina ersättningssystem. Det ska poängteras att dessa beräkningar har gjorts helt för att bidra till en ökad insikt i den inverkanutredningens förslag kan få och på inget sätt ska betraktas som ett försök att styra eventuella justeringar i skolpeng eller andra ersättningsmodeller.

Skolpengen är en ersättning per elev i skolan utbetald av kommunen till, till exempel, skolans ägare. I skolpengen ingår kostnader för elevhälsan. I schabloniserad form ingår också administrationskostnader. De förslag utredningen lägger kan i förlängningen leda till att kostnaderna för elevhälsan eller, beroende på hur man betraktar den ökade kostnaden, de administrativa kostnaderna ökar. Tilläggsbelopp för socioekonomiska förhållanden ges också. En eventuell justering av skolpengen, som i så fall görs av kommunen, kan rimligen göras inom delen för elevhälsan eller möjligen vad gäller socioekonomiska förhållanden.

Enligt Skolverkets statistik var den totala kostnaden år 2019 strax under 172 miljarder kronor för grund- och gymnasieverksamheten. Enligt samma statistik kostade elevhälsan i de båda skolformerna cirka 5 miljarder kronor. Utredningens egna beräkningar ger vid handen att 10 procent av elevhälsans kostnader utgörs av hälsobesöken inom elevhälsan. Således skulle hälsobesöken kosta cirka 500 miljoner kronor. Det förefaller lämpligt att ha antingen kostnaderna för hälsobesöken eller möjligen kostnaden för hela elevhälsan som bas vid bedömningar av eventuella kostnadsökningar inom

skolverksamheten till följd av utredningens förslag om utökad samverkan. Bara som ett räkneexempel skulle då till exempel en en-procentig kostnadsökning leda till 5 miljoner kronor i kostnadsökning för elevhälsan.

Ersättningen till utförare i hälso- och sjukvården görs genom kapitering (listning). Därtill läggs nära nog alltid till faktorer som justerar för vårdbehov. Det handlar om åldersfördelning, socioekonomiska förhållanden eller vårdbehov uttryckt på något annat sätt. Eventuella justeringar till följd av utredningens förslag i ersättningarna görs rimligen i relevanta åldersgrupper möjligen tillsammans med faktorerna för socioekonomiska förhållanden. Kanske kan en justering i den administrativa ersättningen i stället göras.

8.13.7 En kvantitativ sammanställning

I detta avsnitt görs en kvantitativ sammanställning i tabellform där vi avser fånga komplexet av ekonomiska effekter av utredningens förslag. Ingående kvantitativa storheter och sammanhang har karaktären av typexempel. De bygger långt ifrån enbart på empirisk grund, då det inte finns någon sådan. Storheterna och sambanden är resultatet av utredningens egna bedömningar och beräkningar, som också redovisas.

Vi har dock valt att inte försöka kvantifiera de samhällsekonomiska effekter som ligger mycket långt fram i tiden (över 20 år) och som har anknytning till det förbättrade hälsokapital som utredningens förslag genomförda bör bidra till. Det handlar till exempel om förbättrade arbetsinkomster, minskat vårdbehov och minskad kriminalitet.

I tabell 8.4 nedan listas de faktorer som utredningen bedömer medför kostnader och intäkter för samhället i dess helhet. Vi redovisar också de bedömda årliga kostnaderna och intäkterna tillsammans med vår bedömning om under vilka år de infaller under den tänkta 20-årsperioden.

Tabell 8.4 Olika faktorerers kostnads- och intäktpåverkan samt startår och slutår

Faktor	Kostnad per år	Intäkt per år	Startår	Slutår
Föreskrifter SoS	1		1	2
Nationellt hälsovårdsprogram	3		1	3
Kunskapssammanställning (SBU)	3		1	5
Ändring i fast vårdkontakt	89		1	20
Samverkan	595		2	20
Minskat spill		680	4	20
Ökad inriktningseffektivitet	20		4	20
Ökad inriktningseffektivitet		200	3	20

Det framgår av tabellen att startåret för kostnader och intäkter i hälften av fallen är det första året. I de fallen rör det sig om företeelser som får effekt direkt. Övriga kostnader infaller mellan det andra och fjärde året. Intäkterna infaller senast.

Samtliga intäkter har formen av minskade kostnader. De summerar till 880 miljoner konor per år vid fullt genomslag. 200 miljoner kronor utgör vinster av en förbättrad inriktningseffektivitet. 680 miljoner kronor utgör kostnadsminskningar till följd av minskat spill.

I tabell 8.5 nedan redovisas resultatet av den samhällsekonomiska bedömningen med hjälp av två mått, nettonuvärdet och nytto-kostnadskvoten.

Tabell 8.5 Nettonuvärde och nytto-kostnadskvot till följd av utredningens förslag

Nettonuvärdet (miljoner kronor)	Nytto-kostnadskvoten
660	1,07

Tabellen kan tolkas enligt följande: Den samhällseliga investering utredningens samlade förslag kan sägas utgöra leder till ett överskott på 660 miljoner kronor och en 7-procentig avkastning på investeringen. Den samhällsekonomiska investeringen är lönsam.

I tabell 8.6 redovisas kostnaderna för statliga myndigheter årligen under den aktuella tidsperioden. Redovisningen är i nominella kronor.

Tabell 8.6 Kostnader för statliga myndigheter olika år till följd av utredningens förslag

År	1	2	3	4	5
Kostnad	9	9	8	3	3

Efter det femte året föreligger det inga särskilda kostnader för statliga myndigheter.

I tabell 8.7 nedan redovisa nettokostnaderna, kostnaderna och intäkterna för kommuner och regioner för samtliga år under den 20-åriga perioden. Redovisningen görs i nominella kronor.

Grunden för tabell 8.7 är en fördelning av nettokostnader, kostnader och intäkter som utgår från andelar i utgångsläget. Fördelning på regioner och kommuner har gjorts enligt följande: De kostnader, och intäkter som är kommunala eller regionala har förts till regioner och kommuner enligt den andel av kostnaderna för den samlade kostnaden för barn och ungdomshälsovården som redovisas i tabell 8.1.

Tabell 8.7 Kommuners och regioners nettokostnader, kostnader och intäkter under en 20-årsperiod

År	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kommuner netto	38	38	38	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329
Kommuner kostnader	38	38	38	46	46	46	46	46	46	46
Kommuner intäkter	0	0	0	375	375	375	375	375	375	375
Regioner netto	89	89	89	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366
Regioner kostnader	89	89	89	109	109	109	109	109	109	109
Regioner intäkter	0	0	0	475	475	475	475	475	475	475
År	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Kommuner netto	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329
Kommuner kostnader	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
Kommuner intäkter	375	375	375	375	375	375	375	375	375	375

År	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Regioner netto	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366
Regioner kostnader	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
Regioner intäkter	475	475	475	475	475	475	475	475	475	475

Av tabellen framgår det att nettokostnaderna är positiva de första åren av reformen. Efter några år blir nettokostnaderna negativa till följd av bedömda intäkter.

I tabell 8.8 nedan redovisas nettokostnader, kostnader och intäkter i nominella termer under 20-årsperioden. Tabellen avser att, med förenklande antaganden, ge en kvantitativ bild av hur skolan och verksamheter inom hälso- och sjukvården kan påverkas av utredningens förslag. Det gäller såväl egen regi som andra utförare. En utgångspunkt har varit den indelning som gjordes som grund för tabell 8.7 ovan. Därutöver har ett genomsnitt avseende kostnader per elev i grund- och gymnasieskolan samt kostnaden i hälso- och sjukvården med regionalt ansvar per individ i den aktuella befolkningen använts som referens. Syftet med redovisningen är att indikera den möjliga storleken på förändringen av ersättningen till skolor och verksamheter till följd av utredningens förslag.

Tabell 8.8 Förändring av kostnad per elev och kostnad per listad patient i åldern 0–20 år i kronotal och procent till följd av utredningens förslag

	Begrepp	År1	År2	År3	År4	År5	År6	År7	År8	År9	År10
Skola nettokostnader	Kronförändring	4	4	4	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33
	Procentuell förändring	0,003%	0,003%	0,003%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%
Skola kostnader	Kronförändring	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
	Procentuell förändring	0,0031%	0,0031%	0,0031%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%
Skola intäkter	Kronförändring	0	0	0	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241
	Procentuell förändring	0,0000%	0,0000%	0,0000%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%
Regioner nettokostnader	Kronförändring	35	35	35	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144
	Procentuell förändring	0,2259%	0,2259%	0,2259%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%
Regioner kostnader	Kronförändring	35	35	35	43	43	43	43	43	43	43
	Procentuell förändring	0,2282%	0,2282%	0,2282%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%
Regioner intäkter	Kronförändring	0	0	0	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189
	Procentuell förändring	0,00%	0,00%	0,00%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%
		År11	År12	År13	År14	År15	År16	År17	År18	År19	År20
Skola nettokostnader	Kronförändring	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33
	Procentuell förändring	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%
Skola kostnader	Kronförändring	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Procentuell förändring	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%
Skola intäkter	Kronförändring	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241
	Procentuell förändring	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%
Regioner nettokostnader	Kronförändring	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144
	Procentuell förändring	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%
Regioner kostnader	Kronförändring	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
	Procentuell förändring	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%
Regioner intäkter	Kronförändring	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189
	Procentuell förändring	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%

Av tabellen framgår det att såväl kronotalförändringarna som de procentuella förändringarna av nettokostnader, kostnader och intäkter per capita är små. Effekten för företaget är därför också liten. Den slutliga påverkan på företagen är beroende av i vilken mån och i så fall hur kommuner och regioner justerar i ersättningssystemen till följd av utredningens förslag.

8.13.8 En sammanfattande kvalitativ bedömning av förslagen

Utredningen lägger förslag som huvudsakligen handlar om att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg. Ett led i detta är att utredningen föreslår uppgifter till centrala myndigheter att skapa olika former av styrdokument, kunskapssammanställningar och riktlinjer som ska vägleda kommuner och regioner samt i förlängningen de aktörer som utför tjänster inom den aktuella vården och omsorgen. Det för med sig kostnader för såväl de centrala myndigheterna som kommuner och regioner. Ytterligare ett led är krav på samverkan mellan kommuner och regioner. Det för med sig kostnader för kommuner och regioner. Den samverkan som sker på kommun- och regionnivå förväntas leda till krav på och faktiskt ökad samverkan

mellan de olika aktörerna i utförarledet. Det medför ökade kostnader för utförarna.

Utredningens förslag kan också förväntas ge upphov till intäkter, i form av minskade kostnader. Internationell forskning om vården och omsorgens organisationer ger vid handen att en betydande del av organisationernas kostnader kan betecknas som spill. Med spill menas onödigt resursutnyttjande som inte kommer patienterna till del, eller annorlunda uttryckt förlösade resurser. Möjligen kan analogin med spill i en produktionsprocess vid tillverkning av en fysisk produkt i en fabrik användas. De studier som internationellt genomförts inom hälso- och sjukvården kommer fram till olika grader av ”spill” men ligger i allmänhet i intervallet mellan 20 och 50 procent av de samlade kostnaderna. När spill identifierats har man ofta kunnat finna orsaken i bristande samordning inom och mellan organisationer. Utredningens förslag bör efter hand leda till minskat spill. Även vid modesta relativa effekter blir effekten i kronor och ören stor.

Utredningens förslag bör också kunna leda till just tidigare och bättre samordnade insatser för barn och unga med behov. Sådana insatser ger också intäkter till den vård och omsorg som riktar sig till barn och unga. Utredningens förslag ger också vinster till följd av det ökade humankapital som genereras.¹² Det ger sannolikt effekter i form av minskat behov av vård och omsorg senare i livet, ökat arbetskraftsdeltagande och minskad kriminalitet.

Utredningens förslag medför såväl kostnader som intäkter och sammantaget gör utredningen bedömningen att förslagen är samhällsekonomiskt lönsamma.

I hälsoekonomiska sammanhang är det mycket vanligt att man beräknar kostnaden för uppnåendet av vunna kvalitetsjusterade livsår, s.k. QALYs. Sådana beräkningar har inte legat inom ramen för detta avsnitt. Men med ledning av de genomförda beräkningarna finns det anledning att tro att sådana beräkningarna skulle ge goda resultat.

¹² Se *underlagsrapport för den statliga utredningen Sammanhållen god och nära vård för barn och unga S2019:05*. (Bilaga 4).

8.13.9 Avslutande diskussion

Intäkterna, i form av minskade kostnader är dominerande i beräkningarna. Det ska dock konstateras att det i beräkningarna gjorts mycket försiktiga antaganden om vilka effekter utredningens förslag kan ha på till exempel det spill som förekommer inom hälso- och sjukvården.

Det faktum att utredningen har valt att avstå från att beräkna de vidare intäkterna i form av troligt förbättrat hälsokapital gör att den verkliga samhällsekonomiska vinsten av utredningens förslag är ännu större än den beräknade. Beräkningar gjorda av forskare och myndigheter på hälsoområdet visar att också små effekter av insatser inom barn- och ungdomsvården har stor effekt. Vinsten av att en enda person lever ett liv i kriminalitet och drogberoende är, utöver den mänskliga vinsten, mycket stor.

De genomförda beräkningarna är inte precisa prognoser av hur kostnader och intäkter kommer att gestalta sig i den mån utredningens förslag genomförs. Det har flera orsaker. Det handlar dels om att ambitionsnivå och incitament är svåra att inkorporera i beräkningarna, dels beror det naturligtvis på beräkningarnas överslagskaraktär. Utredningen bedömer dock att beräkningarna ger ett underlag för en fortsatt dialog på en något mer upplyst nivå.

9 Författningskommentarer

9.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

3 kap.

2 §

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Paragrafen har ändrats på så sätt att den uttryckligen anger att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa. Med arbete för att främja hälsa avses åtgärder i hälso- och sjukvården som utgår från kunskap om vad som gör att individer utvecklas väl och mår bra och som syftar till att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Med arbete för att förebygga ohälsa avses åtgärder som förhindrar uppkomst av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem och på så sätt minskar risken för ohälsa.

Övervägandena finns i avsnitt 6.2.

6 kap.

2 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,

2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning,
3. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser,
4. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda, och
5. hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

I paragrafen finns ett bemyndigande att meddela föreskrifter.

Femte punkten är ny och utgör ett tillägg till bemyndigandet att meddela föreskrifter. Tillägget innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer har rätt att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Hälso- och sjukvårdens skyldighet att arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa framgår av 3 kap. 2 § samma lag.

Tillägget till bemyndigandet att meddela föreskrifter avser endast hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Med barn avses personer som är under 18 år, i enlighet med definitionen av barn i artikel 1 i Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och bestämmelsen om underårigs omyndighet i 9 kap. 1 § föräldrabalken (1949:381). I begreppet unga ingår personer som har fyllt 18 år med inte 21 år.

Övervägandena finns i avsnitt 6.2.3.

7 kap.

7 §

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga ska regionen särskilt samverka med huvudmän inom skolväsendet.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om regionens skyldighet att samverka i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Andra stycket i paragrafen är nytt och anger att regionen särskilt ska samverka med huvudmän inom skolväsendet i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga. I första hand

avses samverka med huvudmän inom skolväsendet vars verksamhet är belägen inom regionen, men bestämmelsen utesluter inte att samverkan även sker med huvudmän inom skolväsendet vars verksamhet är belägen utanför regionen när det är relevant. Vilka som är huvudmän inom skolväsendet och vilka skolformer som skolväsendet omfattar framgår av skollagen (2010:800). Huvudmän inom skolväsendet kan enligt 2 kap. 2–5 §§ skollagen utgöras av kommuner, regioner, staten och enskilda.

Det som sägs om innebörden av begreppen barn och unga i författningskommentaren till 6 kap. 2 § gäller även denna bestämmelse.

Med hälso- och sjukvården till barn och unga avses i bestämmelsen all hälso- och sjukvård som ges till barn och unga, utan avgränsning när det gäller till exempel verksamhetsområde eller typ av vårdgivare. Samverkanskravet avser alltså såväl sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som riktar sig specifikt till barn och unga som sådan verksamhet som riktar sig till hela befolkningen och som barn och unga därför tar del av. Regionens skyldighet att samverka enligt bestämmelsen gäller vidare både sådan hälso- och sjukvård som bedrivs i egen regi och sådan hälso- och sjukvård som bedrivs av annan under regionens huvudmannansvar.

Andra stycket innebär ingen inskränkning i den skyldighet som följer av första stycket, utan utpekar särskilt skyldigheten att samverka med huvudmän inom skolväsendet i tillägg till skyldigheten att i övrigt samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av all hälso- och sjukvård.

Övervägandena finns i avsnitt 6.4.1.

9.2 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

1 kap.

2 §

Bestämmelserna i 1 kap. 9 §, 6 kap. 4 § och 7 kap. 1 och 2 §§ gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller en kommun som huvudman.

Bestämmelserna i 2 kap. 3 och 4 §§, 6 kap. 2 § andra stycket, 6 kap. 3 §, 8 kap. 1 § och 9 kap. 1 § gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

I paragrafen görs en avgränsning av lagens tillämpningsområde på så sätt att vissa bestämmelser i lagen endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs av en region eller kommun som huvudman och vissa bestämmelser endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman. I första stycket utpekade bestämmelser som endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller en kommun som huvudman. I andra stycket utpekade bestämmelser som endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

Paragrafens andra stycke har ändrats på så sätt att det anger att 6 kap. 2 § andra stycket, vilken reglerar skyldigheten att utse en fast vårdkontakt för personer som inte har fyllt 21 år under vissa förutsättningar, endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

Övervägandena finns i avsnitt 6.5.3.

6 kap.

2 §

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det, eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Paragrafen innehåller bestämmelser om när en fast vårdkontakt ska utses för patienten. Andra stycket är nytt och innebär att en fast vårdkontakt ska utses för en patient som inte har fyllt 21 år om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Om patienten inte har fyllt 21 år träder skyldigheten att utse en fast vårdkontakt in så snart det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov. Det krävs alltså inte att det konstaterats att det faktiskt är nödvändigt. Skyldigheten att utse en fast vårdkontakt enligt andra stycket är därmed mer långtgående än skyldigheten att utse en fast vårdkontakt enligt första stycket.

Det behov som avses i stycket är behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

En fast vårdkontakt ska enligt andra stycket även utses om patienten begär det. Även om det bedöms att behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet kan tillgodoses på annat sätt ska patientens önskemål om att kunna vända sig till en fast vårdkontakt alltså tillgodoses.

Vid en bedömning av om det kan antas att det är nödvändigt att utse en fast vårdkontakt för ett barn ska det i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa enligt artikel 3 barnkonventionen. Vid en sådan bedömning ska även barnets rätt, enligt artikel 12 barnkonventionen, att fritt uttrycka sina åsikter och skyldigheten för vården att tillmäta dessa betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad beaktas. Bestämmelser om vårdnadshavares rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barn finns i föräldrabalken (1949:381).

Även när det gäller personer som fyllt 18 år men inte 21 år bedömer utredningen att det är viktigt att så långt det är möjligt samråda med patienten och respektera dennes önskemål när den person som ska vara patientens fasta vårdkontakt utses.

I 1 kap. 2 § samma lag anges att 6 kap. 2 § andra stycket endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman. 6 kap. 2 § första stycket gäller däremot i övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet och reglerar skyldigheten att utse en fast vårdkontakt under vissa förutsättningar oavsett patientens ålder.

Övervägandena finns i avsnitt 6.5.3.

Referenser

Offentligt tryck

Riksdagstryck

Socialutskottets betänkande 2017/18:SoU22 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*

Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU2 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Propositioner och skrivelser

Lagradsremiss 2016-05-19: *Särskilda satsningar på ungas och äldres hälsa.*

Prop. 1981/82: 97: *Om hälso- och sjukvårdsdrag, m.m.*

Prop. 1984/85:181: *Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m.*

Prop. 1994/95:195: *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*

Prop. 1999/2000:149: *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens utveckling.*

Prop. 2000/01:71: *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar.*

Prop. 2005/06:115: *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.*

Prop. 2008/09:74: *Vårdval i primärvården.*

Prop. 2009/10:55: *En politik för det civila samhället.*

Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.*

- Prop. 2009/2010:165: *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet.*
- Prop. 2012/13:10: *Stärkt stöd och skydd för barn och unga.*
- Prop. 2013/14:106: *Patientlag.*
- Prop. 2013/14:160: *Tid för undervisning – lärares arbete med stöd, särskilt stöd och åtgärdsprogram.*
- Prop. 2016/17:1. *Budgetproposition för 2017.*
- Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag.*
- Prop. 2016/17:59 *Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.*
- Prop. 2016/17:106 *Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.*
- Prop. 2017/18:186 *Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter.*
- Prop. 2017/18:249: *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälso-politik.*
- Prop. 2019/20:164: *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Statens offentliga utredningar

- SOU 1979:78: *Mål och medel för hälso- och sjukvården förslag till hälso- och sjukvårdslag.*
- SOU 2000:19: *Från dubbla spår till elevhälsan.*
- SOU 2009:68 *Lag om stöd och skydd för barn och unga.*
- SOU 2014:3 *Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga.*
- SOU 2010:95: *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning.*
- SOU 2013:74: *Unga som varken arbetar eller studerar – statistik, stöd och samverkan.*
- SOU 2014:23: *Rätt information på rätt plats i rätt tid.*
- SOU 2016:2: *Effektiv vård.*
- SOU 2016:78: *Ordning och reda i välfärden.*

- SOU 2017:9: *Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar.*
- SOU 2017:35: *Samling för skolan Nationell strategi för kunskap och likvärdighet.*
- SOU 2017:43: *På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen.*
- SOU 2017:47: *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.*
- SOU 2018:39: *God och nära vård En primärvårdsreform.*
- SOU 2018:90: *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa.*
- SOU 2019:20: *Stärkt kompetens i vård och omsorg.*
- SOU 2019:29: *God och nära – vård i samverkan.*
- SOU 2019:42: *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.*
- SOU 2020:19: *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*
- SOU 2020:47: *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*
- SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet.*
- SOU 2020:63: *Barnkonventionen och svensk rätt.*
- SOU 2021:4: *Informationsöverföring inom vård och omsorg.*
- SOU 2021:6: *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa.*
- SOU 2021:11: *Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning.*

Departementsserien och promemorior

- Ds 1981:4 *Skollagen.*
- Ds 1999:44: *Den ljusnande framtid är vård, Om vård och omsorg – en arbetsmarknad i utveckling.*
- Ds 2018:32: *Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi.*

Promemoria U2018/02704/UH: *En sexårig utbildning för läkarexamen.*

Kommittédirektiv

- Dir. 2017:39 *Översyn av socialtjänstlagen.*
- Dir. 2018:20: *Kartläggning av hur svensk lagstiftning och praxis överensstämmer med barnkonventionen.*
- Dir. 2019:37: *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvårdsverksamhet.*
- Dir. 2019:38 *Tilläggsdirektiv till utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven.*
- Dir 2019:49: *Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).*
- Dir. 2019:69: *Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.*
- Dir. 2019:71 *Fler barn i förskolan för bättre språkutveckling i svenska.*
- Dir. 2019:78 *Tilläggsdirektiv till utredningen sammanhållen kunskapsstyrning.*
- Dir. 2020:68: *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.*
- Dir. 2020:81: *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.*
- Dir. 2020:112 *Tilläggsdirektiv till utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg.*
- Dir. 2020:140 *Förutsättningar för ett statligt huvudmannaskap för skolan.*

Rapporter och litteratur

- Barnombudsmannen (2016): *Respekt – barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd.*
- Barnombudsmannen (2019): *Barns röster från förskolan.*

- Bergum Hansen, M. & Jacobsen, H. (2008): *Sped- och småbarn i risiko- en kunskapsstatus*. Regioncenter for barn og unges psykiska helse.
- Berwick and Hackbarth (2012) *Eliminating Waste in US Health Care*.
- Blair, M. et al. (2013): *Barnhälsovetenskap*. Studentlitteratur, Lund.
- Bloom, M. & Gullotta, T.P. (2003): *Evolving definitions of primary prevention. Encyclopaedia of primary prevention and health promotion*. New York Cluwer.
- Bris (2020): *De säger att vi inte rör på oss*.
- Bris (2019): *Expertgrupp barn – metodhandbok*.
- Bris (2020): *Hållbara liv – om barnets rättigheter, barns uppväxtvillkor och samhällets ansvar*.
- Bris (2021): *Första året med pandemin – om barns mående och utsatthet. Årsrapport 2020*.
- Britto, P.R. et al. (2017): *Nurturing care: Promoting early childhood development*. Lancet, 389, 91–102.
- Broberg, M. et al. (2014): *Riktat föräldrastöd. RiFS-projektets slutrapport. En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning RiFS-projektets slutrapport*. FoU i Väst/GR.
- Brottsförebyggande rådet (2009): *Orsaker till brott bland unga och metoder att motverka kriminell utveckling – En kunskapsinventering*.
- Dalman, C. (2018): *Uppföljning av första linjen psykisk ohälsa barn och unga*. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms Läns Landsting.
- Daniélsdóttir, S. & Ingudóttir, J. (2020): *The First 1 000 Days in The Nordic Countries. A Situation Analysis*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Folkhälsomyndigheten (2014): *Vaccinationsstatistik från skolhälsovården Elever i årskurs 6, läsåret 2013/14*.
- Folkhälsomyndigheten (2016): *Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld*.
- Folkhälsomyndigheten (2017): *Folkhälsans utveckling*.

- Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017) *Förskolans påverkan på barns hälsa*.
- Folkhälsomyndigheten (2017): *SRHR i Sverige*.
- Folkhälsomyndigheten (2017): *Hiv i Sverige 2016*.
- Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.
- Folkhälsomyndigheten (2018): *Rapport över utvecklingen i förhållande till ANDT-strategins mål 2018*.
- Folkhälsomyndigheten (2019): *Barns och ungas rörelsemönster*.
- Folkhälsomyndigheten (2019): *Ojämligheter i psykisk hälsa – Kunskapssammanställning*.
- Folkhälsomyndigheten (2019): *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017*. Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017.
- Folkhälsomyndigheten (2019): *Skolbarns hälsovanor*.
- Folkhälsomyndigheten (2019): *Barnvaccinationsprogrammet 2019 – Årsrapport*.
- Folkhälsomyndigheten (2020): *Covid-19 hos barn och unga – En kunskapssammanställning Version 2*.
- Folkhälsomyndigheten (2020): *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2020*.
- Folkhälsomyndigheten (2020): *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård*.
- Folkhälsomyndigheten (2020): *På väg mot en god och jämlik hälsa – Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet*.
- Folkhälsomyndigheten (2021): *En skolbaserad samverkansmodell för första linjen med syfte att förebygga barns och ungas psykiska ohälsa i Sverige. Utvärdering av ett pilotprojekt initierat av Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017): *Förskolans påverkan på barns hälsa*.
- Forte (2020): *Hälsa och livsvillkor bland unga hbtq-personer – Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns?*

- Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2013): *Ni är grymma, keep up the good work*.
- Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2018): *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar*.
- Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (2018): *Riktlinjer för Sveriges ungdomsmottagningar*.
- Furmark, C. & Neander, K. (2018): *Späd- och småbarnsverk-sambheter/team i Sverige – en kartläggning*. Nka Barn som anhörig 2018:2.
- Golsäter, M. (2012): *Hälsosamtal som metod att främja barns och ungdomars hälsa – en utmanande uppgift*. Dissertation series no. 26 2012, Högskolan i Jönköping.
- Gordon, R.S. (1983): *An operational classification of disease prevention*. Public Health Reports. 1983;98:107–109.
- Governo (2021): *Utvärdering av Skolverkets och Socialstyrelsens regeringsuppdrag om tidiga och samordnade insatser för barn och unga* (2017/01236/GV).
- Hagquist, C. (2020): *Final Scientific Report. Research programme 2013–2020. The impacts of changed living conditions on child and adolescent mental health*. Karlstad University.
- Heckman, J.J. (2000): *Policies to foster human capital*, Research in Economics, 54(1) (s. 3–56).
- Helsedirektoratet (2017): *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdomen*.
- Inera AB (2018): *eHälsa och IT i landstingen*.
- Inera AB (2019): *Ärendebeskrivning: Sammanhållen plan i 1177 Vårdguiden*.
- Inera AB och Sveriges Kommuner och Landsting (2018): *Målbild för första linjens vård och för 1177 Vårdguidens roll – Gemensam målbild för kommuner, landsting, regioner, SKL och Inera*.
- Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (2019): *Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige*.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2015): *Tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*.

- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2015): *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan.*
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2016): *Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del.*
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2018): Remissvar på SOU 2018:39 *God och nära vård en primärvårdsreform.*
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2019): *Barn och unga som riskerar att drabbas av bristande samordning och osammanhängande vård- och omsorgskedja. Förstudie.*
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2020): *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019.*
- IVO (2020): *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019.*
- Karlsson, M. & Nilsson, T. (2018): *Den allmänna och fria spädbarnsvårdens betydelse för hälsa, utbildning och inkomster, SNS analys nr 49.*
- Konkurrensverket (2014): *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor. Rapport 2014:2.*
- Kungliga Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet (2010) *Barns och ungas psykiska hälsa i Sverige En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid.*
- Kommunakuten, (2019): *Rättsliga förutsättningar för drift av ungdomsmottagningar.*
- Köhler, M. (2017): *Vulnerable children. A social perspective on health and healthcare.* Lunds universitet.
- The Marmot review (2010): *Fair society, healthy lives. Strategic Review of Health Inequalities in England post – 2010.* www.ucl.ac.uk/marmotreview.
- Medin, Jennie och Alexandersson, Kristina (2000): *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie.* Studentlitteratur, Lund.
- Milerad, Josef och Lindgren, Carl (2015): *Evidensbaserad elevhälsa.* Studentlitteratur, Lund.
- Mind (2018): *Unga mår allt sämre – eller?*

- MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2010): *Samhällets kostnader för fallolyckor MSB 0197.*
- MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2014): *Fallolyckor. Statistik och analys MSB 752.*
- MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2019): *Remiss: den robusta sjukhusbyggnaden – 2020.*
- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2019): *Unga med attityd, del 3 hälsa, fritid och framtid.*
- Myndighetens för vård- och omsorgsanalys (2013): *Ur led är tiden – Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens, rapport 2013:9.*
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014): *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom, rapport 2014:2.*
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015): *Samordna vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. PM 2016:1.*
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016): *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem, PM 2016:1.*
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård, rapport 2018:5.*
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård, rapport 2018:08.*
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Möten med mening – En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten, rapport 2018:12.*
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Olik eller jämlik – En analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan, rapport 2019:4.*
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd, rapport 2019:6.*

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Laga efter läge – Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, rapport 2020:4.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Primärt i vården – En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*, rapport 2020:9.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*, rapport 2020:11.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Kostnadsfria preventivmedel till unga – En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*, rapport 2020:13.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021): *Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården*, PM 2021:1.
- Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen (2007): *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa*.
- Nordic Council of Ministers Daniëlsdottir, S. och Ingudottir, J. (2020): *The First 1000 Days in The Nordic Countries. A Situation Analysis*.
- OECD (2017): *The future of primary care Interim report and next steps*.
- OECD och EU (2018): *Health at a glance: Europe*.
- Public Health England (2016): *Best start in life and beyond: Improving public health outcomes for children, young people and families Guidance to support the commissioning of the Healthy Child Programme 0–19: Health visiting and school nursing services*.
- Region Blekinge (2019): *Redovisning avseende överenskommelsen om god och nära vård 2019*.
- Region Dalarna (2019): *Region Dalarnas redovisning av statliga medel God och nära vård, 2019-10-15, Nulägesbeskrivning och handlingsplan i omställningen till en mer nära vård*.
- Region Stockholm (2019): *Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval – Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård*.

- Riksrevisionen (2011): *Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan* (RiR 2011:19).
- Riksrevisionen (2011): *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning* (RiR 2011:17).
- Riksrevisionen (2014): *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* (RiR 2014:22).
- Ringsberg, K. C. et al. (2020): *Health literacy – Teori och praktik i det hälsofrämjande arbetet*, Studentlitteratur, Lund.
- Risholm Mothander, P. & Broberg, A. (2018): *Att möta små barn och deras föräldrar i vården. Om anknytning utveckling och samspel*. Natur & Kultur, Stockholm.
- Rück, C. (2020): *Olyckliga i paradiset: varför mår vi dåligt när allt är så bra?* Natur Kultur Akademisk.
- Rose, G. et al. (2009): *Rose's Strategy of Preventive Medicine*. Oxford Scholarship Online:sept 2009.
- Rootman, I. et al. (2001) *Evaluation in Health Promotion. Principels and Perspectives*. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No.92.
- Sarkadi A. et al. (2018): *Spädbarnets utveckling och behov av en trygg bas*. ISSN: 2001-4287.
- Sarkadi, A. (2020): *Barn och ungas röster om corona*. Uppsala universitet.
- SBU – Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (2010): *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn*.
- SBU – Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (2019): *Föräldrastödsprogram vid utagerande beteende hos barn: Effekter och verksamma komponenter*.
- Skolinspektionen (2015): *Elevehälsa – Elevers behov och skolans insatser*. Kvalitetsgranskning, rapport 2015:05.
- Skolinspektionen (2018): *Årsrapport 2017 Skillnader i skolors arbetssätt och huvudmännens ansvarstagande*.
- Skolinspektionen (2020): *Skolenkäten*.
- Skolverket (2019): *Hälsa för lärande – lärande för hälsa*.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2012): *Slutrapport från Modellområdesprojektet 2009–2011*.

- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014): *Kartlägningsrapport – Första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015): *PSYNK – Psykisk hälsa för barn och unga Slutrapport för Psynk År 2011–2014.*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar.*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017): *Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar.*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning.*
- SKL – Sveriges kommuner och Landsting (2018): *Slutrapport januari 2018 Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner.*
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019): *Köp av verksamhet 2019 – Kommuner och regioner 2006–2018.*
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019): *BUP i siffror, öppna jämförelser.*
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Att stärka samverkan med hjälp av SIP – samverkan med hjälp av SIP – förstudie innehållande nulägeskartläggning och rekommendationer för framtida arbete.*
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020) *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020 befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Delrapport – överenskommelse psykisk hälsa.*
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Valfrihetssystem i regionerna – beslutsläge 2020.*
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Första linjen 2020 – Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Nationell kartläggning om hälsoundersökningar för placerade barn.*

- SKR (2020) *Psykiatrin i siffror – kartläggning av barn- och ungdomspsykiatrin 2019.*
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Förlossningsvård och kvinnors hälsa.*
- Socialstyrelsen (2008): *Familjecentraler – Kartläggning och kunskapsöversikt.*
- Socialstyrelsen (2011): *Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem?*
- Socialstyrelsen (2012): *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser.*
- Socialstyrelsen (2012): *Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård – Danmark, England, Finland, Norge och Sverige.*
- Socialstyrelsen (2012): *Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. Slutrapport.*
- Socialstyrelsen (2013): *Nationella screeningprogram – en modell för bedömning, införande och uppföljning.*
- Socialstyrelsen (2013): *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013.*
- Socialstyrelsen (2013): *Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer.*
- Socialstyrelsen (2013): *Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – En sammanställning av systematiska översikter.*
- Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården.*
- Socialstyrelsen (2014): *Barn som far illa eller riskerar att fara illa.*
- Socialstyrelsen (2014): *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd.*
- Socialstyrelsen (2015): *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal.*
- Socialstyrelsen (2015): *Läkarnas specialiseringstjänstgöring – Målbekrivningar.*
- Socialstyrelsen (2015): *Nationella riktlinjer – Utvärdering- Sjukdomsförebyggande metoder 2014 – Indikatorer och underlag för bedömningar.*

- Socialstyrelsen (2015): *Skador bland barn i Sverige 2015.*
- Socialstyrelsen (2016): *Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.*
- Socialstyrelsen (2017): *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Nationell vägledning.*
- Socialstyrelsen (2017): *Utvecklingen av psykisk ohälsa. Till och med 2016.*
- Socialstyrelsen (2017): *Vård efter förlösning.*
- Socialstyrelsen (2017): *Statistik om skador bland barn 2016.*
- Socialstyrelsen (2017): *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning.*
- Socialstyrelsen (2018): *Dödfödda barn.*
- Socialstyrelsen (2018): *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.*
- Socialstyrelsen (2018): *Regionala skillnader i användningen av adhd-läkemedel bland barn – en fråga om psykosocial miljö?*
- Socialstyrelsen (2018): *Öppna jämförelser 2018 – En god vård?*
- Socialstyrelsen (2019): *Regeringsuppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI) – Lägesbeskrivning 2019.*
- Socialstyrelsen (2019): *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie.*
- Socialstyrelsen (2019): *Uppdrag om kartläggningar och analyser inom området psykisk ohälsa.*
- Socialstyrelsen (2019): *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.*
- Socialstyrelsen (2019): *Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa. Nationell kartläggning 2018.*
- Socialstyrelsen (2019): *Förslag om pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningar för en jämlik hälsa bland barn.*
- Socialstyrelsen (2019): *Geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn.*
- Socialstyrelsen (2019): *Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården, slutrapport 2019.*

- Socialstyrelsen (2019) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid neuropsykiatriska funktionshinder.*
- Socialstyrelsen (2019): *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga. Öppna jämförelser 2019.*
- Socialstyrelsen (2019): *Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa.*
- Socialstyrelsen (2019): *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018.*
- Socialstyrelsen (2019): *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov.*
- Socialstyrelsen (2020): *Barns medverkan i Socialstyrelsens arbeten. Ett stödmaterial för att inhämta barns kunskaper och erfarenheter.*
- Socialstyrelsen (2020): *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2020.*
- Socialstyrelsen (2020): *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).*
- Socialstyrelsen (2020): *Munhälsa och tandvård för placerade barn.*
- Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.*
- Socialstyrelsen (2020): *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2018.*
- Socialstyrelsen (2020): *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – lägesrapport 2020.*
- Socialstyrelsen (2020): *Öppna jämförelser 2020 – Social barn- och ungdomsvård.*
- Socialstyrelsen (2020): *Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården En andra delrapport från Socialstyrelsens uppdrag att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna för åren 2018 till 2020.*
- Socialstyrelsen (2021): *Effekter av covid-19 på anmälningar gällande barn till socialtjänsten.*
- Socialstyrelsen (2021): *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.*

- Socialstyrelsen (2021): *Att lyssna på barn i familjehem. En nationell brukarundersökning om familjehemsplacerade barns upplevelser av vården.*
- Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2020): *Uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023 inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner – Delredovisning.*
- Socialstyrelsen och Skolverket (2016): *Vägledning för elevhälsan.*
- Staten och SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017): *Överenskommelse om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018–2020.*
- Statens Medieråd (2019): *Ungar & medier 2019.*
- Statens Medieråd (2020): *Unga medier och psykisk ohälsa.*
- Stewart-Brown, S. L. & McMillian, A. S. (2010): *Home and communiting based parenting support programmes and interventions:report of Worpakage 2 of the DataPrev project.* Coventry: Warwick Medical School.
- Sundhetsstyrelsen (2019): *VEJLEDNING om forebyggende sundhedsydelsler til børn og unge.*
- Svenska neonatalföreningen (2015): *Nationella riktlinjer för uppföljning av neonatala riskbarn.*
- Svenska OMEP (2019): *Samarbete förskola – barnavårdscentral En nationell enkätundersökning 2019.*
- Sveriges officiella statistik (2020): *Statistiska meddelanden BM 18 SM 2001 Sveriges framtida befolkning 2020–2070.*
- Sveriges tandläkarförbund et al. (2019): *Förutsättningar för god mun- och allmänhälsa hos barn och ungdomar – Enkät till skolpersonal.*
- Tell, J. (2019): *Implementation and use of web-based national guidelines in child healthcare.* Avhandling No. 2019:03 Blekinge Institute of Technology, Doctoral Dissertation Series No. 2019:03 Department of Health.
- Uppdrag Psykisk Hälsa (2015): *Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa – framväxt, beskrivning av nuläget och vägen framåt.*

- Uppdrag Psykisk Hälsa (2020): *PM Begrepp inom området psykisk hälsa, version 1.0.*
- Uppdrag Psykisk Hälsa (2020): *Psykiatrin i siffror, Barn och ungdomspsykiatrin – kartläggning 2019.*
- UNHCR (2019): *Rapport baserad på FN:s World Population Prospect 2019.*
- Vårdföretagarna Almega (2020) *Privat vårdfakta 2020 – Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen.*
- Västra Götalandsregionen (2014): *Riktat föräldrastöd RiFS-projektets slutrapport En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning, FoU i Väst.*
- Västra Götalandsregionen (2017): *Regional utvecklingsplan för BUP 2017–2020. Dnr RS 2017-00018.*
- Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – Nuläge och behov. Delrapport 1. Dnr HS 2018-00358.*
- Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt. Dnr HS 2018-00358.*
- Västra Götalandsregionen (2018): *Intervjustudie närstående till barn med kronisk sjukdom och många vårdkontakter, bilaga 2. Dnr HS 2018-00358.*
- Västra Götalandsregionen (2019): *Intervjustudie med barn och unga med kronisk sjukdom och många vårdkontakter i Västra Götalandsregionen – hur de uppfattar kontakten med vården och hur de beskriver sin vardag, Regional handlingsplan för barn och ungas hälsa och sjukvård. Dnr HS 2018-00358.*
- Västra Götalandsregionen (2019): *Uppdrag att utreda öppenvården för barn- och ungdomsmedicin i VGR. Dnr RS 2019-08704*
- Västra Götalandsregionen (2019): *Trendanalys 2019. Dnr RS 2019-03429.*
- Wallby, T. (2012): *Lika för alla?: Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC, Uppsala universitet, Medicinska och farmaceutiska vetenskapsområdet, Medicinska fakulteten, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Pediatrik.(Socialpediatrik).*

- Wang et al. (2019): *Mode of HPV vaccination delivery and equity in vaccine uptake: A nationwide cohort study.*
- Whitehead, D. (2006): *Health promotion in practice settings: findings from a review of clinical issues.* Worldviews on Evid Based Nurs, Volume 3, Issue 4/p. 165–184.
- WHO (2008): *Now more than ever, World Health Report 2008?*
- WHO (2008): *Closing the gap in a generation – Health equity through action on the social determinants of health.*
- WHO (2010): *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.*
- WHO (2018): *A vision for primary health care in the 21st century.*
- WHO (2019): *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age.*
- Winpenny, E. et al. (2016): *Outpatient services and primary care: scoping review, substudies and international comparisons,* Southampton (UK): NIHR Journals Library.

Pressmeddelanden och webbpublikationer

- Internetstiftelsen (2018): *Svenskarna och internet 2018.*
<https://svenskarnaochinternet.se/rapporter/svenskarna-och-internet-2018/> (Hämtad 20-02-12).
- Internetstiftelsen (2019): *Svenskarna och internet 2019.*
<https://svenskarnaochinternet.se/app/uploads/2019/10/svenskarna-och-internet-2019-a4.pdf> (Hämtad 20-02-12).
- Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG och samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med mödrabarnhälsovårdpsykologernas förening (2008, uppdaterad webbversion 2016): *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa.* ARG rapport nr 76. www.sfog.se (Hämtad 2021-04-09).
- Regeringen (2019): *Regeringen inrättar nationellt vårdkompetensråd.*
www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/09/regeringen-inrattar-nationellt-varvkompetensrad/ (Hämtad 2020-01-03).

- Regeringen (2019): Förbättrat strategiskt ledarskap inom kommunalt finansierad vård och omsorg. www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/11/forbattrat-strategiskt-ledarskap-inom-kommunalt-finansierad-var-d-och-omsorg/ (Hämtad 2020-01-09).
- Regeringen (2019): En nationell strategi för life science. www.regeringen.se/informationsmaterial/2019/12/en-nationell-strategi-for-life-science/ (Hämtad 2020-03-02).
- Region Västerbotten (2020) *Hälsa – Lärande – Trygghet i Västerbotten. Årsrapport 2020*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019): *Patientkontrakt. Slutrapport januari 2018. Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner*. https://skr.se/download/18.1f376ad3177c89481f745b33/1615362686662/Patientkontrakt_slutrapport_2018-02-14.pdf.
- Socialstyrelsen (2018): *Inrapporterade depressioner och ångest-syndrom bland barn och unga vuxna – utvecklingen till och med 2018*. www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6768.pdf (Hämtat 2020-04-09).
- The 1001 Critical Days (2021): *The importance of the Conception to Age Two Period*. www.nspcc.org.uk/globalassets/dokument/news/critical-days-manifesto.pdf (Hämtad 2021-02-22).
- Zero to Three (2012): *Making it happen*. www.zerotothree.org/document/349 (Hämtad 2021-02-19).

Medietryck och debattartiklar

- Almgren, P. et al. (2020): Många barn har långvariga och stora behov av hälso- och sjukvård. *Läkartidningen 2020; 117:20045*.
- Bris (2020): *Pandemin är en barnrättskris*. www.bris.se/om-bris/press-och-opinion/debattartiklar/pandemin-ar-en-barnrattskris/ (Hämtad 2021-01-06)

Sveriges Barnläkarförening (2021): Nedstängningar slår hårt mot barn och unga. *Svenska Dagbladet*. 2021-01-31.
www.svd.se/nedstangningar-slar-hart-mot-barn-och-unga
(Hämtad 2021-02-01).

Webbsidor

- Brottsförebyggande rådet (2019): *Unga misstänkta för brott*.
www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/ungdomsbrottslighet.html (Hämtad 2021-04-09).
- Folkhälsomyndigheten (2020): *Att främja psykisk hälsa bland barn och unga*. www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/barn-och-unga--psykisk-halsa/ (Hämtad 2020-03-30).
- Folkhälsomyndigheten (2020): *Utveckling av barns och ungas hälsa*.
www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/barn-och-unga/utveckling-av-barns-och-ungas-halsa/ (Hämtad 2020-03-30).
- Folkhälsomyndigheten: *Bra att veta om vaccinationer*.
www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/b/bra-att-veta-om-vaccinationer/
(Hämtad 2020-04-03).
- Folkhälsomyndigheten (2020): *Barnvaccinationsprogram – Allmänt program för barn*. www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/vaccinationsprogram/allmant-program-for-barn/ (Hämtad 2020-03-27).
- Folkhälsomyndigheten (2020): *Vaccin mot Humant papillomvirus (HPV)*. www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/vacciner-a-o/humant-papillomvirus-hpv/ (Hämtad 2020-03-27).
- Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet – Alkohol-konsumtion (skolelever)*,
www.folkhalsomyndigheten.se/andruppfoljning/om-indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).

- Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Tobakskonsumtion, cigaretter (skolelever)* www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).
- Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Tobakskonsumtion snus (skolelever)*, www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).
- Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Narkotikaanvändning (skolelever)*, www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).
- Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Gravida riskbruk alkohol*, www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).
- Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Gravida riskbruk tobak*, www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).
- Folkhälsomyndigheten (2020): *Spädbarnsdödlighet*, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/spadbarnsdodlighet/ (Hämtad 2020-03-19).
- Folkhälsomyndigheten (2021): *Alkoholens skadeverkningar*, www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/alkoholens-skadeverkningar/ (Hämtad 2021-03-18).
- Folkhälsomyndigheten, *Barn och unga* (2021): www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/barn-och-unga/ (Hämtad 2021-04-09)
- Folkhälsomyndigheten (2021): *De första 1000 dagarna i de nordiska länderna*. www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/barn-och-unga/ (Hämtad 2021-04-09)
- Folkhälsomyndigheten (2021): *Förekomst av övervikt och fetma*, www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/forekomst-av-overvikt-och-fetma/ (Hämtad 2021-01-27).

- Föreningen för familjecentralers främjande (2021): *Vad är en familjecentral?* <https://familjecentraler.se/vad-ar-en-familjecentral1/> (Hämtat 2021-04-09).
- Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (2021): Om FSUM, <http://fsum.nu/om/> (Hämtad 2021-04-09).
- Globalportalen (2021): <https://globalportalen.org> (Hämtat 2021-04-09).
- Graviditetsregistret (2021): *Detta är graviditetsregistret.* www.graviditetsregistret.se (Hämtat 2021-04-06).
- Karolinska institutet – Svenska MeSH (2020): *Health Literacy – Hälsolitteracitet.* <https://mesh.kib.ki.se/term/D057220/health-literacy> (Hämtad 2020-12-06).
- Midlands Partnership NHS Foundation Trust (2021): *School Age Immunisation Team.* www.mpft.nhs.uk/services/school-age-immunisation (hämtad 2021-04-12).
- Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (2021): www.mfof.se/om-mfof.html (Hämtat 2021-04-12).
- Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021): *Barn som anhöriga.* www.anhoriga.se/barnsomanhoriga (Hämtad 2021-04-09).
- Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2021): *Värna våra yngsta – spädbarns rätt till hälsa och utveckling.* www.anhoriga.se/nkaplay/barnsom-anhorig/konferenser-seminarier/ (Hämtad 2021-04-09).
- Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2021): <https://kunskapsstyrningvard.se/index.html> (Hämtad 2021-04-09).
- Nationellt system för kunskapsstyrning – Nationellt programområdet psykisk hälsa (2020): *Vård och insatsprogram för ADHD.* www.vardochinsats.se/adhd/ (Hämtad 2021-02-18).
- Psykologförbundet: *Nationell målbeskrivning för psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård* www.psykologforbundet.se/mbhv-psykologerna/foreningen/Nationell-malbeskrivning1/ (Hämtad 2021-04-06).
- Region Jönköping (2019): *Erfarenheter från verksamheten.* <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=45124> (Hämtad 20-02-24).

- Region Jönköping (2019): *Erfarenheter från deltagarna*.
<https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=45028> (Hämtad 20-02-24).
- Region Jönköping (2019): *Esther*. <https://plus.rjl.se/esther>
(Hämtad 20-02-23).
- Region Jönköping (2019): *Levande bibliotek*.
<https://plus.rjl.se/index.jsf?nodeId=44778&nodeType=13>
(Hämtad 20-02-24).
- Region Kalmar län (2019): *Oskar – samverkan kommun och Region Kalmar län*,
www.ltkalmar.se/samarbetsportalen/uppdrag_samverkan/oskar-samverkan-kommun-och-landsting (Hämtad 19-12-27).
- Region Stockholm (2019): *Internetpsykiatri*.
www.internetpsykiatri.se/ (Hämtad 20-02-26).
- Rikshandboken för barnhälsovård (2020): www.rikshandboken-bhv.se/ (Hämtad 2020-03-30).
- Rikshandboken för barnhälsovård (2021): *Enskilda föräldrasamtal*
www.rikshandboken_bhv.se/metoder--riktlinjer/enskilda-foraldrasamtal/ (Hämtad 2021-04-09).
- Rikshandbok för barnhälsovård (2021): *Identifiering av skydds- och riskfaktorer*. www.rikshandboken-bhv.se (Hämtad 2021-04-09).
- Rikshandboken i barnhälsovård (2021): *Screening med EPDS för depression hos nyblivna mammor*. www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/screening-med-epds/
(Hämtad 2021-02-09).
- Rikshandbok i barnhälsovård (2021): *Teamarbete i barnhälsovården*. www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/teamarbete-i-barnhalsovarden/ (Hämtad 2021-04-09).
- Rikshandbok i barnhälsovård (2021): *Barnhälsovårdens nationella program*. www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/
(Hämtad 2021-04-09).
- SCB -Statistiska centralbyrån (2020): *Befolkningsstatistik i sammandrag 1960–2019*. www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/helarsstatistik--riket/befolkningsstatistik-i-sammandrag/ (Hämtad 2020-04-01).

- SCB – Statistiska centralbyrån (2020): *Fler barn bor i storstäder i framtiden*. www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2019/ fler-barn-bor-i-storstader-i-framtiden/ (Hämtad 2020-04-01).
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021): *23 000 barn går inte i förskola*. www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2019/23-000-barn-gar-inte-i-forskola/ (Hämtad 2021-02-01).
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021): *Födda i Sverige*. www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/fodda-i-sverige/ (Hämtad 2021-02-09).
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021): *Kommunernas Räkenskapssammandrag 2019*. www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/ (Hämtad 2021-04-02).
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021): *Folkmängd 0–19 år riket jämförelse år 2000 och år 2020 samt befolkningsprognos*. www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/befolkningsprognos-for-sverige/ (Hämtad 2021-02-19).
- Skolverket (2021): *Elever som har det svårt hemma*. www.skolverket.se/skolutveckling/inspiration-och-stod-i-arbetet/stod-i-arbetet/elever-som-har-det-svart-hemma (Hämtad 2021-04-09).
- Skolverket (2021): *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI)*. www.skolverket.se/skolutveckling/leda-och-organisera-skolan/organisera-tidigt-stod-och-extra-anpassningar/tidiga-och-samordnade-insatser-for-barn-och-unga (Hämtad 2021-04-09).
- Skolverket (2020): *Andelen med behörighet till gymnasiet*, www.skolverket.se/skolutveckling/statistik/sok-statistik-om-forskola-skola-och-vuxenutbildning?sok=SokC&verkform=Grundskolan&omrade=Betyg%20%C3%A5rskurs%209&lasar=2019/20&run=1 (Hämtad 2020-12-20).
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Valfrihetssystem i regionerna – beslutsläge 2020*. <https://skr.se/download/18.438a2da8174729859c6b06e3/1600194793873/Beslutslage-vardval-Regioner-juni-2020.pdf> (Hämtad 2020-02-19).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Ekonomistatistik 2010–2019*.

<https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/ekonomiochverksamhetsstatistik.1342.html>
(Hämtad 2021-02-19).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021):

Verksamhetsstatistik 2010–2019.

<https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/ekonomiochverksamhetsstatistik.1342.html>
(Hämtad 2021-02-19).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Vad är definitionen av primärvård?*

<https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/tillganglighetprimarvarden/verksamhetsstodutokaduppfoljningiprimarvarden/fragorochsvaromutokaduppfoljningiprimarvarden/faqallmantomrapportering/vadardefinitionenavprimarvard.31799.html> (Hämtad 2021-02-19).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Förlossningsvård och kvinnors hälsa*.

<https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/forlossningsvardkvinnorshalsa.10832.html>
(Hämtad 2021-02-12).

SKR (2021): *Metoder och verktyg vid samtal med barn inom socialtjänsten*

<https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/barnochunga/samtalmedbarn/metoderochverktyg.34408.html>
(Hämtat 2021-04-09).

SKR (2021): *Utveckling av den nära vården med fokus på primärvården*

<https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/overenskommelseomengodochnaravard/utvecklingavdenaravardenmedfokusaprimarvarden.31668.html>
(Hämtat 2021-04-06).

Socialstyrelsen (2019): *Digital verksamhetsutveckling i vården*,

<https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/direktatkomst-denskilde> (Hämtad 2019-12-27).

- Socialstyrelsen (2019): *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar*. www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-25.pdf (Hämtad 2021-02-18).
- Socialstyrelsen (2020): *Direktåtkomst för den enskilde*, <https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/direktatkomst-den-enskilde> (Hämtad 20-03-09).
- Socialstyrelsen (2021): *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI)*. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/samverkan-kring-barn-och-unga/om-tidiga-och-samordnade-insatser/> (Hämtad 2021-04-09).
- Socialstyrelsen (2021): *Stöd till barn som är anhöriga* www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-vard-och-omsorg/stod-till-anhoriga/stod-till-barn/ (Hämtad 2021-04-09).
- Svenska Barnhälsovårdsregistret (2021): *Svenska Barnhälsovårdsregistret*. <http://bhvq.se> (Hämtad 2021-04-09).
- Tilia (2020): *Om oss* <https://teamtilia.se/om-oss/> (Hämtad 20-12-21).
- UMO.se (2020): www.umo.se/
- Vårdhandboken: (2021): www.varldhandboken.se/ (Hämtad 2021-02-05).
- 1177 Vårdgivarguiden (2021): *Barn- och ungdomspsykiatrins spädbarnsverksamhet i Skåne* <https://www.1177.se/Skane/liv--halsa/psykisk-halsa/att-soka-stod-och-hjalp/barn--och-ungdomspsykiatrins-spadbarnsverksamhet-i-skane/> (Hämtad 2021-04-06).
- Västra Götalandsregionen (2021): *Psykologenheter för mödra- och barnhälsovård Borås, Regionhälsan*, www.vgregion.se/halsa-och-varld/psykologenheter-for-modra-och-barnhalsovard/sodra-alvsborg/ (hämtad 2021-04-09)

Övrigt

- Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (2013)
om Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24)
(CRC/C/GC/15).
- Regeringens nationella psykiatrisamordnare (2012): *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*. Dnr S2012.006.
- Regeringens nationella samordnare inom området psykisk hälsa (2018) *Ungas beställning till samhället (S2018/04669/FS)*.
- Regeringskansliet Socialdepartementet (2018): En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd.
- Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång* S 2020/07505.
- Regeringsuppdrag till Statens skolverk och Socialstyrelsen, *Ändring av uppdrag att utföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga samt förlängd tid för uppdraget*, dnr U2020/00363.
- Regeringsuppdrag till Statens skolverk och Socialstyrelsen, *Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga*, U2017/01236/GV.
- Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att ta fram ett underlag för en nationell strategi för anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer* S2019/04223/FST.
- Regeringsuppdrag till Folkhälsomyndighet och Socialstyrelsen, *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicid-prevention*, S2020/06171/FS.
- Socialutskottet (2017): *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering*. (Dnr. 2017/18:RFR5).
- Verksamhetschefsnätverket för BUP Sverige (2020): Skrivelse daterad 2020-05-28 om regeringsdirektivet.
- Överenskommelse mellan staten och SKL om Patientmiljarden – Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården 2018.

- Överenskommelse mellan staten och SKL om God och nära vård En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2019.
- Överenskommelse mellan staten och SKR om Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020.
- Överenskommelse mellan staten och SKR om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021.
- Överenskommelse mellan staten och SKL om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018–2020.

Kommittédirektiv 2019:93

En sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Beslut vid regeringssammanträde den 28 november 2019

Sammanfattning

En särskild utredare ska se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga som lider av psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, BUP.

Utredaren ska bl.a.

- utreda förutsättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur en sådan reform ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt,
- bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, t.ex. genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården,
- föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll,
- i dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå,

- ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri, med Sveriges Kommuner och Lands-ting (SKL), och
- lämna nödvändiga författningsförslag och säkerställa att de förslag som lämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter. Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga ska redovisas senast den 1 maj 2021. Vid samma tidpunkt ska uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa delredovisas. Delredovisningen ska göras genom att en skriftlig redogörelse lämnas in till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Redogörelsen ska innehålla en övergripande beskrivning av deluppdraget om att ta fram ett underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL. I övriga delar ska uppdraget redovisas senast den 1 oktober 2021.

Bakgrund

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, ska bl.a. den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska även arbeta för att förebygga ohälsa. Av patientlagen (2014:821) framgår att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

I patientlagen anges att barnets bästa särskilt ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn. Vidare finns det särskilda bestämmelser om att barnet ska ges möjlighet att uttrycka sin inställning till vården och om att underlätta barnets delaktighet i hälso- och sjukvården med beaktande av ålder och mognad. Uppföljningar från bl.a. myndigheter och utredningar visar dock att vård inte alltid ges utifrån dessa förutsättningar och att tillgången till vård och samordningen av den varierar mellan olika regioner och vårdgivare.

Målgruppen för uppdraget är barn och unga. Regeringens barnrättspolitik tar sin utgångspunkt i FN:s konvention om barnets

rättigheter (barnkonventionen) och omfattar barn och unga upp till 18 år. Ungdomspolitikerna omfattar unga mellan 13 och 25 år.

Barn och unga i Sverige har generellt en god hälsa. Antalet barn och unga med psykisk ohälsa har dock ökat kraftigt under de senaste tio åren. Totalt handlar det om närmare 190 000 barn och unga vuxna i Sverige som lider av någon form av psykisk ohälsa. Den enskilt största gruppen, drygt 63 000 personer, är unga kvinnor i åldern 18–24 år. Det är framför allt diagnoser för depressioner och olika ångestsyndrom som bidrar till ökningen av den psykiska ohälsan. Orsakerna till ökningen kan vara flera, bl.a. ökad skolstress och ökade krav på arbetsmarknaden. De första åren i ett barns liv är viktiga för barnets utveckling och framtida hälsa. Brister i spädbarnets omsorgsmiljö påverkar barnet både kognitivt och emotionellt på lång sikt. Tidiga insatser på olika nivåer är avgörande för att säkerställa späda barns rätt till hälsa och utveckling.

Det finns också skillnader i hälsa som beror på socioekonomiska faktorer. Det framgår bl.a. av delbetänkandet Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete (SOU 2016:55) från Kommissionen för jämlik hälsa. Barn som lever i socioekonomisk utsatthet löper t.ex. mycket högre risk att skrivas in på sjukhus och att dö under barndomen än andra barn. Dessa barn har sämre hälsa och tandhälsa även i vuxen ålder och sämre förutsättningar för lärande, arbete och en egen inkomst. Även barn och unga som är placerade av socialtjänsten är särskilt utsatta. Det är centralt att barn och unga får tillgång till en sammanhållen vård som tar hänsyn till barns och ungas förutsättningar och behov så att de kan utvecklas och må bra även i vuxen ålder. Det gäller såväl hälso- och sjukvårdsinsatser som hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Uppföljningar, bl.a. från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Socialstyrelsen, visar att fragmentiseringen av och den bristande tillgången till hälso- och sjukvården samt otydlig ansvarsfördelning mellan de aktörer som erbjuder hälso- och sjukvård leder till att barn och unga ofta hamnar mellan stolarna. Det gäller särskilt barn och unga med psykisk ohälsa. IVO har i sin tillsyn sett att barn och unga med psykisk ohälsa riskerar att drabbas av brister i samordning och en osammanhängande vårdkedja samt att primärvården inte alltid har kapacitet och kompetens för att ta hand om barn och unga och familjer i kris. IVO lyfter även fram att det förekommer

att både primärvården och psykiatrin hänvisar barn och unga till elevhälsan med sina problem trots att elevhälsan inte är en vårdinstans. Samverkansproblem förekommer också mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, t.ex. när det gäller barn och unga inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Problematiken med fragmentisering i vården drabbar också barn och unga med funktionsnedsättning och barn och unga med kroniska sjukdomar. Behovet av kontinuitet och samordning i vården är stort för dessa barn och unga och deras vårdnadshavare som ofta har många kontakter med vård och omsorg. Riksrevisionens granskningsrapport Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning (RiR 2011:17) visar att samordningen kring barn med funktionsnedsättning har stora brister och att alltför mycket ansvar för samordningen läggs på de anhöriga. Ingen aktör runt barnet anser sig ha ett uttalat mandat att driva samverkan och ingen känner sig huvudansvarig för samordningen. Riksrevisionen pekar här på att det blir avgörande att det finns en stark och drivande anhörig för att samordningen ska fungera.

Svårigheter kan uppstå i övergången mellan barn- och vuxenvården. Övergången kan upplevas abrupt för många barn och unga och även deras närstående. Det handlar om att gå från en vårdkultur till en annan där det omhändertagande som finns i barn- och ungdomshälsovården upphör och den unga i högre grad förväntas ta eget ansvar. Det kan leda till otrygghet hos den unga. Övergången från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin kan vara särskilt svår. Även i övergångar mellan den nära och den specialiserade vården kan exempelvis bristande kommunikation och återkoppling göra att omhändertagandet upplevs osammanhängande.

Ansvar för första linjens barn- och ungdomshälsovård är uppdelat på flera huvudmän och vårdgivare

Ansvar för barn- och ungdomshälsovården är fördelat på flera huvudmän, regleras av olika lagar och har olika målsättningar. Regionerna är huvudmän för delar av primärvården inklusive mödravården och barnhälsovården. Kommuner är huvudmän för den kommunala hälso- och sjukvården, och kommuner och enskilda skolhuvudmän är huvudmän för elevhälsan. Ungdomsmottagningar kan organiseras av regioner och kommuner.

Primärvårdens uppdrag regleras i HSL och avser öppenvård som ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Det finns en kärnverksamhet som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga regioner men samtidigt finns det variationer inom ramen för den gemensamma kärnan. Dessa variationer handlar t.ex. om på vilken detaljnivå uppdragen är formulerade och om åtagandenas omfattning inom det allmänmedicinska kompetensområdet samt om rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Mödravården och barnhälsovården ingår i primärvården. Mödravården ansvarar bl.a. för att följa hälsoutvecklingen för mödrar och foster under graviditeten. Det finns betydande skillnader i de lokala uppdragsbeskrivningarna för mödravården, och på vissa håll begränsas mödravårdens föräldrastöd till förlossningsförberedande kurser för föräldrar.

Barnhälsovården ansvarar för hälsovårdande insatser för alla barn från födelsen till start i förskoleklass. En central uppgift för barnhälsovården är att främja och följa alla barns hälsa, utveckling och livssituation. Barnhälsovård organiseras oftast i form av barnvårdscentraler. På barnvårdscentralen arbetar en eller flera legitimerade sjuksköterskor och läkare. Barnhälsovården erbjuder hälsovägledning, föräldrastöd och hälsoövervakning av alla anslutna barn enligt ett för barnhälsovårdsområdet lokalt eller regionalt fastställt program.

Kommunerna ska erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer, bl.a. för personer med funktionsnedsättning och i dagverksamhet. Vidare har samtliga regioner utom ett efter överenskommelse med kommunerna i länet överlåtit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende till kommunala huvudmän. I kommunen måste det finnas minst en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Den kommunala hälso- och sjukvården inkluderar inte sådan vård som ges av läkare. Det är regionens ansvar att avsätta de läkarresurser som behövs inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Ungdomsmottagningar är ett frivilligt åtagande för regioner och kommuner. Tillgången till mottagningar i landet varierar, liksom organisation, bemanning och innehåll. Det finns ingen övergripande

organisations- eller ledningsstruktur på nationell nivå för ungdomsmottagningarna, och nationella rekommendationer och kvalitetsindikatorer saknas. Mottagningarnas uppdrag kan se olika ut och det kan finnas lokala riktlinjer för verksamheterna. Ungdomsmottagningarna vänder sig huvudsakligen till ungdomar mellan 13 och 20 år men både den nedre och övre åldersgränsen kan variera mellan mottagningar. Ungdomsmottagningar tar emot unga som vill ha hjälp inom sexuell och reproduktiv hälsa samt fysisk och psykisk hälsa.

I flera regioner och kommuner finns också så kallade familjecentraler som erbjuder mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete. På en familjecentral arbetar flera olika yrkeskategorier tillsammans kring barnfamiljen. Förutom barnmorskor, sjuksköterskor, förskollärare och socionomer kan det även finnas andra yrkesgrupper representerade, såsom familjerådgivare, tandhälsopersonal och psykolog. Kännetecknande för verksamheten är att huvudmännen samordnar sina resurser för att möjliggöra en tvärfacklig samverkan.

Kommuner och enskilda skolhuvudmän ansvarar för elevhälsan

Kommuner och enskilda skolhuvudmän ansvarar för elevhälsan. Av 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) framgår att det ska finnas elevhälsa för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsans arbete ska vara förebyggande och hälsofrämjande och stödja elevernas utveckling mot målen. Vidare framgår att det ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator för elevhälsans medicinska, psykologiska och psykosociala insatser.

Elevhälsan kan organiseras på olika sätt. Hos en del huvudmän är elevhälsan knuten till den enskilda skolan medan den hos andra är centralt placerad.

Enligt 2 kap. 27 § skollagen ska varje elev i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan erbjudas minst tre hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller, och för varje elev i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska det erbjudas minst ett hälsobesök. Hälsobesöken ska vara jämnt fördelade under skoltiden.

Av 2 kap. 28 § skollagen framgår att elever som avses i 27 § vid behov får anlita elevhälsan för enklare sjukvårdande insatser, t.ex. omplåstring eller liknande. Den medicinska personalen inom elevhälsan erbjuder även vaccinationer i enlighet med vaccinationsprogrammet för barn och unga (2 kap. 3 a § smittskyddslagen [2004:168]).

Regeringens insatser för en mer sammanhållen vård och utvecklad elevhälsa

För att främja utvecklingen av en mer samordnad vård har regeringen tillsatt flera utredningar och gett uppdrag till myndigheter. Regeringen har bl.a. gett en särskild utredare i uppdrag att stödja regioner, myndigheter och organisationer i arbetet med att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen har antagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård. I utredningens uppdrag ingår även att se över förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter med omfattande och komplexa vårdbehov och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan som ett stöd för denna samordning. Utredningen har lämnat förslag på en färdplan som ska ligga till grund för en omställning från den sjukhustunga vården till en god och nära vård som utformas och erbjuder vård efter patienternas behov och förutsättningar. Primärvården ska vara navet i vården. Regeringen har också ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att stödja utvecklingen av denna vård.

I överenskommelsen från 2019 mellan staten och SKL om insatser inom området psykisk hälsa fördelades medel till regioner och kommuner för att genomföra utvecklingsinsatser inom området. Bland annat fördelades medel till regionerna för att stimulera och rusta nya initiativ för barn och unga med psykisk ohälsa. Satsningen riktas bl.a. till barn- och ungdomspsykiatri och första linjens vård för psykisk ohälsa. Även SKL har genom överenskommelsen tillförts medel för att samordna kommuners och regioners behov av erfarenhetsutbyte, stödja kommuner och regioner i arbetet med att genomföra lokalt och regionalt utvecklingsarbete, ge metodstöd, utveckla verktyg och stödmaterial samt genomföra uppföljningar.

Under 2018 och 2019 har regeringen ingått årliga överenskommelser med SKL om stöd till regionerna för ökad tillgänglighet i

barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa och lägre vaccinationstäckning, genom utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet främst i socioekonomiskt utsatta områden.

Flera utredningar, bl.a. Kommissionen för jämlik hälsa, visar på att dagens barn- och ungdomshälsovård fortfarande är fragmentiserad med många olika aktörer och huvudmannaskap. Det leder i sin tur till att barn och unga inte alltid får sina behov tillgodosedda. Barn och unga är en särskilt utsatt grupp så till vida att de inte alltid kan föra sin egen talan i dessa frågor och att det finns en tydlig makto-balans mellan barnen och personal i vården. Därför behöver det tas ett samlat grepp om de vårdinsatser som erbjuds. Det är viktigt att tärpa till de luckor som finns i dagens vårdssystem för att på så vis skapa förutsättningar för en mer sammanhållen vård. En sammanhållen god och nära vård för barn och unga är också, enligt regeringens bedömning, en förutsättning för att den specialiserade vården ska kunna avlastas och att köerna till barn- och ungdomspsykiatrin ska kunna kortas.

Vidare har regeringen gett Statens skolverk och Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans genomföra ett treårigt utvecklingsarbete som ska syfta till att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten så att barn och unga får tidiga och samordnade insatser (U2017/01236/GV).

I syfte att öka den genomsnittliga personaltätheten inom elevhälsan har regeringen beslutat förordningen (2016:400) om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan och när det gäller specialpedagogiska insatser och för fortbildning när det gäller sådana insatser. Satsningen är permanent.

Skolverket har också haft regeringens uppdrag att genomföra insatser för att förbättra det förebyggande och hälsofrämjande arbetet inom elevhälsan i syfte att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål (U2016/02937/S). Skolverket redovisade uppdraget i januari 2019 och konstaterar att det genom insatsen blivit tydligt att elevhälsouppdraget behöver organiseras utifrån en skolgemensam kultur där betydelsen av ett hälsofrämjande arbete, och detta sätt att tänka och utveckla skolan, behöver genomsyra all verksamhet på skolan.

Regeringen har även tillsatt en utredning om elevers möjligheter att nå kunskapskraven bl.a. med uppdrag att analysera hur elevhälsoarbetet kan utvecklas och föreslå insatser som kan bidra till att

skapa ett mer aktivt och väl fungerande elevhälsoarbete och därmed stärka elevhälsans kompensatoriska roll. Utredningen ska redovisa sitt uppdrag den 28 februari 2020 (dir. 2019:38).

Behovet av en utredning

Regeringen bedömer att det behövs ytterligare insatser för att tillgodose de behov som barn och unga har av hälso- och sjukvård inklusive hälsofrämjande insatser. De insatser som har genomförts för att stödja samordningen när det gäller barn- och ungdomshälsovården har hittills inte lett till önskat resultat.

Behovet att se över en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård har också lyfts fram i flera tidigare utredningar.

Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar föreslår t.ex. i sitt slutbetänkande Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar (SOU 2017:9) att en statlig utredning bör tillsättas med uppdrag att lämna förslag om hur en sammanhängande barn- och ungdomshälsovård från 0 till 25 års ålder, som inkluderar tillgång till förebyggande och främjande arbete för alla barn och unga, bör utformas. Utredningen lyfter fram att hälsa har stor betydelse för ungas etablering i samhället och att den ökade ohälsan bland unga utgör en riskfaktor för att misslyckas i skolan och för att hamna utanför studier och arbete. Bland unga som varken arbetar eller studerar är det vanligare att känna sig deprimerad, ha lågt självförtroende och uppleva fysiska besvär. Många unga som varken arbetar eller studerar har haft hälsoproblem sedan tidig ålder.

Samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården har i sin slutrapport Barnets och ungdomens reform – Förslag för en hållbar framtid (S2016/01023-3) bedömt att det finns behov av tidiga och samordnade insatser mellan fler intressenter för att utifrån olika tvärkompetenser bygga en hållbar kedja av tidiga och förebyggande insatser för barn och unga.

Även den nationella samordnaren inom området psykisk hälsa föreslår i rapporten Ungas beställning till samhället (S2018/04669/FS) att regeringen ska tillsätta en utredning med uppdrag att ta fram en modell för en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård för barn och unga i åldern 0–25 år. På så vis säkerställs att barn och unga som är i behov av insatser från flera huvudmän kan få stöd och hjälp på

ett lättillgängligt sätt och att samhällets stödsystem utformas utifrån barns och ungas behov och villkor.

I slutbetänkandet från Kommissionen för jämlik hälsa, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa (SOU 2017:47), föreslås att en utredning ska tillsättas för att ta fram förslag på en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård där elevhälsan ingår. Kommissionen menar att om elevhälsans resurser samlas centralt och inte avgörs av varje skola skapas förutsättningar för en mer jämlik vård. Bakgrunden till förslaget är bl.a. den varierande tillgången till elevhälsan och elevhälsans lagstadgade professioner på skolor runt om i landet. Kommissionen menar vidare att man bör se över om även ungdomsmottagningarna kan och bör inkorporeras i en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Kommissionen pekar dessutom på att de olika aktörer som arbetar med barn och ungdomshälsovård i påfallande grad är organisatoriskt och professionellt separerade från varandra, vilket bl.a. leder till fragmentisering av vården och till att det förebyggande arbetet förbises. Kommissionen anser att en sammanhållen organisation för barn- och ungdomshälsovården skulle öka förutsättningarna för en mer jämlik vård. Det skulle också öka möjligheten att möta barns behov utifrån deras utvecklingsnivå i stället för utifrån ålder samt säkerställa att barn med behov av samordnade insatser från flera aktörer får rätt vård och stöd.

SKL har också lyft behoven av en sammanhållen barn- och ungdomsvård. I rapporten Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar (2017) framför SKL att organiseringen av barn- och ungdomshälsovården behöver utredas för att på ett ännu mer träffsäkert sätt tillgodose alla flickors och pojkars rättigheter till hälsa oavsett bakgrund.

Vikten av att alla elever får tillgång till en elevhälsa av god kvalitet har tidigare belysts av Skolinspektionen 2015 och i betänkandet Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning (SOU 2010:95), särskilt dess betydelse för elever i behov av särskilt stöd. Skolkommissionen konstaterar i sitt slutbetänkande Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet (SOU 2017:35) att elevhälsan utgör en viktig resurs för skolans arbete med elevers välbefinnande, utveckling och lärande. Skolkommissionen anser vidare bl.a. att kunskapsuppbyggnaden och kunskapsspridningen av arbetsätt och metoder inom elevhälsoområdet behöver förbättras. Det handlar dels om hur skolors generella hälsofrämjande arbete kan ut-

formas för att ha effekt och vara en integrerad del i skolans verksamhet, dels om att utarbeta evidensbaserade program för att motverka psykisk ohälsa.

Enligt januariavtalet, som är en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna behöver ansvaret för barns hälsa, från mödravård tills barnet fyllt 18 år, samordnas och en utredning om hur samordningen ska stärkas kring barn- och ungdomshälsan ska tillsättas.

Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga

I dagens system med många aktörer och flera huvudmän riskerar vården för barn och unga att fragmentiseras, och det försvårar förutsättningarna för att hålla ihop och samordna vården för barn och unga med olika vårdbehov. Samordning av barnets eller den unges vårdkontakter får ofta hanteras av föräldrar eller andra närstående, när den i de flesta fall skulle hanteras bättre av en professionell person i den nära vården. Det finns därför behov av att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och hur en sådan reform skulle kunna genomföras. Utgångspunkten är att barn och unga ska få vård och behandling efter behov och att hälsofrämjande insatser erbjuds för att i möjligaste mån förebygga psykisk ohälsa eller kroniska sjukdomar. En sammanhållen god och nära vård för barn och unga kan vidare avlasta föräldrar ansvaret att samordna vårdens insatser för sina barn.

Eftersom andelen barn och unga som upplever psykisk ohälsa har ökat på senare år, är det särskilt viktigt att se över hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd.

Regeringen har beslutat om tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård (dir. 2019:49) med uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa, i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivning. Det är viktigt att barn och unga som lider av psykisk ohälsa, och som inte behöver den specialiserade vårdens insatser, fångas upp i övergången från den sammanhållna barn- och ungdomshälsovården till vård för vuxna. De båda utredningarnas uppdrag bör därför samordnas med varandra.

Ansvar för de hälso- och sjukvårdande insatserna och de förebyggande och hälsofrämjande insatserna behöver renodlas genom att tydliggöra olika aktörers och professioners roller och ansvar.

Det finns också behov av att definiera vad som ingår i uppdraget att erbjuda en god och nära vård för barn och unga och att avgränsa uppdraget i förhållande till andra relevanta aktörer inom regioner och kommuner, t.ex. barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten. Dessutom bör samordningsansvaret tydliggöras för vård- och behandlingsinsatser för barn och unga gentemot andra aktörer såsom den kommunala hälso- och sjukvården. Även tandvårdens roll ska beaktas. Det är särskilt viktigt att tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för hälsofrämjande och förebyggande insatser så att barn och unga som har behov kan erbjudas adekvata insatser.

I dag finns många olika aktörer som är inblandade i hälso- och sjukvården för barn och unga vilket kan bidra till otydlighet och risker för dessa individer att falla mellan stolarna. Lämpligheten av ett gemensamt huvudmannaskap för aktörerna i primärvården (mödravården, barnhälsovården, vårdcentralerna) och ungdomsmottagningarna behöver därför övervägas. Även när det gäller de medicinska delarna av elevhälsan kan för- och nackdelar med ett förändrat huvudmannaskap övervägas. Skolsköterskornas roll i elevhälsan ska dock vara oförändrad, dvs. deras närvaro i skolan ska bestå, detta eftersom skolsköterskorna har en viktig roll i skolornas hälsofrämjande arbete och är en viktig del i elevhälsans samlade kompetens. Av 3 kap. 7 § skollagen framgår exempelvis att det vid utredning av behov av särskilt stöd ska ske samråd med elevhälsan, om det inte är uppenbart obehövligt.

För att möjliggöra en samordning av relevanta aktörer med betydelse för barn- och ungdomsvården är det också angeläget att det finns ändamålsenliga och effektiva kontaktvägar mellan de olika aktörerna så att barn och unga snabbt kan få hjälp hos rätt instans. Även i förhållande till specialiserad hälso- och sjukvård är det viktigt att kommunikation och återkoppling fungerar som den ska.

Även samordningen av barnhälsovården och ungdomsmottagningar med socialtjänsten och annan relevant verksamhet som riktar sig till barn i så kallade familjecentraler kan förbättras.

Framtidens verksamheter behöver kunna organiseras på ett mer sammanhållet och ändamålsenligt sätt, där det är klarlagt för vilka åldersgrupper den sammanhållna barn- och ungdomshälsovården

ska erbjudas. En utgångspunkt för detta ska vara att förenkla dagens system och om möjligt minska antalet aktuella aktörer. Möjligheten att samordna vårdinsatser för barn upp till 12 år i barnhälsovården och för barn och unga från 13 år inom ungdomsmottagningarnas verksamhet skulle t.ex. leda till en sådan minskning.

Utredaren ska därför

- utreda försättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur reformen kan organiseras och genomföras på ett ändamålsenligt sätt, inklusive att överväga lämpligheten och möjligheten av ett gemensamt huvudmannaskap för bl.a. aktörerna i primärvården (mödravården, barnhälsovården, vårdcentralerna), ungdomsmottagningarna och de medicinska delarna av elevhälsan,
- kartlägga kontaktvägar mellan relevanta instanser inom barn- och ungdomsvården och vid behov föreslå hur dessa kan bli mer ändamålsenliga och effektiva så att barn och unga kan få sina samlade hälso- och sjukvårdsbehov tryggt omhändertagna,
- bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, t.ex. genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården,
- föreslå vad som ska ingå i uppgiften att erbjuda en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och vilka åldersgrupper som vårdens olika aktörer ska ha ett ansvar för,
- utreda samordningsansvaret gentemot andra aktörer, t.ex. den specialiserade vården, och hur samverkan med relevanta aktörer såsom familjecentraler kan stärkas,
- lämna förslag som bidrar till att vården utformas så att barn, unga och närstående ska kunna vara delaktiga i planering, genomförande och uppföljning av stöd och insatser, och
- lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet säkerställa att de förslag som lämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren utgå från ett barnrätts- och ungdomsperspektiv samt ta hänsyn till närstående perspektivet. De insatser som utredaren föreslår ska syfta till att barn och unga erbjuds en jämlik hälso- och sjukvård och hälsofrämjande insatser under hela uppväxten, i alla åldrar oavsett modersmål, bostadsort eller vårdgivare.

Informationsöverföring

För att få till en sammanhållen vård krävs ett fungerande informationsutbyte. Den mångfald av aktörer som barn och unga möter styrs av olika lagstiftningar och måste löpande hantera avvägningen mellan å ena sidan sekretessregler som värnar den enskildes integritet och behovet av informationsdelning för att kunna ge en god vård.

Utredaren ska därför

- föreslå hur möjligheterna till en god informationsförsörjning för såväl verksamheterna som för den enskilde kan stärkas, både när det gäller utbyte av information inom och mellan olika verksamheter eller huvudmannagränser, och
- lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet särskilt beakta Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (EU:s dataskyddsförordning).

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren beakta arbetet med patientkontrakt. I analysen ska även ingå att säkerställa att barn och unga som önskar och där så bedöms lämpligt, ska ha tillgång till sin egen hälsoinformation.

Nationell uppföljning av barn- och ungdomshälsovården

En central uppgift för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga bör vara att följa barns och ungas hälsoutveckling över tid både individuellt och på aggregerad nivå. Som ett led i detta bör en sammanhållen journalföring övervägas som ska kunna följa barnets individuella hälsoutveckling från dagens mödra- och barnhälsovård

till elevhälsan och ungdomsmottagningarna, detta i enlighet med vad Kommissionen för jämlik hälsa föreslår i sitt slutbetänkande (SOU 2017:47). På så sätt samlas informationen om barnets eller den unges hälsoutveckling och det ger ett gott beslutsunderlag för eventuella åtgärder. En sådan uppföljning underlättar också kunskapsutvecklingen om barns och ungas hälsobehov på nationell nivå och kan bidra till att utveckla mer effektiva och tidiga insatser för att förebygga ohälsa hos barn och unga.

Utredaren ska därför

- föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stöder utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll, och
- lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet särskilt beakta EU:s dataskyddsförordning.

Uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa

Både nuvarande regering och tidigare regeringar har genomfört omfattande reformer och satsningar på psykiatri och inom området psykisk hälsa. I januariavtalet anges att ett mål om en köfri barn- och ungdomspsykiatri ska slås fast. För barn- och ungdomspsykiatri har kapaciteten att ta emot fler patienter ökat, men ökningen av barn och unga som mår dåligt har ökat i högre takt vilket innebär att tillgången till vård ändå inte motsvarar behovet. Sedan 2014 har staten och SKL tecknat överenskommelser om insatser på området psykisk hälsa bl.a. för att stödja huvudmännens arbete med att möta den psykiska ohälsan hos barn och unga. För att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri behöver det finnas en väl fungerande första linjens vård som i ett tidigt skede kan fånga upp de barn och unga som behöver hjälp och stöd. Målet kan inte nås enbart genom en utbyggnad av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, utan en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård är en förutsättning även för detta.

För att stödja huvudmännen i deras nuvarande arbete med att utveckla en mer sammanhållen god och nära vård för att bl.a. möta

den psykiska ohälsan bland barn och unga ges utredningen även ett främjande uppdrag. Denna del av uppdraget ska ske i nära dialog med företrädare för ett antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän. I dialogerna med dessa aktörer kan också deras respektive förutsättningar för att ge bra vård och stöd till barn och unga med psykisk ohälsa, samsjuklighet, kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar belysas. På så sätt kan utredaren få kunskap om i vad mån det nationella stödet från både myndigheter och SKL är ändamålsenligt utformat. Den kunskap och de erfarenheter som det främjande uppdraget ger utredaren utgör ett viktigt underlag för de förslag som utredaren har i uppdrag att lämna.

Utredarens främjande uppdrag innebär att, i dialog med företrädare för ett antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän, stärka och stödja deras arbete med att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa hos barn och unga samt att förebygga samsjuklighet och kroniska sjukdomar. Arbetet ska stimulera och inspirera huvudmännen till att utveckla relevanta verksamheter för att på bästa sätt möta de utmaningar som finns.

Utredaren ska därför

- föra dialog med ett relevant antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän av varierande storlek och med en geografisk spridning med målet att ge aktörerna stöd och inspiration för att utveckla former för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga,
- bistå med goda exempel på framgångsrika arbetssätt från andra huvudmän, t.ex. samarbete mellan MVC, BVC, specialiserad hälso- och sjukvård, förskola, skola, socialtjänst och tandvård,
- fånga upp svårigheter och framgångsfaktorer som identifieras i dialogerna och beakta detta i utredningsarbetet, samt
- föra dialog med SKL, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter liksom regionernas och kommunernas egna kunskapsstrukturer för att säkerställa att arbetet utgör ett konkret stöd för en kunskapsbaserad verksamhet och som en del av en samlad nationell kunskapsstyrning.

Utredaren ska därutöver

- i samråd med regioner, kommuner, enskilda skolhuvudmän, SKL, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter, professioner och andra berörda parter, ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri i enlighet med januariavtalet, detta dels genom insatser inom ramen för överenskommelsen som riktas mot barn- och ungdomspsykiatri i sig, dels genom utveckling av det främjande och förebyggande arbetet, så som omställningen till den nära vården, utvecklad elevhälsa och särskilda insatser riktade mot riskgrupper. Underlaget kan även användas för andra nationella insatser för att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri,
- inom ramen för arbetet med att ta fram underlaget till överenskommelse med SKL analysera och ge förslag på hur utökade nationella insatser kan bidra till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri i enlighet med januariavtalet. Förslagen ska vara skalbara.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagets konsekvenser för berörda aktörer. I synnerhet ska konsekvenserna för kvinnor, män och flickor och pojkar, samt hälso- och sjukvårdens och berörda myndigheters roll beskrivas. Även konsekvenserna för en jämlik vård ska beskrivas, både vad gäller jämlik vård mellan olika grupper och kön och vad gäller jämlik vård över landet.

Utredaren ska beräkna och beskriva de administrativa, organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna av de förslag som läggs fram. Om förslagen innebär kostnadsökningar för stat respektive landsting och kommun ska utredaren föreslå hur dessa ska finansieras. Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som motiverat förslagen särskilt redovisas (se 14 kap. 3 § RF).

Barnrätts- och ungdomsperspektivet ska beaktas i utredningen och konsekvenser för barn och unga ska särskilt belysas.

Utredaren ska särskilt

- belysa hur eventuella organisatoriska förändringar påverkar elevhälsan och ungdomsmottagningarna och förutsättningarna att stödja barn och unga, och
- belysa och analysera konsekvenserna av förslagen för barn och unga, med särskilt fokus på grupper som i dagens system inte får sina behov av sjukvårdande och hälsofrämjande insatser tillräckligt tillgodosedda, bl.a. späda barn, barn och unga med psykisk ohälsa och barn och unga med funktionsnedsättningar, kroniska sjukdomar och samsjuklighet som har behov av samordnade insatser från olika aktörer.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska i arbetet samråda med berörda myndigheter, vårdgivare och organisationer som företräder barn och unga och professionerna. Dialogen med barn och unga är särskilt angelägen. Utredaren ska utgå ifrån och samordna sina förslag med utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) och Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) liksom med andra relevanta utredningar.

Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga ska redovisas senast den 1 maj 2021. Vid samma tidpunkt ska uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa delredovisas. Delredovisningen ska göras genom att en skriftlig redogörelse lämnas in till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Den skriftliga redogörelsen ska innehålla en övergripande beskrivning av deluppdraget om att ta fram ett underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL. I övriga delar ska uppdraget redovisas senast den 1 oktober 2021.

(Socialdepartementet)

Sammanställning av barns förslag till utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (SOU 2019:05)

Innehåll

Inledning	520
Frågorna i enkäten på bris.se	522
När mår barn och unga dåligt, och varför?	524
Vart vänder sig barn och unga som mår dåligt?.....	527
Vad vill barn och unga se för förändringar och förbättringar?	530
Förbättringar inom skolan	536
En bättre fritid – för alla	539
Vad får barn och unga att må bra?	541

Jag brukar känna mig ledsen ibland men jag får ingen hjälp, det är därför jag chattar på Bris.

Tjej 11 år

Inledning

Tack till alla som deltagit!

Bris och utredningen vill rikta ett varmt tack till alla barn och unga som delat med sig av sina egna erfarenheter, tankar och idéer för att förbättra vården för barn och unga som mår dåligt.

Att ni lagt tid och energi på att svara på våra frågor är ovärderligt och kommer vara till stor hjälp för utredningen. Tack!

Barns förslag ger vuxna nya perspektiv

Barn är experter på sina egna liv, och har rätt att komma till tals i frågor som rör dem. 700 barn har bidragit med egna erfarenheter, kunskap och förslag till utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (S 2019:05).

Barn har rätt till delaktighet och inflytande i frågor som rör dem och deras liv. Det slås fast i barnkonventionens artikel 12. För organisationer och verksamheter som jobbar med barn blir arbetet bättre om barnens egen åsikt beaktas och tillåts vara en del av verksamhetens utformning. Barns delaktighet ger vuxna nya perspektiv och kan hjälpa oss att se brister och lösningar som kanske inte hade uppmärksammats annars. Det viktigaste är att inflytandet blir på riktigt, användbart och meningsfullt för både barn och vuxna.

En sammanställning av 700 bidrag

I arbetet med den statliga utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (S 2019:05) har Bris och utredningen samarbetat för att möjliggöra för barn själva att komma till tals, och

berätta både om sina egna erfarenheter och sina idéer och förslag på förbättringar. Den här rapporten är en sammanställning av närmare 700 barns bidrag till utredningen.

Underlaget till sammanställningen har samlats in på olika sätt. Bris och utredningen har tillsammans genomfört expertgrupper enligt Bris metod **Expertgrupp barn**¹ på fyra högstadieskolor.

Expertgrupperna har jobbat strukturerat med utredningens frågeställningar under en halvdag. Dessutom har flera skolklasser på samma skolor svarat på frågor och gett viktiga inspel och bidrag.

Fyra skolor runtom i landet har deltagit. Bris har också genomfört en enkät på bris.se, där nästan 400 barn deltog under de två veckor som enkäten låg uppe. De som svarade var i åldrarna 8–18 år. Av de som svarade skattade 148 (38 procent) sin egen hälsa som bra eller mycket bra, och 244 (62 procent) uppgav att deras egen hälsa var dålig eller ganska dålig.

¹ Läs mer om Expertgrupp barn här: bris.se/om-bris/vart-arbete/utbildningar/expertgrupp-barn.

Frågorna i enkäten på bris.se

1. Ålder:
2. Kön:
3. Hälsa är att känna sig både frisk och glad för det mesta, men också att ha goda relationer med familj och kompisar. Har du en bra hälsa?
 - a) Mycket bra
 - b) Bra
 - c) Ganska dålig
 - d) Dålig

1. Vad är viktigast för din hälsa?

2. Kan du berätta om när du inte mår bra och behövde hjälp? Fick du hjälp och hur gick det i så fall?

3. Vilka förändringar i hälso- och sjukvården skulle vara viktigast för dig om du fick önska? (inom t.ex. elevhälsan, ungdomsmottagningen, vårdcentralen, barnpsykiatri etc.)?

4. Hur skulle du vilja vara med och påverka din hälso- och sjukvård i framtiden?

Frågorna vi använt vid genomförandet av skolträffarna

Vet du vem du skulle vända dig till i dag om du skulle må dåligt?

- När mår man dåligt? Vad kan vara symptomen, anledningarna?
- Vem pratar man med när man mår dåligt? Varför?
- Vart kan man vända sig när man mår dåligt och behöver stöd och hjälp?

För att barn och unga ska må bättre – vilka förändringar skulle du önska gjordes?

- Har ni någon ny idé på något som inte finns i dag? Vad skulle det kunna vara?
- Det som finns i dag, hur skulle det kunna bli bättre?

När mår barn och unga dåligt, och varför?

Barnen berättar om trötthet, stress, ångest och nedstämdhet, och beskriver att det kan finnas flera olika anledningar till att må dåligt. Det kan handla om situationen hemma, utsatthet i skolan eller problem i sociala relationer.

Stress, ångest och nedstämdhet

När de barn som deltagit beskriver hur det är att må dåligt berättar många om trötthet – att inte ha ork att göra något, att allt känns tråkigt. De berättar om en känsla av att inte vilja vara med, att isolera sig.

Andra berättar om stress, att märka att ens mående påverkar skolan och betygen, och att de känner stress över det. Stressen kan ge fysiska besvär, som att man mår illa och kräks. Det finns också berättelser om ångest, att känna sig deprimerad och ledsen och bara gråta.

I enkätsvaren är den mest förekommande anledningen att barn och unga inte vet varför de mår dåligt, utan att de känner sig nedstämda utan någon särskild anledning.

En 11-årig tjej förklarar:

Jag mår inte bra och har inte fått hjälp. Jag är ledsen varje dag och det känns som ingen i hela världen gillar mig.

Några av barnen beskriver självmordstankar – att de känner att de inte orkar leva längre eftersom de mår så dåligt.

En 17-årig tjej berättar:

Jag ville dö och hade varit nedstämd i flera månader i sträck, så jag kontaktade min skolas kurator. Svaret jag fick var att det var normalt och inget mer. Det förvärrade bara min mentala hälsa då jag trodde det inte fanns någon väg ut ur att jag mådde så dåligt.

En 15-årig tjej skriver:

Jag mår inte bra nu och tänker inte ta hjälp. Jag vill dö.

Jag har inte tid att må dåligt jag behöver tänka på min framtid.

Tjej 15 år

Utsatthet i hemmet

Att ha det jobbigt hemma med föräldrar eller syskon ger upphov till dåligt mående för flera barn och unga. Det kan handla om både fysiskt och psykiskt våld i hemmet och en känsla av att inte ha en trygghet punkt. Det kan också handla om föräldrar som själva har det svårt, exempelvis föräldrar som mår dåligt, som dricker för mycket eller använder droger. Eller om att det är mycket bråk hemma.

En 11-årig tjej berättar:

Det är många gånger vi bråkar och slåss hemma och det gillar inte jag. Men när jag inte bråkar med min mamma mår jag jättebra. Min mamma skriker hela tiden och jag vet inte om det är jag som gör något fel.

Dåligt mående kopplat till skolan

I skolklasserna berättar många barn om dåligt mående kopplat till skolan. Att vara stressad över prov, och inte få vardagen att gå ihop med pluggande, träning och pendling.

Barnen beskriver att den som börjar må dåligt kan få mindre gjort, somna på lektionerna, tappa motivationen och få dåliga betyg. Vad som skulle kunna ses som tidiga tecken på psykisk ohälsa ser skolan som att barnen "latar sig" eller "skiter i skolan" – trots att barnen gör sitt bästa.

När skolan påverkas, påverkas också resten av livet, vittnar barnen om. Man mår dåligt, vill inte äta och har svårt att sova. Man tänker att det är ens eget fel och känner sig nere eller ledsen. Man kanske

säger till sina föräldrar att man inte vill gå till skolan och att man är sjuk fast det inte är så.

Barnen upplever att skolan i dag behöver skolan fånga upp elever som verkar må dåligt, kunna se tidiga signaler. Den som mår dåligt kanske är tyst, trött och nere, och kanske inte beter sig som vanligt.

Att må dåligt av mobbning

Flera barn och unga skriver att de mår dåligt som ett resultat av den mobbning de blir utsatta för. Det är svårt att be om hjälp eller få hjälp för den som är utsatt, berättar de. Det finns vittnesmål både om att det känns svårt att prata med föräldrar, och om att lärare inte ser eller gör tillräckligt.

En 10-årig tjej berättar:

Jag har inga klasskompisar, på rasterna känner jag mig osynlig och udda. Jag blir mobbad nästan hela tiden känns det som och andra barn säger jättefula saker till mig.

Ett barn skriver:

Jag började att må sämre i 2:an eller 3:an för att jag blev mobbad varje dag, hade inte så bra eller många vänner och bråkade ganska mycket med min familj. I 3:an eller 4:an så började jag prata med skolsystemen för att jag inte hade någon annan att snacka med, och det blev lite bättre.

Sociala medier

Sociala medier kan mata en med bekräftelse, beskriver barnen. Det är bra när man vill komma bort från verkligheten, men det kan också leda till man jämför sig med andra. De berättar om utsatthet på nätet, både att bli mobbad och kränkt men också till exempel rädsla för att information om en själv sprids utanför ens egen kontroll, vilket skrämmer och stressar. Det man skriver eller delar med sig av finns kvar där ute för alltid och går inte att ta bort.

Barn berättar om nära vänskap på nätet, relationer som betyder mycket. Kompisar som man kan prata om allt med, även om man inte träffas. Det är en trygghet att ha vänner på distans – då kan de inte skada en även om de skulle sprida vidare det man berättar.

Vart vänder sig barn och unga som mår dåligt?

Barnen berättar att de ofta börjar med att söka information på nätet, att det känns lättast att börja där. I vissa fall kan det kännas självklart att vända sig till föräldrar, men andra gånger eller i andra ämnen är det svårare att veta var man kan få stöd och hjälp. Återkommande hos barnen är upplevelsen av att vuxna inte riktigt förstår eller lyssnar.

Familj och vänner i första hand

Många barn berättar att de skulle vända sig till familjen i första hand, föräldrar eller syskon. Men de lyfter också att andra barn kanske inte har möjlighet att prata med sina föräldrar, om problemen är kopplade till hemmet eller om föräldrar har svårt att lyssna och förstå. Många får höra från sina föräldrar att de överreagerar och upplever att de inte tas på allvar när de försöker berätta om hur de mår.

En del killar kan också uppleva att det är svårt att söka hjälp på grund av manlighetsnormer, att de inte ska visa sig svaga. Även hedersnormer påverkar starkt – att ingen utanför familjen ska veta om ens problem och mående.

Jag vill lösa det på egen hand och inom familjen först.

Bland de barn som svarade på enkäten är det vanligt att vända sig till föräldrar för att få vidare hjälp med kontakten till en kurator eller psykolog.

En 13-årig kille skriver:

Mådde dåligt i skolan, fick prata med psykologer som mina föräldrar hjälpte mig få träffa. Fick bättre självförtroende och bytte skola och klass när jag började sjuan.

Andra vill helst prata med sina vänner, kanske av rädsla för att föräldrar förstorar och gör saker värre än de är. De vill i stället ha positiv energi från vännerna. De förstorar inte och vet hur det är – de lever i samma värld, det gör ju inte föräldrarna.

Stöd av andra viktiga vuxna

Andra viktiga vuxna som barn kan tänka sig att vända sig till är tränare, skolvärdar, fritidsledare eller andra vuxna i närheten som grannar eller vänner. En vuxen som barnet är bekväm med, som i sin tur kan hjälpa till med att kontakta psykolog eller barn- och ungdomspsykiatri, BUP.

En 15-årig tjej berättar:

Jag skulle aldrig gå till BUP eller ungdomsmottagningen för jag är en sådan person som gillar att prata med någon jag känner och som är nära mig. En familj, nära vänner, en lärare eller god granne. Jag skulle inte prata med en främling som jag inte litar på.

Skolan och kuratorn

Barnen upplever det olika lätt eller svårt att vända sig till lärare och skolpersonal för stöd. En del menar att det går att få hjälp om läraren får veta hur man mår och hur man har det hemma. Andra upplever att det inte finns någon att vända sig till, att lärare inte bryr sig på riktigt.

Barnen lyfter skolkuratorn som någon det går att prata med, men det är oklart för många vad som gäller. En del har hört att det inte råder tystnadsplikt och att det inte känns som om kuratorn går att lita på.

En elev berättar:

Jag litar inte på kuratorn. Säger att det stannar här men sedan ringer de föräldrarna.

I enkätsvaren är det flera barn och unga som uppger att de har vänt sig till skolkuratoren eller kuratorer via ungdomsmottagningen när de mår dåligt. Däremot är det få av dessa barn som upplever att de har blivit tagna på allvar när de försökt upprätta kontakt med en kurator. Det kan handla om att de upplever sig bli avfärdade med motiveringen att ”må dåligt är en del av livet”, eller att kuratorn inte har tid att lyssna.

Flera barn och unga skriver också att det är svårt att få tillit till en kurator eftersom de många gånger tar kontakt med deras föräldrar efter samtalet.

Bris – när hjälpen inte finns

Flera barn som skriver att de mår dåligt nämner också att de inte får någon hjälp av sin omgivning. Då vänder de sig till Bris.

En 11-årig tjej berättar:

Jag brukar känna mig ledsen ibland men jag får ingen hjälp det är därför jag chattar på Bris.

En 14-årig tjej skriver:

Jag mår fortfarande inte alls bra men sist skrev jag här på Bris och det hjälpte i den situationen.

Svårt att ta professionellt stöd själv

Det kan upplevas svårt att själv ta sig till vårdcentralen eller BUP som minderårig. Då upplevs det lättare att ta kontakt med exempelvis Bris eller digitala vårdcentraler.

En del har fått råd och hjälp av lärare om vart man kan vända sig. Andra har haft kontakt med ungdomsmottagningen, UMO. Men många har också frågor och är osäkra på vilket professionellt stöd som är tillgängligt, och på huruvida det går att ta kontakt utan föräldrarnas vetskap.

Vårdcentralen är för hur du mår fysiskt och inte psykiskt.

Tjej 15 år

Vad vill barn och unga se för förändringar och förbättringar?

De barn och unga som bidragit med sina synpunkter har många idéer och förslag på förändringar. De tycker att vuxna behöver bli bättre på att se och förstå hur de mår.

Här presenteras tre områden som barnen lyfter fram: skola, vård och elevhälsa, samt fritid.

Ta psykisk hälsa på större allvar

Flera av de barn som deltagit berättar att de inte upplever att deras psykiska hälsa tas på allvar. Av de som svarat på frågan om förslag på förändringar i enkäten på bris.se är det 20 procent som lyft detta. Det kan handla om att de upplever att det läggs större fokus på den fysiska hälsan och att de sällan får frågor om den psykiska hälsan. Att de önskar att de fick regelbundna psykologsamtal för att kolla av hur de mår. Men också att det tar tid att kunna öppna upp sig och berätta om det som är svårt, att det gäller att få chansen och bli lyssnad på.

Barnen efterlyser också mer kunskap hos vuxna om orsakerna till psykisk ohälsa, att vuxna behöver se vad som ligger bakom ätstörningar, stress eller självskadebeteende. Att det också kan handla om neuropsykiatriska diagnoser som är oupptäckta, till exempel.

Det tar tid att kunna öppna upp sig och berätta om det som är svårt, det gäller att få chansen och bli lyssnad på.

Skolpersonal kan inte bara förvänta sig att kuratorerna ska kunna prata med alla barn, utan lärare behöver kunskap för att kunna lyssna på och ta hand om barn som mår dåligt. Kuratorerna är ofta instängda på sina kontor och ser inte allt som händer i skolan.

En 14-årig tjej berättar:

Hittills när jag har varit på hälsokontroller i skolan så känns det som att de bryr sig mer om min vikt och längd än om min psykiska hälsa. Jag skulle vilja att de fokuserade mer på hur jag faktiskt mår.

En 15-årig tjej skriver:

Att vuxna på barn- och ungdomshälsan faktiskt skulle tro på det man säger. Ett av de största problemen som jag haft, och som många andra har, är att man inte vill öppna upp för folk för att man är rädd att de inte ska tro på en. När inte ens vuxna på barn- och ungdomshälsan tar mig seriöst, vet jag inte vad jag ska göra.

Vuxenvärlden måste förstå

Barnen beskriver hur de skulle vilja bli peppade för att bättre kunna prata med sina föräldrar. Men de efterlyser också mer kunskap och stöd till föräldrar, framför allt om tonåringars behov, om hur det är att växa upp i dag. Till exempel förståelse för att det ställs höga krav i skolan och att pressen på att skaffa en god utbildning är stor, eller om livet online och i sociala medier.

Alla ungdomar i dag får någon gång höra att dagens ungdomar är stökiga, mobilberoende, kaotiska, bråkar. Det är inte allt vi är.

Förbättringar inom vården och elevhälsan

Välkomnande väntrum, stöd via en app och anonyma chattar är några av de konkreta förbättringsförslag barnen kommer med. De lyfter också vikten av mer information, kortare vårdköer, ökad tillgänglighet och individanpassad vård.

Mer information om psykisk ohälsa

De barn som deltagit vill ha mer information om psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Av de barn som gett förslag på förändringar i enkäten på bris.se är det 11 procent som önskar mer information. Precis som att det informeras om hur man själv kan upptäcka bröstcancer, behöver människor få veta vad som främjar och vad som ökar riskerna för psykisk ohälsa – ”som mammografi fast för psykiska sjuk-

domar”. Organisationer som arbetar med psykisk hälsa kan också komma och presentera sig i skolan.

Att inte veta vart man ska vända sig, hur man bokar en tid, eller vart man ska gå är också ett vanligt förekommande problem för barn och unga. Många önskar att det fanns mer tillgänglig information om var man kan ta vägen när man behöver prata med någon. Detta hänger ihop med en önskan om att föräldrar inte alltid ska behöva vara involverade i barnets hälsa.

En 14-årig tjej skriver:

Jag visste till exempel inte om att det fanns en kurator i skolan förrän jag började högstadiet.

En elev föreslår:

När jag mår dåligt så tycker vi att en ska få en mentor som tar hand om en hela vägen i vården och hjälper en med allt. Man ska träffas en gång i veckan och prata, ta en fika, prata och skapa relationer. Det vore också bra att kunna träffa andra i samma situation. Borde vara obligatoriskt för mentorer att ta upp var man kan söka hjälp när man mår dåligt. Typ när man börjar högstadiet.

Mer tillgänglig elevhälsa

Barnen önskar att skolsköterskan är på plats oftare, och är mer tillgänglig. Att det finns två personer på elevhälsan så att det går att välja den som eleven känner störst förtroende för, är också ett förslag som kom upp. Man ska få söka hjälp när man själv känner att man skulle behöva det, och kunna gå dit en gång i veckan om det behövs.

Det kan vara svårt och kännas pinsamt att gå till skolsköterskan och kuratorn, påpekar barnen. Då kan det underlätta med till exempel en brevlåda där man kan lämna att man vill bli kontaktad och få stöd och hjälp, eller anonyma chattar för de som inte vågar prata direkt med en vuxen. Barnen önskar också att även om de vuxna är utbildade och professionella så ska inte ha åsikter eller ge råd direkt – de måste öva på att bara ge stöd och lyssna.

En elev säger:

Elevhälsan måste vara på skolan (inte bara tisdagar mellan 13 och 14 ojämnta veckor).

En elev föreslår:

Några av mina tankar för att förbättra ungas hälsa är att få hjälp nu. För om man väntar med de där psykologmötena så kanske det blir värre och värre och till slut kanske det brister över. Och för att förbättra det kan man ha fler timmar som skolsyster, kuratorer och psykologer på skolorna.

Kontinuerlig psykologkontakt för alla

Det är inte enkelt att öppna upp sig för en lärare, menar barnen. Ett förslag är därför att varje elev skickas till någon psykolog eller liknande där den kan fylla i en enkät som kan visa hur den mår – och sedan få hjälp om måendet blir sämre.

Tydighet kring tystnadsplikt och tillgänglighet

Av de barn och unga som lyft förslag på förändringar i enkäten på [bris.se](https://www.bris.se) handlar 40 procent om tystnadsplikt och tillgänglighet. Flera av barnen skriver att de inte vågar öppna sig, eller ens ta kontakt med en kurator eftersom de är rädda för att kuratorn sedan ska ta kontakt med föräldrarna. Det leder till att flera har blivit avskräckta från att ta kontakt eller att berätta det allra jobbigaste.

En 13-årig tjej skriver:

Att även om man berättar om sina djupa tankar så ska de absolut inte säga till våra föräldrar. Fy fan vad jag blev arg när min kurator på ungdomsmottagningen ringde mamma och pappa för att jag berättade. Usch, nä, det skulle jag verkligen velat ändra på.

Det är inte tydligt för barn vart det går att vända sig i dag. Många beskriver erfarenheter av att hamna mellan stolarna. Att inte må tillräckligt dåligt, eller att må för dåligt och bli bollad mellan elevhälsan och psykologen. Att fastna i vårdköer och inte få hjälp i tid.

Korta köerna och gör det enklare att ta kontakt som minderårig

Barnen berättar också om hur de upplever att vården är begränsad, eftersom man inte är myndig och inte kan upprätta kontakt med vården på egen hand. En annan tillgänglighetsfråga hör ihop med svårigheten att få fatta vissa beslut om sig själva och sin egen kropp. Om du inte är myndig kan vuxna ta beslut åt dig, till exempel om abort.

Det finns också en missbelåtenhet i vårdens tillgänglighet vad gäller öppettider och väntetid, att det tar tid att få rätt hjälp. Och att 1–2 månader är väldigt lång tid i en ung människas liv. Även bristen på kontinuitet i vården får kritik, att man kan tvingas byta psykolog ofta till exempel. Barnen ställer frågan: Går det att öppna vårdcentraler med drop-in, men med anpassade välkomnande väntrum för barn och unga? Barnen lyfter också att de vill ha tillgång till sina egna journaler på 1177, i dag är det inte logiskt vilka åldersgränser som gäller, tycker de.

En 12-årig tjej säger:

Det måste bli enklare att söka vård när man är barn. Man kanske inte vill prata med sina föräldrar.

En 14-årig tjej berättar:

Jag tycker att allting är bra som det är, förutom att jag tycker att man borde kunna göra en diagnosutredning utan att föräldrarna behöver godkänna/ vara med.

Det måste bli enklare att söka vård när man är barn. Man kanske inte vill prata med sina föräldrar.”

Anpassad vård

Individanpassad vård är något som barnen själva lyfter, att vården inte ska vara generaliserad och normativ. Till exempel behöver en person som har ätstörningar inte vara fixerad vid sitt utseende och sin vikt – det kan också vara en konsekvens av en obehandlad depression.

En elev föreslår:

Jag tycker att det borde finnas mer personal på sjukhus så att det går fortare för dem som behöver hjälp. Så att man slipper att sitta och vänta i flera timmar tills man ens får hjälp.

En elev berättar:

Ätstörningsmottagningen jobbar inte med orsaken till ätstörning, men det finns alltid en orsak. Barnet kan må bättre och förlora ätstörningen men orsaken är fortfarande där. Då kan det fortsätta under lång tid.

Utveckla det digitala stödet

Barnen efterlyser digitala möjligheter och stöd på deras villkor. Några skulle vilja få stöd via sms, andra efterfrågar en app.

Appen skulle kunna fråga hur man mår och ge ett peppande citat om dagen. Appen skulle även kunna hjälpa en att prata om sitt mående. Om appen ser att du mår sämre kan den ge dig tips och råd på vart du kan vända dig i ditt närområde och även hjälpa dig att kontakta BUP eller vårdcentralen. Appen ska ha utbildade personer som ger dig stöd och hjälp och som du kan prata med. Det ska vara tillgängligt och öppet alla timmar på dygnet.

Skolkuratoren och Bris i samarbete

Fler ställen dit man kan gå och prata anonymt, är förslag som kommer upp. Skolkuratoren och Bris skulle kunna ha ett samarbete – det kan finnas en person som eleverna kan prata med från Bris, som är utvald och ansvarar för ett visst antal skolor eller område. Man kan ha en Bris-app som visar hur det går att komma i kontakt med Bris.

Det kan vara bra om man får säga allt man håller inom sig, annars skapar man bara en stor klump i magen som växer och växer.

Det måste bli enklare att söka vård när man är barn.

Tjej 12 år

Förbättringar inom skolan

Skolan är en stor del av barn och ungas liv. Här kan många förebyggande insatser göras. Barnen lyfter vikten av att ha trygga och närvarande vuxna i skolan som lyssnar, och att skolan kan jobba på att öka barnens självkänsla och minska pressen.

Det är fel att skylla ungdomars stress, ångest och depression på sociala medier när det i själva verket är tvärtom och skolan är anledningen till att de flesta mår dåligt.

Skolan behöver bli bättre på att lyssna

Alla ska kunna ha någon att prata med i skolan, anser barnen. Lärarna behöver lyssna mycket mer på vad barnen behöver hjälp med. Personalen i skolan måste också kunna ta emot feedback från barnen om sitt bemötande och hantering. Barnen efterlyser fler vuxna i skolan att kunna prata med om hur de mår och om livet, inte bara kopplat till skolresultat och studier.

Minska pressen i skolan

Stress kopplat till skolarbete och prov är återkommande i barnens upplevelser. Om pressen i skolan minskade lite skulle det minska stressen, tycker många. Att barn är olika bra på olika saker skapar också en stress i form av en känsla att inte passa in i skolan. Att inte hänga med i skolan, menar barnen på kan leda till psykisk ohälsa.

Anpassa prov och examination

Barnen efterlyser också mer information om vilka anpassningar som kan göras för att minska stress och psykisk ohälsa när det gäller examinationer – att elever själva ska kunna ges inflytande över hur de genomför prov. Alla kan inte få hjälp hemma med skolarbetet, det är viktigt att det extrastödet finns i skolan.

Hjälp att öka barnens självkänsla

Skolan kan jobba på ett mer systematiskt och strukturerat sätt för att öka elevernas självkänsla, menar barnen, som föreslår lektioner i hur vi ska bemöta varandra och bete oss mot varandra. Men även hur man gör när en kompis mår dåligt, eller när man själv mår dåligt.

Kan man lägga upp komplimanger som post-it lappar överallt på skolan? Avsluta skoldagen med reflektionstid med alla elever kring dagen som varit? Skolan borde också bli bättre på att prata om att det är okej att må dåligt, och att det finns hjälp.

En elev berättar:

Jag hade velat att det fanns flera vuxna i skolan som bara finns där och inte bryr sig så mycket om just skolan. Utan dom bara finns där för att vi ska kunna prata med dom om allt annat än skolan.

Många lyfter även livet i sociala medier som en svårighet där skolan och vuxenvärlden behöver komma ikapp. Att prata om hur man beterar sig på sociala medier, och hur man skyddar sig.

Klasser anpassade efter intressen

När man börjar ettan, föreslår några av barnen, kan man berätta om sina intressen för läraren eller rektorn. Sedan kan skolan sätta ihop klasser med elever med samma intressen. Man ska också kunna byta klass lättare om man vill komma till en klass där fler har samma intressen.

Lärare och rektorer bör veta mer om barnen i klassen för att få till en bättre klassammansättning. I arbetslivet intervjuas man av ju sin chef och kan byta arbetsuppgifter eller arbetsgrupp vid behov. Motsvarande bör ske i skolan.

Öka tryggheten i skolan

Det behövs också åtgärder för att öka tryggheten i skolan och minska mobbningen, menar barnen. Framför allt handlar det om att vuxna behöver vara närvarande, se men också agera. Det är svårt att som barn själv slå larm, eftersom det kan finnas en rädsla både för att det kan bli värre om man skvallrar, och för att inget kommer förändras.

En elev skriver:

Jag skulle önska att man jobbade mer och var hårdare med mobbning och att man pratar med elever ganska ofta om hur dom mår både på fritiden och i skolan.

Bättre skolmat för att orka

Om elever får bra mat orkar de mer i skolan, och mår bättre, menar barnen. Det gäller både tillgång till skolkafé och bättre skolmat. Eleverna tycker även att de ska vara delaktiga i val av maten som ska serveras.

En elev skriver:

Mer mat i skolan för att man ska orka hela dagen.

En annan elev föreslår också:

Det borde även finnas fler matalternativ i skolan så ungdomarna inte skippar maten i skolan och går och köper godis och läsk i stället.

En bättre fritid – för alla

Barnen lyfter själva att ojämlika uppväxtvillkor gör att alla inte har tillgång till meningsfulla fritidsaktiviteter – gratis busskort, öppna fritidsgårdar och gratis aktiviteter kommer upp som förslag.

Meningsfull fritid

Barnen beskriver att de vill ha fler aktiviteter i skolan, och mer varierande lektioner där de kan vara kreativa. På så sätt blir det enklare och roligare att lära sig. De önskar också fler aktiviteter på ungdomsgården och i närområdet som är kostnadsfria för alla barn.

Ungdomsgårdar i varje kommun

Fritidsgårdar och ungdomsgårdar ska vara obligatoriska och finnas i varje kommun och stadsdel, så att kommuner inte kan välja bort dem när det blir dålig ekonomi. Ungdomsgårdar är viktiga för att minska kriminalitet och droganvändande i ett område. Att ungdomsgårdarna är öppna varje dag och på helgerna är viktigt för att ungdomarna ska ha något att göra på sin fritid och hålla sig borta från torget och kriminaliteten.

En 15-årig kille skriver:

Ungdomarna har väldigt tråkigt under helgerna, då borde fritidsgården vara öppen. Har vi jättråkigt hänger vi i centrum och där hänger grabbarna som säljer och som kan locka en att göra kriminella saker. Många börjar kriminaliteten för att det är tråkigt och för att de inte har något att göra på sin fritid.

En elev säger:

För att må bra ska man alltid vara sysselsatt. Sporta, sticka, pyssla, spela spel osv. Alltså det jag vill ska förändras för att barn ska må bättre är att alla barn ska ha minst en aktivitet att satsa på. Det kan vara från att använda hela kroppen till att vara praktisk med händerna.

Jämlika uppväxtvillkor

Barnen lyfter också att uppväxtvillkoren skiljer sig åt och att alla inte har möjlighet att till exempel idrotta eller ha tillgång till meningsfulla fritidsaktiviteter. Här finns förslag som gratis sommarlovsbusskort så alla barn kan ta sig runt i sin kommun och inte behöver vara beroende av sin familjs ekonomi eller behöva planka för att ta sig runt med kollektivtrafik.

Barn efterlyser också kostnadsfria läger, fritidsgårdar i alla städer som har öppet sent, och fler idrottshallar – där det går att idrotta gratis. Och mer pengar till skolorna som ligger i förorterna då de behöver mer stöd och hjälp att kunna hjälpa sina skolelever.

Vad får barn och unga att må bra?

När barnen fick frågan om vad som får barn och unga att må bra i dag lyfte de själva kost, motion och fysisk hälsa, men också nära och viktiga relationer och att ha någon att prata med.

Du vet att du mår bra när du känner dig glad både inombords och utåt. När du har kompisar och familj att vända dig till när du inte mår så bra.

Kost, motion och hälsa

Många av de barn som deltagit uppger att kost, motion och den fysiska hälsan på många sätt påverkar välmåendet. Det kan handla om att få tillräckligt mycket sömn, att röra på sig varje dag och äta en hälsosam och varierad kost. Musik, sport, djur och natur lyfts också upp.

En 17-årig tjej svarar:

Att jag känner att min kropp mår bra.

En 13-årig kille skriver:

Att jag tränar mycket på fritiden och det gör jag.

Vänner, familj och relationer

Flera av barnen uppger att en god relation med både vänner och familj är viktig förutsättning för att må bra. Många skriver att det är lätt att må dåligt när man är ensam och att det därför är viktigt att de sociala relationerna fungerar i vardagen.

En 14-årig tjej beskriver:

Jag har dåliga och bra dagar för jag har inte en bra relation med min pappa eller hans familj, då de alla lämnat mig. Men det gör inget för jag behöver inte dom längre för jag har hela min mammas och bonuspappas familj som finns för mig och älskar mig.

Att ha någon att prata med

Att ha möjlighet till att prata om sina känslor och kunna vända sig till någon för att få stöd och råd är också omständigheter som påverkar hur barn och unga mår. Flera skriver att möjligheten att prata med någon när det behövs är betydelsefullt för att en ska kunna må bra.

En 17-årig tjej berättar:

Att ha bra vänner som jag kan lita på, och att kunna prata ut med någon. Det kan vara skolkurator eller någon annan, men att få prata ut.

Rapport God och nära vård

av Föreningen Tilia

Förord

Vi är tacksamma för möjligheten att få samarbeta med denna statliga utredning som genuint och på riktigt ser värdet av ungas egna röster. Unga bär på en unik kompetens, nämligen hur det är att vara ung i dag. Denna kompetens behöver vi lyssna in för att skapa aktuella förändringar i samhället och på individnivå.

Utredningens uppdrag möter Tiliás grundtankar om att se människan utifrån ett salutogent holistiskt perspektiv. Utredningens hälsofrämjande- och förebyggande arbete, likväl som att i ökad grad se över tidiga insatser, är ytterligare en beröringspunkt. En ung deltagare från expertgruppen vi arbetat med, vars röst är en av dem som står till grund för denna rapport, uttrycker det så här: ”Det känns väldigt skönt att vi fått ta ett nytt perspektiv, jag har alltid sett att vården enbart är till för dom i nöden. Det känns väldigt bra att vi ska kunna hjälpa innan det blir akut, som exempelvis att förebygga och inte bara hjälpa dom som mår dåligt, utan även de som mår bra, så att de kanske inte behöver hamna där”.

Att sätta in stöd tidigt och tillgängligt är ett sätt att forma insatser efter målgruppens behov. Vi kan på detta sätt minska framför allt mänskligt lidande, men också ekonomiska kostnader, genom att möta barn och unga innan sjukdom uppstår. I dag väntar vi många gånger tills individen utvecklats sjukdom innan hjälp sätts in.

Vi vill därför rikta ett stort tack till Peter Almgren med kollegor som öppet, ödmjukt och med stor respekt har mött vår unga expertgrupp, lyssnat in och tagit vidare deras röster till faktiska förslag. Tillsammans skapar vi ett system där ungas behov styr.

Uppdrag Tilia / S 2019:05

Tilia har i den statliga utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” S 2019:05 bistått med en expertgrupp för att synliggöra brister, lyfta goda exempel och ge förslag på förändringar i vård och stöd vid psykisk (o)hälsa.

Bakgrund

Tilia har sedan 2012 arbetat för psykisk hälsa, på uppdrag av unga. Föreningen grundades utifrån ungas egna röster om vad som behövs, både direkt stödjande och på samhällsnivå.

Under våra verksamma år har vi fått en samlad bild av olika ungas upplevelser kring psykisk (o)hälsa, genom att vi möter dem dagligen.

Vi har även noterat att samhället förändras snabbt och därmed också ungas behov. För att vara förankrade i ungas verklighet och möta dem med insatser som tilltalar dem, krävs ett löpande och ständigt uppdaterat målgruppsarbete.

Vi ser också gemensamma nämnare som inte förändras nämnvärt över tid. Som att ungas hälsa och självkänsla ökar då de känner sig hörda och inkluderade. Enligt Tilia undviker vi slöseri med resurser om vi direkt möter det unga behöver, i stället för det vi tror unga behöver. Denna problembild råder allt för ofta på beslutsfattarnivå, där vuxnas uppfattning om vad unga behöver styr agendan, där unga inte får äga tolkningsföreträdet.

Metod ungas röster

Då vi på Tilia önskar agera föredöme och inspirera fler aktörer i samhället att i ökad grad inkludera unga i processer då beslut ska fattas, har vi formulerat en metod; ungas röster. Inom ramen för metoden bistår vi beslutsfattare med experter, alltså unga själva, samt facilitering kring detta.

Metoden avser att skapa utrymme åt unga att komma till tals i de processer som rör dem. Detta genom att låta unga vara de som primärt formar agendan utifrån sina behov, erfarenheter och önskemål. Detta formuleras sedan till förslag av och med unga med syfte att levereras direkt till beslutsfattare eller professionen som har i ansvar att formulera detta till konkreta förslag utifrån samhällets system.

Det är även av stor vikt att de som leder arbetet inom ramen för metoden har gedigen erfarenhet av arbete nära unga, en bred insyn i det dagliga stödet föreningen erbjuder samt att ledarna har erfarenhet av att leda men inte styra samtal. Det vill säga att skapa ett klimat utifrån öppna frågeställningar, där unga styr samtalet utifrån sina behov. För att detta arbete ska fungera så bra som möjligt krävs goda insikter i perspektiv som åldersmaktsordning, men också kunskap om hur vi i en grupp skapar utrymme för alla att komma till tals trots olikheter.

Vårt syfte med metoden är att vända på arbetsgången, som annars vanligen innebär att beslutsfattare tar fram underlag som unga i bästa fall får tycka till, alternativt får bistå med sin åsikt till en redan formulerad idé, formad utifrån ett vuxenperspektiv. Detta sker dessutom allt för ofta i miljöer där unga är underrepresenterade och i en kontext där vuxnas vokabulär och uttryck står i centrum. Vi vill genom vår metod bidra till att unga får trygga miljöer att tycka till och arbeta i.

Arbetssätt

Arbetssättet i metoden Ungas röster anpassas efter uppdrag, ofta med en grund i en förundersökning för att skapa utrymme åt en större mängd unga att komma till tals på ett övergripande plan.

Vi arbetar sedan vidare med ett mindre antal personer i djupintervjuer eller enkätformulär om den egna erfarenheten. Arbetet tas sedan vidare i workshops, då i mindre grupper med djupgående arbete

och ofta vid återkommande tillfällen. Syftet är att unga ska inkluderas hela vägen från idé till färdigt beslut eller förslag.

Exempel där metoden tidigare använts

- SOU 207:111 För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård.
- Nationell samordning och utveckling på området psykisk hälsa (S 2015:09) ”Ungas beställning till samhället”.
- Nationell samordning och utveckling på området psykisk hälsa (S 2015:09) ”Studenternas beställning till samhället”.
- International Initiative for Mental Health Leadership (IIMHL) konferens, 2018 Stockholm. Uppdragsgivare: Folkhälsomyndigheten och Sveriges kommuner och regioner (SKR).
- ”Ungas beställning till samhället” Uppdragsgivare: Region Jämtland Härjedalen 2021.

Tilias ungas röster och God och nära vård

Förarbete

Vi genomförde förarbetet där 95 unga deltog, via Sociala medier, genom frågeställningar på Instagram story och live. Där ställde vi generella frågor om vad som behövs för att vården ska kunna vara god och nära samt riktade frågeställningar om hur olika insatser kan arbeta för att möjliggöra en så god vård som möjligt.

Frågeställningar:

Om du på något sätt söker stöd vid ett dåligt mående:

- Vart vänder du dig?
- Vad gör att du vänder dig dit, alternativt inte vänder dig dit?
- Hinder och möjligheter att söka stöd?
- Vad är viktigt för dig när du får stöd?
- Finns det några huvudfaktorer som hade gjort/skulle göra att du sökte stöd tidigare?
- Vad hade samhället kunna gjort?

Workshops med expertgrupp

Ansökningar från unga som ville medverka i expertgruppen togs emot av Tilia. Deltagarantalet bestämdes till en grupp om totalt åtta. Gruppen har träffats i två omgångar om två timmar per tillfälle. Gruppen bestod av unga med olika könsidentitet (med en majoritet cis-tjejer), i åldrarna 17–24 år, från olika delar av Sverige och med varierad erfarenhet av samhällets stödprocesser vad avser psykisk (o)hälsa. Vi har kommunicerat via skrift, i samtal samt i helgrupp och mindre arbetsgrupper.

Frågeställningar från utredningen:

Utredningen förmedlade nedanstående frågor till Tilia inför första workshopen. Tanken var att rikta frågorna mer direkt mot psykisk hälsa och erfarenheter av vården, särskilt de verksamheter som direktivet pekar på.

1. Hälsa är att känna sig både frisk och glad för det mesta, men också att ha goda relationer med familj och kompisar. Har du en bra hälsa?
 - a) Mycket bra
 - b) Bra
 - c) Ganska dålig
 - d) Dålig
2. Vad är viktigast för din hälsa?
3. Kan du berätta om när du inte mår bra och behövde hjälp? Fick du hjälp och hur gick det i så fall?
4. Vilka förändringar i vården skulle vara viktigast för dig om du fick önska? (inom till exempel elevhälsan, ungdomsmottagningen, vårdcentralen, barnpsykiatri etc.)?
5. Hur skulle du vilja vara med och påverka din vård i framtiden?

Framtagning av förslag

Workshopen hölls 2020-11-11 via det digitala verktyget Zoom, medverkade på mötet gjorde två medarbetare från Tilia, med syfte att leda och anteckna. Utredningen deltog kort i inledningen för att berätta om utredningen och syftet med fokusgruppen. Arbets sättet i detta första möte har formulerats av unga, där unga själva fått styra samtalen, utifrån vad de anser är relevant att lyfta.

Anteckningarna har sedan i två omgångar skickats ut till deltagarna som kunnat återkomma med ändringar, för att säkerställa att innehållet är korrekt enligt referensgruppen.

Anteckningar och förslag från de unga skickades sedan till utredningen En sammanhållen god och nära vård för barn och unga S 2019:05.

Uppföljning av förslag

Under ett uppföljande möte 2021-01-13 presenterade utredningen sina förslag preliminära förslag inom bland annat uppdraget psykisk ohälsa för Tillas expertgrupp. Efter presentationen delades expertgruppen upp i bikupor för att diskutera förslagen närmare och lämna utrymme även för utredningen att ställa frågor till expertgruppen, i syfte att få en djupare förståelse för feedbacken.

Expertgruppen från Tilia gav direkt feedback på vad som upplevdes som positiv riktning samt vad utredningen hade möjlighet att förbättra i sina förslag.

Frågeställningar till workshop

Del 1: Vad är psykisk (o)hälsa?

Inledande frågor som besvarades anonymt via verktyget Mentimeter.

- Vad är psykisk hälsa för dig?
- Hur stärker du din psykiska hälsa?
- Hur ser du på psykisk ohälsa?
- Nämn de tre ord som är viktiga för dig när du mår dåligt?

Del 2: Innan du söker stöd

Frågeställning: Vad behöver samhället göra för att du ska söka stöd?
Diskuterades i bikipor, samt gemensam diskussion i helgrupp.

Del 3: Du som sökt stöd i vården

Individuellt frågeformulär, se bilaga 1.

Del 4: När du söker stöd

Frågeställning: Vad önskar du få ut av ditt stöd?

Bikipor:

Vad är viktigt för dig för att du ska fortsätta söka det stöd du behöver? Gemensam diskussion i helgrupp.

Bikupor:

1. Ungdomsmottagningar/Vårdcentraler/elevhälsa med flera. Hur kan de arbeta?
2. Specialiserad vård: BUP/Vuxenpsykiatri. Hur kan de arbeta?
Gemensam diskussion i helgrupp.

Del 5: Avslut/medskick

Vårdkedja: samverkan/samarbete mellan olika vårdande aktörer Vad är viktigt för att de ska styra detta i en helhetslösning för så många som möjligt: Vad är viktigast att det satsas på systemmässigt? Mer sammanhållet/ändamålsenligt?

Del 6: Avslutande enkät några dagar senare

1. Hur önskar du att dessa aktörer (Umo, vårdcentral, elevhälsa med flera) ska arbeta enskilt eller tillsammans för att skapa den bästa vården för dig och andra unga?
2. Har du konkreta förslag du vill skicka med?

Resultat

Nedan följer en sammanställning av förarbetet och arbetet med expertgruppen. Resultat från både första mötet med öppna frågeställningar och diskussioner samt andra mötet med mer fokuserade frågor kring utredningens förslag är här sammanslagna.

Resultatet består av tre delar:

1. Innan vård.
2. Viktiga komponenter när en söker vård.
3. Specifik feedback till befintliga vårdinsatser.

1 Innan vård

I samråd med unga har denna workshop kategoriserats i behovet som finns innan en söker vård där flertalet unga upplever att det råder informationsbrist om psykisk ohälsa och hälsa samt hur och var en kan söka stöd. Många unga menar att detta förskjuter vårdprocessen och gör att en söker stöd först senare, när läget upplevs mer akut.

En annan viktig faktor för att en ska få rätt stöd handlar givetvis om vad som händer under stödet där flertalet unga identifierat bemötande, delaktighet och samarbete som viktiga faktorer för att en ska fortsätta söka stöd och komma till rätta med känslan som skapar de upplevda symtomen. Nedan följer två viktiga indikatorer för unga, två möjliggörare för att söka stöd.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser

En grundläggande del för att unga ska kunna söka adekvat hjälp tidigt är information. En viktig informativ insats är kunskap om den egna psykiska hälsan, men också om den psykiska ohälsan.

Har jag inte ord för det, kan jag inte prata om det och därmed inte heller be om hjälp.

– *Deltagare i expertgruppen*

Många upplever att de inte får information om vad psykisk (o)hälsa är och inte heller att detta är något annat än psykisk sjukdom. Mycket av det stödet de känner till är till för de med komplex psykiatrisk problematik.

Unga önskar arbeta bort att en måste må på ett speciellt sätt för att ha rätt att söka stöd. En ska kunna söka tidigt, när det ”bara skaver”. Ett sätt är att inkludera psykisk hälsa och hur en stärker sin hälsa i undervisningen i skolan. När en får kunskap, får en också ord för hur en kan kommunicera kring det som pågår och ibland kan bara kunskapen i sig hjälpa till att stärka sin egen hälsa.

Utredningens förslag om en sammanhållen barn- och ungdomshälsa från graviditet till ung vuxen och ett nationellt hälsovårdsprogram med tydliggjort och skärpt hälsofrämjande, förebyggande och hälsoövervakande uppdrag, inte minst gällande den psykiska hälsan, fick enhetligt positivt respons från fokusgruppen.

Förslag

- Vara tydligare med vad det finns för olika typer av stöd att söka.
- I dag vet en sällan om vilka alternativ som finns samt vad dessa alternativ innebär. Förslag är att forma informationen tillsammans med målgruppen, så att informationen är anpassad för och tilltalar målgruppen samt finns på plattformar där målgruppen befinner sig.
- Avdramatisera, det är inte fel att söka stöd och hjälp. Det behövs förutom information om hur en söker stöd, också berättelser som kan avdramatisera hjälpsökande.
- Öka kunskapen om psykisk hälsa, genom att införa det på skol-schemat.

Tillgänglighet och anpassning utifrån barn och ungas perspektiv

En viktig del i att möjliggöra hjälpsökande är tillgänglighet. Många menar att det är allt för komplicerat, att en inte vet var en kan söka för vad och att det är för långt borta, för att en ska söka stöd tidigt och därmed avvaktar tills det är akut. Stora skillnader i stödalternativ finns också över landet, mycket är storstadsbaserat. Vi är även medvetna om att några av förslagen finns regelverk kring, men att unga lyfter dem som att de inte görs på vissa vårdenheter, talar för att något är fel och att detta bör följas upp.

Förslag

- Ökad tillgänglighet att söka stöd digitalt, samt möjlighet att även boka tider digitalt då exempelvis telefontider kan kännas som ett stort steg och leda till att en inte söker stöd alls.
- Tydliggör direkt hur och om vårdnadshavare kommer att blandas in, tydlighet skapar trygghet.
- Utökade öppettider även kvällar och helger, kan göra att fler kan söka stöd. Ofta går en i skolan eller jobbar under dagtid. Att ta ledigt eller missa en lektion, kan kännas som ett stort hinder.
- Önskas bredare tidsgränser utifrån individens enskilda situation.
- En närvarande elevhälsa, som går omkring i skolan och skapar igenkänning och trygghet. Bör ingå i uppdraget.
- Kuratorn behöver vara mer synlig och bygga relation och förtroende, alltid finnas på plats, rimlig mängd kuratorer i förhållande till antal elever. Att bygga relation, skapa igenkänning bidrar till att sänka tröskeln till att söka stöd.
- Åldern 18–25 år är en svår tid. Men ändå försvinner mycket stöd här.
- Viktigt att ha med unga vuxna som en särskilt utsatt grupp som varken är barn eller vuxna, behöver beaktas som en heterogen grupp med varierande behov.

- Enhet för ungdomar/unga vuxna för att möta dessa på ett bra sätt, särskild kompetens samt ett minskat glapp (psykiatri), genom ett utvidgat uppdrag till UMO inom ramen för första linjen.

2. När vård och stöd sökes

Andra viktiga faktorer som är frekvent återkommande när en söker stöd är bemötande, delaktighet och samarbete vilka presenteras närmare nedan. Dessa menas vara avgörande för att en ska fortsätta söka stöd.

Bemötande

En av de viktigaste faktorerna för den som söker stöd är just bemötande. Ett varmt, omtänksamt och empatiskt bemötande där den unga känner sig sedd, hörd och bekräftad och där tydlighet utgjorts. Utan detta spelar resterande väldigt liten roll och unga menar att detta behöver erkännas. Det mänskliga mötet är grunden för att en ska kunna ta emot samtalsbehandling eller annat stöd.

Bra bemötande är viktigt, något av det viktigaste, men också ha i beaktning att bra bemötande innebär olika för olika individer. Gemensam nämnare för många (alla) är att det är av stor vikt att bli lyssnad på och inte dömd.

– Deltagare i expertgruppen

Förslag

- Medvetande- och tydlig-göra maktförhållandet mellan behandlare och barn/ung, samt behandlare och patient. Detta bör ingå i alla utbildningar och något alla vårdande aktörer bör arbeta med, utvärdera och följa upp regelbundet.
- UMO bör utbilda andra enheter i att bemöta just unga.
- Kontinuitet behövs – för att bygga relation. Ge vårdpersonal tid för att få arbeta med detta.

- Se människan bakom och inte bara gå efter en mall. Att den professionella använder sitt handlingsutrymme, även om standardisering och mallar kan kännas begränsande

Delaktighet och kommunikation

Det är avgörande att de barn och unga som befinner sig i vården är inkluderande och känner att de har möjlighet att påverka sin behandling, att det snarare är ett samarbete mellan två individer, än något den unga enbart ska förhålla sig till. En annan viktig del är att en tydlig kommunikation med vården, då tydlighet många gånger skapar trygghet.

Vården är ju till för oss. Då borde vi inkluderas. Få tycka, tänka och bolla tillsammans med behandlaren. Så att vi kan forma det bästa för oss. När jag fått vara med och påverka, har det gett mig större förståelse men också mer motivation.

– Deltagare i expertgruppen

Förslag

- Att göra tätare och mer konkreta vårdplaner, så att en vet vad en jobbar mot. Följa upp dessa, och samtidigt följa upp måndet. Göra en plan mellan barn/unga och den professionella. till exempel ”nu ska vi jobba med det här under den här perioden, sen följer vi upp det och gör en ny plan”.
- Ha en tydlig uppföljning av detta. Till exempel genom revisioner i vården där unga själva medverkar och utvärderar detta för utveckling av verksamheten. Unga, kan beskriva vad de ser och upplever utifrån sitt perspektiv.

Samverkan: runt barnet

En annan viktig faktor är samarbetet mellan vårdenheterna och patienten. De unga beskriver att de ofta samordnar vårdaktörer, får informera vem som gör vad och att mycket av ens egna tid går åt att berätta om samma sak om och om igen. Unga önskar att systemet rör sig runt dem, inte dem runt systemet, vilket är en grundläggande faktor för att stödet ska ge effekt samt vara av god kvalitet.

Förslag

En aktör som ansvarar för att vara en oberoende uppföljare av en persons vård och insatser oavsett kommun- eller region, som ett ombud, som en kan bli tilldelad vid första vårdkontakt. Behöver en person/aktör som har ansvar för personens alla kontakter, och kopplar ihop/följer upp remisser osv så informationsansvaret inte hamnar på individen.

Uppgifter för denna aktör att ansvara för:

- Svårigheten mellan somatik och psykiatri som i dag är uppdelade.
- Synen på en delad människa gör det svårt att samverka och se hela människan.
- De stora problemen är inte i vården utan i samarbetet. Den som remitterar borde ha ansvar att följa upp att kontakten sker. Det behöver ställas krav på kommunikation mellan olika enheter som i dag ofta läggs över på individen. SIP fungerar inte riktigt, ytterligare ett sätt att lägga över ansvaret på varandra (ofta olika arbetssätt/metoder som krockar). Att psykiatrin ser problematiken på ett sätt, socialtjänsten det på ett annat osv. Våga se helhetsbilden, inte bara dela upp utifrån symtom. En oberoende verksamhet som har ansvar för uppföljningen/samordningen.
- Stärka möjligheterna för kommunikationen mellan till exempel elevhälsa och BUP, men också kommunikationen mellan patienten och vården. Detta för att som patient få vara delaktig, men också få information om hur vården tänker. Att få veta att det faktiskt händer något.

3. Feedback till specifika vårdinsatser

Expertgruppen har stor erfarenhet av olika vårdande insatser och deras uppdrag, nedan följer en specifikation med tillhörande förslag till varje specifik vårdenhet. Då arbetet varierar i olika kommuner och regioner följer nedan en generell bild av upplevelsen. Där vissa av förslagen genomförs på vissa platser redan, andra inte alls. Där vissa förslag också är helt nya för region- och kommun.

Elevhälsa

Elevhälsan är en viktig aktör som möter unga på en plattform där flertalet unga känner igen sig. Detta kan skapa en trygghet, till skillnad från exempelvis vårdcentralen som ofta känns långt borta och inte utgör ett stöd i elevernas arbetsmiljö. Det finns fördelar med att fånga upp barn och unga i den miljö de redan befinner sig i. För de unga är det inte avgörande i om det är kommun eller region som har huvudmannaskapet, vilket är en fråga som kom från utredningen. Det viktiga är att det finns hög tillgänglighet och närvaro på skolan.

Vi behöver mänsklighet, kärlek och värme

– *Deltagare i expertgruppen*

Elevhälsan bör ha ett aktivt uppdrag i att synas mer i skolan, samt att vara på plats i större utsträckning i ett vidgat uppdrag. Detta vidgade uppdrag bör även inkludera att anpassa tider för unga att söka stöd, till exempel på eftermiddagar och kvällar. Kuratorn är ofta tillgänglig under lektionstid, vilket inte nödvändigtvis gör denne tillgänglig för eleverna. Dessutom erbjuder elevhälsan främst samtalsstöd, där vissa elever kan behöva mer stöd än att ”bara” att prata av sig. För vissa elever finns ett behov att elevhälsan erbjuder ett utökat stöd.

Elevhälsan bör ha obligatoriska återkommande elevhälsosamtal där en också inkluderar samtal om den psykiska hälsan, precis som en väger och mäter eleven. Detta för att normalisera samtal, möjliggöra en lägeskoll samt etablera en naturlig dialog med elevhälsoteamet. Hälsosamtal önskas vara ett enkelt samtal utan krav.

Vi behöver utrymme att få prata om vår hälsa, normalisera samtalet om den psykiska hälsa och göra det lika självklart som att väga, mäta och kolla vår ryggrad. För även vår inre hälsa kan kännas sne.

– *Deltagare i expertgruppen*

Förslag

- Psykosocial kompetens i undervisningen, för att ge unga kunskap och vokabulär för den psykiska hälsan.
- Psykiska hälsokontroller. Att få en kallelse från skolan, med syfte att prata om den psykiska hälsan för att exempelvis minska stigmatiseringen.
- Erbjudna kurser rörande psykisk hälsa.
- Utökat uppdrag hos elevhälsan med möjlighet till tydligt ansvar i samverkan med exempelvis BUP eller andra vårdande aktörer.
- Ökad närvaro genom förändrade öppettider (till exempel kvällar) samt inkludera i uppdrag att skapa kontakt med elever och synas i skolan.

Goda exempel

- Kurator som följt upp och kontaktat elev när andra elever som, denne har nära kontakt med, mått väldigt dåligt.
- Elevhälsa som haft bra kontakt med BUP och som haft kontakt med till exempel behandlare och läkare för att vara uppdaterad. Kontakterna rör sig runt den unga och inte tvärtom.
- Kunnat höra av sig till kuratorn utanför bokade tider, att vid behov kunnat gå till elevhälsan.
- Kuratorer som rört sig ute i skolan, till exempel på fiket och försökt skapa relation till eleverna. Gör det tryggare att söka stöd.
- Erbjudande av stödprogram/verktyg som stresshantering.
- Kontakten är frivillig och på elevens villkor.

Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningen är den enhet med mest positiv återkoppling och feedback. Ungdomsmottagningarna är i dag den enda verksamhet som vänder sig till åldersgruppen 18–25, en viktig aktör för psykisk hälsa hos unga över 18 år.

Verksamheten får god återkoppling på bemötande, flexibilitet, anpassning utifrån individen, att de har ett fokus på helhetshälsa och en god kunskap om gruppen unga och unga vuxna. Det är en tillgänglig verksamhet där en kan boka samtal online, där det kan finnas möjlighet till kvällstider.

Där kände jag mig sedd. Jag gick inte in på en vårdenhet utan på en mottagning för mig som ung vuxen. Den enda platsen för mig. Här känner jag att jag kan ha passerat 18 år och ändå må dåligt.

– *Deltagare i expertgruppen*

Denna verksamhet önskas få ett utökat uppdrag med målgruppen unga och unga vuxna, som ett komplement till elevhälsan, med syfte att arbeta desto mer med den psykiska hälsan. Ungdomsmottagningarna har inte ett lika stort upptagningsområde och finns främst i större städer. Ungdomsmottagningen skulle eventuellt kunna ha ett rörligt uppdrag i den egna regionen, för att komma närmare alla unga.

Ungdomsmottagningen upplevs som en trygg och avslappnad enhet, på den ungas villkor och sida. Här upplevs det finnas ett generellt bra bemötande av unga, där de som arbetar inte dömer ut en generation utan finns för att lyssna och förstå. De kan både hantera livets svårigheter generellt, men också till viss del finnas som Förstalinjen verksamhet. Att det är en plats för mer än psykiska besvär underlättar också, ofta finns en känsla att här finns plats för hela mig och min utveckling som ung och ung vuxen.

Förslag

- Tydliggöra information om deras verksamhet för psykisk hälsa och ohälsa.
- Stärka deras uppdrag som primär enhet för målgruppen unga och unga vuxna rörande psykisk hälsa.
- Psykisk hälsa-kurser/cirklar/grupper.
- Möjliggöra stödjande samtal i större utsträckning.
- Möjlighet till samtal digitalt för de som inte bor nära ungdomsmottagningen.

Goda exempel

- Fantastiska psykologer och kuratorer som sett människan genom att våga fråga kring och utforska personens situation, inte bara symtom.
- Haft tillit tills en själv varit redo, fått tillåtelse att ta det utifrån individens process. Att få stanna kvar har skapat en trygghet för vidare stöd.
- Möjlighet till tidsbokning via nätet, gör det lättare att söka stöd jämfört med att ringa.
- Bra förståelse och kunskap kring ungas situation. ”Det känns att de är specialiserade på vår situation.”
- Flexibla öppettider, kvällar och ibland helger.

Vårdcentral

Vårdcentralen visar sig vara den som minst antal personer önskar söka stöd hos. Dock uppger unga att det är bra om vårdcentralen har ett samlat uppdrag, med start från födsel. Det blir då stöd under hela barn- och ungdomsåren inte bara vissa åldrar och bitar. Viktigt att enheterna kommunicerar och samarbetar med varandra samt får god möjlighet till detta, då vårdcentralen skulle kunna utgöra en ”spindel- i nätet-funktion”.

Det känns naturligt att vårdcentralen är en väg in. Där har vi lärt oss att söka stöd för allt det fysiska som allt ifrån halsfluss, allergi och magproblem. Det känns naturligt att vi också skulle söka oss dit när själen gör ont. Men de behöver få den kunskapen och de förutsättningar som de behöver för att axla det uppdraget.

– *Deltagare i expertgruppen*

Vårdcentralen som en väg in är en bra idé. De finns med redan från livets start och är den instans en ska vända sig. Vi har ett invariant beteende att söka vårdcentralen, vad gäller vår fysiska ohälsa, väldigt bra att kunna söka även för den psykiska hälsan och därmed inte skilja på dessa, då de ofta hänger samman. Däremot krävs ökad kompetens på vårdcentralerna kring det psykiska måendet och hur en kan

bemöta detta. Det anses väldigt bra om vårdcentralerna får ett större ansvar och högre kompetens på området.

Förslag

- Tydliggöra vårdcentralens roll med information om hur en kan söka stöd för sin psykiska hälsa.
- Ha ett holistiskt perspektiv på människan.
- Öka den egna kunskapen om unga och psykisk ohälsa.
- Ge möjlighet att boka digitalt.

Goda exempel

- Upplevs bra när de har tagits på allvar och fått en remiss med tydlig uppföljning.
- Bra och tydligt samtalsstöd med konkreta verktyg från kurator.

Högspecialiserad vård: Psykiatri

Den instans flest känner till för stöd vid psykisk ohälsa är de specialiserade enheterna.

BUP bör vara en del av en kedja som hänger ihop med de tidiga insatserna, där de tydligare bör samarbeta med exempelvis vårdcentraler.

Just för att du inte blir vuxen enbart för att du fyllt 18 år. Inget förändras på en dag till en annan.

– *Deltagare i expertgruppen*

En genomgående upplevelse är att det är många som faller mellan stolarna när de fyller 18. Om BUP släpper en vid ens födelsedag finns en känsla av att ”starta om allting igen” på ny enhet. Det är inget som en orkar när en själv mår dåligt. Det krävs en bättre överlämning, där övergången till vuxenvården planeras.

Glappet som skapas vid 18 år ålder är problematiskt. För individen i sig ändras inget över en natt. En enhet primärt riktad till unga vuxna, 18–25 år, men viss flexibilitet anpassat utifrån individens bästa, skulle kunna ta emot från cirka 15 års ålder beroende på personens

problematik och slutföra en påbörjad behandling även om en passerat 18 års ålder. Detta utifrån ett perspektiv om patientens bästa med trygghet och kontinuitet. En enhet för unga vuxna skulle minska det stora glapp som finns i systemet, samt vara en enhet som också är experter på att möta just unga och unga vuxna, en grupp som tydligt skiljer sig från både barn och vuxna.

Förslag

- Tydliggöra enhet (öppenvård) för unga och unga vuxna till exempel mellan 15–25 år för att minska glappet. Liknande Ungdomsmottagningen, men i syfte att ge specialiserad vård till ungdomar/unga vuxna.
- Möjlighet att tydligare hänvisa med ansvar till en allmän vård till exempel vårdcentral. Där ingen riskerar att hamna i ett glapp, utan i stället med tydlig uppföljning, lämnas över till enhet med tydligt uppdrag om psykiska insatser på primärvårdsnivå.

Goda exempel

- Bra bemötande, som varit det viktigaste av allt. Blivit tagen på allvar och blivit förstådd.
- Möjligheten att byta behandlare om det inte klickar.
- Flexibilitet, att ha kvar en kontakt trots att den bytt enhet och på så sätt få tid till avslut.
- Bra inledande information om hur en behandling går till.

Slutord

Det känns äntligen som att våra erfarenheter når fram till de som bestämmer. Äntligen försöker vi fixa kommunikationen, så ingen faller mellan stolarna. Det var min främsta önskan att få föra fram och den känns verkligen besvarad av utredningen.

– *Deltagare i expertgruppen*

Under Tiliass verksamma år har vi utöver den dagliga kontakten med unga i stödverksamhet haft otaliga referens- och expertgrupper med unga, både i egen regi men också för andra verksamheter. Där finner vi att vissa resultat som var högst aktuella förr har passerat och nya behov har växt fram i nutid.

Dessa förändringar sker lika fort som i samhällets övriga takt. Men det finns också behov som varit konstanta. Återkommande uttrycks önskemål från målgruppen såsom att införa psykisk hälsa på skolschemat, få verktyg för hälsa, såsom självkänsla, vikten av att bli hörd och lyssnad till, samt att det bör erbjudas fler trygga sammanhang att få växa i.

Denna återkoppling avspeglar sig även i vårt påverkande arbete, där unga önskar bli hörda, respekterade och tagna på allvar i samhällets utformande av insatser

Det i sig möjliggör ett samhälle anpassat av och för unga, där unga får sina grundläggande behov tillgodosedda. Genom att inkludera unga från start bistår samhället dem med en känsla av att bli hörd och sedd. Vi ser ständigt hur detta påverkar och stärker varje enskild individ och leder till ökad psykisk hälsa. Ett win-win samarbete för och med unga.

Vi anser att vi behöver våga lyssna till unga, vara modiga nog att möta behoven och utforma målgruppsanpassade insatser, där det är avgörande att vi som är vuxna vågar och kan vara lyhörda. Det är inte

en-dagsarbete, utan ett ständigt pågående arbete och ett ansvar vi har för vår generation unga – nu, inte sen.

Innovation och kostsamma insatser önskas sällan. Unga ber om möjlighet att få sina grundläggande behov tillgodosedda: att bli lyssnade på, hörda, sedda och bekräftade.

Det är också ett ansvar att inte bara lyssna. Vi måste därtill agera på det unga säger, så att förändring blir till. Annars återstår dessa kloka förslag enbart som just det, i väntan på att uppfyllas.

När vi agerar skapar vi förändring och ringar på vattnet för närmare en hel generation.

Det gör skillnad.

Bilaga 1: Frågor, enkätundersökning

Har du sökt stöd hos elevhälsan?

JA/NEJ

Om ja var är din upplevelse? Om nej finns det något elevhälsan skulle kunna skapa för att du skulle kunnat söka stöd? (nämna gärna både bra och mindre bra erfarenheter om möjligt).

Har du sökt stöd hos ungdomsmottagning?

JA/NEJ

Om ja var är din upplevelse? Om nej finns det något UMO skulle kunna skapa för att du skulle kunnat söka stöd? (nämna gärna både bra och mindre bra erfarenheter om möjligt).

Har du sökt stöd hos vårdcentral?

JA/NEJ

Om ja var är din upplevelse? Om nej finns det något vårdcentralen skulle kunna skapa för att du skulle kunnat söka stöd? (nämna gärna både bra och mindre bra erfarenheter om möjligt)

Har du sökt stöd hos psykiatrin?

JA/NEJ

Om ja var är din upplevelse? Om nej finns det något psykiatrin skulle kunna skapa för att du skulle kunnat söka stöd? (nämna gärna både bra och mindre bra erfarenheter om möjligt).

Om du har varit i kontakt med flera aktörer. Ex. både UMO och vårdcentral. Hur upplever du deras samarbete? Finns det saker de kan göra för att förbättra samarbetet och vården för dig?

Övrig feedback till dessa enheter. Finns det något de kan göra för att skapa förbättringar? Eller är det något du upplever fungerar bra som kan inspirera fler?

Att organisera för jämlik hälsa, effektivitet och investeringar för framtiden

Underlagsrapport för den statliga utredningen Sammanhållen god och nära vård för barn och unga S 2019:05.

Om samverkansmodeller för och hälsoekonomisk nytta av hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser för barn och unga med särskild fokus på psykisk ohälsa

Författare vid Uppsala universitet:

Anna Sarkadi

Camilla Nystrand

Kine Johansen

Jamile Marchi

Nina Johansson

Josefin Dahlström

Innehåll

Att organisera för jämlik hälsa, effektivitet och investeringar för framtiden	569
Utgångspunkter	571
Ekonomiska argument för att förebygga psykisk ohälsa.....	578
Områden med god ekonomisk evidens för investering.....	584
Områden som har bra effektstudier, men saknar god evidens för kostnadseffektivitet.....	595
Vad är problemet med dagens organisation?.....	599
Goda exempel på samverkan – "Workarounds"	607
Lyckade exempel på systemomvandlande samverkan	620
Det är inte brist på statlig satsning på området psykisk hälsa, men	631
Vägen framåt	634
Varför är en sammanhållen barn- och ungdomsvård en önskvärd modell?.....	643
Referenser.....	646

Utgångspunkter

Hälsans bestämningsfaktorer

En viktig utgångspunkt för arbetet är hälsans bestämningsfaktorer, vilket också återspeglas i folkhälsomålen som beslutades av Riksdagen. Hälsan hos en individ är beroende av faktorer hos individen (kön, ålder, ärftlighet, mm), hens nära relationer, levnadsförhållanden, som exempelvis boende, levnadsvanor, utbildning, inkomst, arbete och arbetsförhållanden samt den breda samhälleliga kontexten med dess lagar, regler, stödsystem och normer. Hälsan kan därtill ses som resultatet av individens resurser och handlingsfrihet och effektiva insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa bör syfta till att stärka individens resurser och därmed handlingsfrihet (SOU 2017:47).

I Sverige är en persons livslängd och upplevd hälsa socialt skiktat (SOU 2017:47). Det är skillnad i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper, mellan män och kvinnor och geografiskt (SOU 2016:55). Ett barns hälsa följer tydligt den sociala gradienten i samhället och är kopplat till familjens ekonomiska och sociala status. Därmed har inte alla barn jämlika förutsättningar då uppväxtvillkor, resurser och chanser i livet är beroende och präglade av föräldrar och andra viktiga och närvarande vuxna under barnets uppväxt (SOU 2017:47).

Samhällets ökade segregering ger även avtryck både inom skolan, förskolan och boendeområden där familjens socioekonomiska position i samhället har en avgörande roll för de förutsättningar och möjligheter familjen har och får i livet (SOU 2017:47). Socialt utsatta områden är mindre attraktiva för arbetsmarknaden vilket avspeglar sig i förskolor och skolor som tenderar att skilja sig i kvalitet i jämförelse med mer attraktiva områden (SOU 2019:40). Skillnaderna påverkar barnens utvecklingsmöjligheter genom förskolepersonalens och skolans antal anställda samt deras kompetensnivå men också möj-

ligheten att erbjuda extra resurser för de barn som inte har möjlighet till utvecklande och stimulerande miljöer hemifrån. På så vis påverkas barn i mindre attraktiva områden ofta mer negativt och barn från mer gynnade socioekonomiska familjer får i sin tur oftare möjlighet att gå på en förskola eller skola av högre kvalitet. Mer privilegierade barn har även ett försprång i sin utveckling då familjens resurser och möjligheter till stimulerande miljöer och stöttning i utvecklingen ofta gynnas mer i familjer med högre socioekonomisk status.

Många samhällssektorer formar hälsans bestämningsfaktorer oavsiktligt, genom policy och olika program (Wisnar *et al.* 2006, 2013). Insatser måste därför implementeras utanför hälso- och sjukvårdssystemet, till exempel i skolor, på arbetsplatser och i fritidsmiljöer, för att påverka folkhälsan generellt och den psykiska hälsan specifikt. Detta innebär ofta att man inte bara ska förlita sig på aktörer utanför hälso- och sjukvårdssektorn för ekonomiskt stöd, men också för effektiv förvaltning, administration och samordning för många hälsofrämjande insatser. Många kritiska policyområden kommer att ligga långt utanför hälsosystemens kontroll, såsom transportsäkerhet, miljö och stadsplanering, utbildning och finanspolitik. Naturligtvis är detta inte något nytt – vikten av sektorsövergripande samverkan och delat ansvar för hälsa har länge framhävts av dem som arbetar inom området (WHO 1986). Livsstil, sociala nätverk, levnads- och arbetsvillkor och allmänna socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden är alla mångfacetterade bestämningsfaktorer för hälsan som inte kan hanteras av enbart insatser inom hälso- och sjukvården, eller tillskrivas till en enda policy eller aktivitet utanför hälsosektorn (Dahlgren and Whitehead 1991).

Eftersom hälsans bestämningsfaktorer är ojämnt fördelade har samhällets hälsofrämjande och förebyggande insatser ett kompensatoriskt uppdrag. Hälsa är ytterst ett resultat av resurser och handlingsfrihet. En effektiv organisation för barn och unga bör därför eftersträva att öka båda delarna. Detta är inte bara av betydelse utifrån mänskliga rättigheter och likvärdighet utan också ur ett ekonomiskt perspektiv.

Från ett folkhälso- till ett ekonomiskt perspektiv

Folkhälsoarbetet har till stor del sin grund i hälsans bestämningsfaktorer, med allt från genetiska risker till livsvillkor och levnadsvanor, där insatser, projekt och arbetssätt struktureras kring att minska riskfaktorer eller främja skyddsfaktorer. Ramverket för folkhälsoarbetet utgår ifrån att framtida hälsa och välmående i populationen beror på samspelet mellan en rad olika faktorer i dag och framöver.

Går man över till ett nationalekonomiskt perspektiv kan man använda sig av ramverk med liknande ansats, men där målet är att vi vill öka produktivitet och därmed driva ekonomisk tillväxt. Michael Grossmans modell från 1970-talet är central för att förklara och förstå hur hälsan har en avgörande roll för ekonomisk tillväxt på individnivå, alltså ökad inkomst, eller på samhällsnivå (Grossman, 2000). Grossman-modellen har sin ansats i att varje individ föds med en viss mängd hälsokapital som sedan minskar ju äldre man blir, och i samband med negativa förändringar såsom sjukdom. Idén är att man kan upprätthålla eller öka sitt hälsokapital genom investeringar i hälsa över tid. Hälsa betraktas därför ha ett egenvärde och ett mervärde – människor mår bättre och det är en god investering för framtida hälsa och därigenom inkomst, det vill säga att det finns en finansiell avkastning för friskhet.

Därför kan man säga att individer både efterfrågar och producerar olika mycket hälsa utifrån dess förväntade avkastning, beroende på grundkapitalet. Vid ett lägre hälsokapital vid födseln och negativa förändringar i hälsa förväntas antalet arbetsdagar minska, därmed vår produktivitet och således inkomst. På en välfungerande marknad baseras individers inkomst på dess marginalprodukt (hur mycket extra vi producerar) och individer kan på så sätt påverka sin inkomst genom investeringar i sin hälsa. Grossman (2000) menar att den generellt viktigaste faktorn för människors investering i sitt hälsokapital är utbildning. Med utbildning kommer kunskap och lärdomar om vad som krävs för att investera i och förvalta sin hälsa – det vill säga resurser och handlingsutrymme. Däremot så fokuserar teorin på investeringar i hälsa bland vuxna och ser hälsokapital, medfödda förmågor samt dess utveckling som givna. Det betyder att hur hälsa påverkas av barns risk- och skyddsfaktorer inte kan tas hänsyn till, trots att

forskning visar att det spelar en viktig roll för produktiviteten längre fram.

Denna avsaknad av ett livscykelperspektiv är en nackdel när det gäller hur man kan tänka kring investeringar i barn och ungas hälsa. För att ta hänsyn till hur hälsa kan påverka barns utveckling och hur detta senare har en inverkan på produktivitet finns det alternativa teoretiska ramverk.

Humankapitalet

Becker (1975) beskrev tidigt att humankapital är aktiviteter som påverkar vår framtida monetära och fysiska inkomst genom att öka resurserna som människor kan bidra med (Becker, 1975). Humankapital är människors kunskaper, färdigheter, talanger och kompetenser, men också hälsa, som bidrar till deras produktionsförmåga. Likt teorier inom neurovetenskap, utvecklingspsykologi och närliggande områden inkluderar humankapitalteorin följande argument rörande barns utveckling:

- Barns utveckling är en process där senare färdigheter bygger på tidigare färdigheter
- Mängden färdigheter genererade i en period är kritiskt beroende av grunden av färdigheter som skapats under en tidigare period
- Människans utveckling är ett samspel mellan arv och miljö
- Människans möjligheter inkluderar flertalet dimensioner av produktiva färdigheter, både kognitiva (relaterade till inläring, språklig förmåga och problemlösning) och icke-kognitiva (motivation, preferenser, självbild m.m.), erfarenheter, och hälsa.

Detta ramverk, som också den Nobelprisbelönade forskaren James Heckman utgår ifrån i sin "Heckman-equation", belyser vikten av att ta hänsyn till kritiska perioder under utvecklingen. Detta är speciellt viktigt då negativa händelser kan vara särskilt skadliga, eller då en specifik policy kan få särskilt stor effekt, vid vissa kritiska tidpunkter i barns utveckling. Hälsa, kognitiva och icke-kognitiva förmågor avgör alltså till stor del den kapacitet man har för att lyckas inom studier eller på arbetsmarknaden. Ett femte argument används också i humankapitalteorin, men den är beroende av hur starkt sam-

bandet är mellan de olika faktorerna som bidrar till humankapital under olika tidpunkter i livet:

En investering i humankapital i livets tidiga skede kommer sannolikt att vara mer effektivt än att försöka ta hand om de problem som uppstår senare i livet. Forskning på ansatser där man försökt kompensera för avsaknad av färdigheter genom att satsa på humankapital senare i livet, såsom specialistutbildning på jobbet, har ofta sammanfattat att dessa försök till stor del varit förgäves (Heckman, 2000).

Centralt för förståelsen av humankapitalteorin är idén om att samtliga delar kompletterar varandra, vilket innebär att bra hälsa och goda förmågor i en viss period kan komma att höja produktiviteten av investeringar i nästföljande period. Därför kan utveckling av hälsa och olika förmågor och färdigheter påverkas på olika sätt genom politiska åtgärder. En åtgärd för att främja psykisk hälsa bland barn kan potentiellt öka lärande; ett större utbud av föräldraskapsstödsprogram skulle kunna leda till lägre sjukskrivning bland föräldrar; en investering i att öka barns förmåga att tolka, förstå och reglera känslor skulle kunna öka barns potential till högre utbildning och därmed bättre chanser på arbetsmarknaden.

Då humankapitalteorin gör det tydligt att effekten av en investering kan variera under olika perioder av livsrytmen, kan såklart intäkterna från en investering skilja sig åt mellan prevention, behandling och åtgärder vid uppstådda problem. Liksom Grossman-modellen lyfter detta teoretiska ramverk fram att hälsa har betydelse för ekonomins tillväxt, med utbildning som avgörande faktor.

Effekten av att investera i barn och ungas psykiska hälsa på ekonomisk tillväxt kan således undersökas genom dess effekt på utbildning, arbetsutbud och inkomst. Av vikt är de relativt ”små” mekanismerna eller insatserna i utvecklingen av barns kapacitet som kan ha en betydande inverkan på deras hälsa och kan leda till stora socioekonomiska skillnader över ett livstidsperspektiv. Utifrån ett epidemiologiskt, folkhälso- och ekonomiskt perspektiv kan vi därför skapa förståelse för hur vårt medfödda hälsokapital, olika risk- och skyddsfaktorer, timing av investeringar och förändringar i hälsa kan påverka vår utveckling av kapacitet. Det betyder att viss negativ utveckling kan brytas med hjälp av samhällsinsatser, med mest lovande resultat om man vet för vilka, när och hur dessa investeringar gör mest nytta.

Det finns en bred forskningsgrund som tyder på att humankapitalteorin stämmer. Bland annat visade: Currie och Moretti (2003) att en policy som ökade utbildningsnivå bland mammor hade positiv inverkan på deras barns humankapital (Currie and Moretti, 2003). Reynolds, Temple, Robertson och Mann (2001) visade att Chicago Child-Parent Center (CPC) framgångsrikt främjade barns humankapital till en högre grad om man erbjöd barn insatsen redan i förskolan, till skillnad från tidigt i grundskolan. Barn som erbjöds CPC tidigare hade både mindre behov av speciallärare och klarade dessutom av skolan bättre (Reynolds *et al.*, 2001).

En svensk pärla som exempel

I början av 1930-talet avsattes 30 000 kronor, vilket i dagens penningvärde motsvarar cirka 800 000 kronor, för en försöksverksamhet med mödra- och spädbarnsvård. Mellan år 1931 och 1933 pågick försöksverksamheten i 59 utvalda kommuner på landsbygd och i städer. Verksamheten gick ut på att ge förebyggande vård utifrån tre huvudaktiviteter: (1) hälsoundersökningar, (2) information till mödrar om hur de bäst skulle ta hand om sitt barn och (3) hembesök.

Med hjälp av historiska data har man jämfört uppgifter om hälsa och humankapital bland de barn som fick ta del av mödra- och spädbarnsvården, med matchade individer som inte fått tagit del av försöksverksamheten (Karlsson and Nilsson, 2018). Resultaten visade att spädbarnsdödligheten var 24 procent lägre bland barn i försöksverksamheten, samt att risken för att dö senare i livet var sju procent lägre än bland matchade individer utanför verksamheten. Läs- och skrivkunighet förbättrades också i försöksverksamheten, speciellt bland flickor. Resultaten från studier tydde på att klyftan bland pojkar och flickor som tog examen från realskolan minskade – signifikant fler flickor från försöksverksamheten tog examen än från kontrolldistrikten, medan någon signifikant skillnad inte sågs för pojkar. I medelåldern var inkomsterna i genomsnitt sju procent högre för individer från försöksgruppen, men det berodde helt och hållet på kvinnorna, vars inkomster var 20 procent högre. Resultaten visar sammanfattningsvis att tidig spädbarnsvård kan åstadkomma långvarig förbättring i människors liv, vilket inte minst kan ses från en ekonomisk synvinkel utifrån effekten på humankapital.

Eftersom humankapitalet är sammansatt och består av många olika kognitiva och icke-kognitiva färdigheter måste en organisation som är satt för att främja barn och ungas hälsa klara av ett helhetsperspektiv och att barn har olika förutsättningar och behov.

Ekonomiska argument för att förebygga psykisk ohälsa

Kostnaderna¹ för psykisk ohälsa

World Economic Forum uppskattade att den globala kostnaden för psykisk ohälsa år 2030 kommer att ha mer än fördubblas jämfört med 2010, med totala kostnader upp till 5,7 biljoner euro. Två tredjedelar av den ekonomiska bördan kommer från indirekta kostnader. Denna kostnad skulle stå för mer än hälften av de totala kostnaderna för icke-smittsamma sjukdomar globalt (Bloom *et al.*, 2012).

Stort fokus de senaste åren har legat på att skatta den finansiella bördan av psykisk ohälsa bland barn och unga. Dessa kostnader uppstår ofta inom hälso- och sjukvården relaterad till behandling och mediciner, utbildningssektorn, socialtjänst och den frivilliga sektorn. Kostnader kan också bero på spill-over effekter på familjer. Med ett livstidsperspektiv kan kostnaderna fortsatt öka genom att problem fortskrider, eller genom de ökade riskerna för konsekvenser, inkluderat kriminalitet, substansberoende eller arbetslöshet. Ackumulerade under en livstid riskerar räkningen att bli skrämmande hög.

Blygsamma skattningar för barn i åldrarna 3–8 år med beteendeproblem har visat att resursförbrukning inom offentlig sektor uppgår till ungefär 3,5 gånger så mycket som för barn utan problem (Scott *et al.*, 2001). Om problemen dessutom kvarstår och utvecklas till en diagnos ökar kostnaderna markant. Uppskattningar från Storbritannien visade att resursförbrukning inom hälso- och sjukvård, utbildning och socialtjänst för barn i åldrarna 5–15 med en psykiatrisk diagnos uppgick till i genomsnitt 3 900 euro per barn årligen (Snell *et al.*, 2013). Foster *et al.* (2005) jämförde resursförbrukning

¹ Samtliga priser återges i den valuta som presenterats i den ursprungliga studien.

bland barn med trotssyndrom eller uppförandestörning med barn utan denna problematik, och fann att kostnad per barn över en 7-årsperiod översteg 68 000 euro för uppförandestörning och över 18 000 euro för trotssyndrom (Foster and Jones, 2005). Över sextio procent av utgifterna låg hos utbildningssektorn.

De sistnämnda kostnaderna är relativt låga i jämförelse med de extra resurser som elever med psykiska problem får i skolan i Sverige. Utifrån data från Uppsala län skattade Wellander et al. (2016) att den genomsnittliga kostnaden per elev med ADHD, psykosociala problem eller ångest/depression låg på cirka 18 500 euro årligen (Wellander, Wells and Feldman, 2016). I denna skattning har författarna inkluderat kostnader för extra lärare, elevassistenter och specialklass, men exkluderat kostnader för elevhälsa.

Det ekonomiska och sociala värdet av tidiga insatser

En snabbt växande forskningsgrund för utvärderingar av tidiga insatser visar på stor potential för besparingar bland flera av samhällets sektorer som väldigt ofta kan väga upp för de initiala kostnaderna för insatser och producera bättre hälsa.

Ekonomisk utvärdering

Två olika typer av ekonomiska utvärderingar är av relevans vid beslutsfattande – *kostnadsnyttoanalyser* och *kostnadsintäktsanalyser*.

Kostnadsnyttoanalyser är rekommenderade och används ofta som stöd vid resursprioritering inom hälso- och sjukvård. I kostnadsnyttoanalyser ställs *hälsorelaterad livskvalitet* (Quality Adjusted Life Years, QALY) i relation till nettokostnader. Livskvalitémått är något som används istället för kliniska utfall, dels för att de är enklare att förstå för beslutsfattare oavsett klinisk kompetens, men också för att de möjliggör för jämförelser av insatser mellan olika områden. En insats i öppenvård för barn med en viss typ av problematik kan därför jämföras med en insats i specialistsjukvården för barn med andra typer av problem. Likaså kan vi använda dessa för en bredare jämförelse – hur kostnadseffektivt är det med en aktivitetsfrämjande insats bland barn i förskolan, i jämförelse med en antimobbingsinsats i gymnasiet?

Det finns ytterligare ett argument för att använda hälsorelaterad livskvalitet, nämligen att det finns rekommendationer eller gränsvärden för hur mycket samhället är villig att betala för en förbättring av livskvalitén. Detta är ett oerhört försprång i jämförelse med ”områdestypiska” eller kliniska utfall, där vi inte vet om en viss hälsoförbättring för en viss kostnad är på rimlig nivå, eller för kostsam. Vad är vi till exempel villiga att betala för att en ytterligare person ska få behörighet till gymnasiet, för att en mindre person ska utsättas för mobbning eller för att undvika ungdomsbrottslighet? Mäter vi hälsorelaterad livskvalitet kan vi använda oss av rekommenderade gränsvärden och därmed avgöra om en insats är kostnadseffektiv i relation till någon annan insats om den kostnaden är lägre än gränsvärdet. Vi kan därför svara på frågor såsom ”vad ger mest nytta (hälsa) för pengarna” och ”är det värt den extra kostnaden för att implementera en mer effektiv insats, i relation till vad vi är villiga att betala för denna extra effektivitet?”.

Kostnadsintäktsanalyser. Utanför hälsoekonomin återfinns exempel på ekonomiska utvärderingar där man ställer kostnader i relation till *intäkter*, snarare än hälsa. Dessa är så kallade kostnadsintäktsanalyser. Kostnadseffektiviteten av till exempel ett infrastrukturprojekt beskrivs ofta i termer av hur mycket man kan få tillbaka per investerad krona, eller hur stor avkastningen är över tid. Sociala insatser kan rimligtvis också utvärderas utifrån ett liknande perspektiv.

Den främsta förebilden för att ”räkna hem” tidiga insatser för barn och unga utgörs av de ekonomiska modeller som utvecklades av Washington State Institute of Public Policy (WSIPP) (Washington State Institute for Public Policy, 2020). WSIPP sammanställer forskning kring effekter av metoder och insatser inom olika områden relaterade till barn och unga. Analyserna ger en övergripande bild av evidensläget gällande folkhälsoinsatser, dels för att utröna vilka effekter man kan förvänta sig, dels för att slå hål på luftslott, då evidensen inte alltid pekar i den riktning man vill eller förväntar sig. WSIPP använder därefter samhällsekonomiska analysmodeller, skräddarsydda för olika insatsområden, för att beräkna den samhällsekonomiska lönsamheten av olika typer av interventioner. Detta genom att länka insatsernas effekt på riskfaktorer (såsom beteendeproblem) till långsiktiga samhällsekonomiska konsekvenser. WSIPP har bland annat beräknat den långsiktiga avkastningen för preventiva insatser

inom ungdomsbrottslighet, barns psykiska hälsa och missbruk, och inom olika arenor såsom förskola, skola, hälso- och sjukvård.

I Storbritannien har man påbörjat en variant av WSIPPs modellen, med relevanta insatser och kostnader för brittisk offentlig sektor. I Sverige finns ett liknande arbete för att stödja kommunernas beslutsprocess om sociala investeringar, med stöd av stiftelsen Idéer för Livet och framtagen av forskare på Uppsala universitet (Nystrand, Feldman and Sarkadi, 2020). Initiativet tillkom eftersom det både i Sverige och internationellt finns en mångfald av insatser, både med och utan evidens, som erbjuds inom kommunal verksamhet och som syftar till att förebygga eller minska psykiska problem bland barn och unga. Däremot finns det inget stöd för beslutsfattare att sortera mellan dessa metoder, delvis för att svensk forskning saknas och delvis för att det är svåråtkomligt för lokala beslutsfattare.

Sociala konsekvenser av psykisk ohälsa i barndomen

Inverkan av psykisk ohälsa bland barn och unga på utbildning, arbete och inkomst har studerats flitigt. Med hjälp av registerdata och longitudinella kohortstudier har man kunnat följa barn med olika psykiatriska diagnoser och problem upp i vuxen ålder. Man har i dessa studier kunnat kontrollera för en mängd bakomliggande faktorer som också kan komma att påverka utfallen. I vissa studier har man även haft möjlighet att göra långsiktiga uppföljningar av tvillingar, för att kunna kontrollera för genetik och uppväxtförhållanden. Dessa studier är speciellt intressanta, då de ger en bild av den kausala inverkan av psykisk ohälsa på långsiktiga utfall, såsom akademisk förmåga, arbete och inkomst.

Konsekvenserna av psykisk ohälsa i tidig ålder kan uppkomma redan i skolåldern i form av problem med sociala relationer, mobbning och utanförskap. Senare i tonåren ökar även risken för bland annat rökning och alkoholanvändning, och i vuxen ålder en ökad risk för beroendeproblematik eller andra psykiska problem och kriminalitet. I de kohortstudier som nämnts tidigare har man funnit att barn med beteendeproblem löper högre risk för beroendeproblematik, arbetslöshet, problem med sociala relationer och kriminalitet än barn utan underliggande problem. Även svenska registerbaserade studier visar liknande mönster av negativa konsekvenser på humankapi-

talet relaterat till psykisk ohälsa i tidig ålder (Lundborg, Nilsson and Rooth, 2014).

Många studier har följt upp barn med ADHD och uppförandestörning (conduct disorder) eller beteendeproblem (Fergusson, Horwood and Ridder, 2005; Le *et al.*, 2005; Currie and Stabile, 2006; Breslau *et al.*, 2008; Webbink *et al.*, 2012; Fletcher, 2014). Erskine *et al.* (2016) sammanfattade litteraturen rörande ADHD och uppförandestörning och beräknade den genomsnittliga inverkan av dessa problem (Erskine *et al.*, 2016). Författarna såg att ADHD resulterade i 3,7 gånger högre odds att hoppa av skolan, och 2 gånger högre odds att hamna i arbetslöshet, i jämförelse med barn utan ADHD. Odds för att hoppa av skolan för barn med uppförandestörning var 2,7. Skattningar från Nya Zeeland och Storbritannien där man följt barn under 25 respektive 40 år, visar att barn och ungdomar med beteendeproblem har 4 gånger högre odds att få ofullständiga betyg i skolan (Colman *et al.*, 2009), och större risk att vara beroende av ekonomiskt stöd vid 25 års ålder (33 procent av de barn med högst problematik, i jämförelse med 9 procent för barn utan problematik) (Fergusson, Horwood and Ridder, 2005).

Barn med beteendeproblem löper en 10 gånger högre risk att hamna i olika typer av kriminalitet, eller en 3,8 gånger högre risk att hamna i narkotikaberoende (Fergusson, Horwood and Ridder, 2005). Register- och kohortdata har också visat att barn med ADHD och trotsyndrom mer frekvent hamnar i beroendeproblematik och en kriminell bana (Fletcher and Wolfe, 2009; Knop *et al.*, 2009; Dalsgaard *et al.*, 2014; Sundquist *et al.*, 2015), med en svensk studie som tyder på kausala samband mellan ADHD som barn och beroendeproblematik i vuxen ålder (Sundquist *et al.*, 2015).

Studier har funnit liknande, om än mindre, negativa samband mellan ångest och depressionsdiagnoser bland barn och unga och arbetsmarknadsutfall (Duchesne *et al.*, 2008; Fletcher, 2013). Problematik gällande alkoholberoende i vuxen ålder har också setts bland barn och unga med depression och ångestsymptomatik (McKenzie *et al.*, 2011).

Det vetenskapliga underlaget är därför entydigt när det kommer till de förhöjda riskerna samt de ekonomiska och sociala konsekvenserna relaterade till tidig psykisk ohälsa. Men det finns ytterligare fördelar med att arbeta med tidig prevention för att minska risken för dessa negativa utfall i vuxen ålder. Å ena sidan är den underliggande problematiken inte något som bara påverkar individen i fråga,

utan också familj, vänner, skolkamrater och lärare. Kan vi förebygga eller minska problemen för dessa individer idag har vi möjlighet att påverka många individers framtid. Å andra sidan kommer de problem vi vill förebygga och de långsiktiga konsekvenserna också med en prislapp. I praktiken innebär det att man med tidiga insatser inte bara bör se till hur humankapitalet och därmed samhällsproduktionen kan komma att påverkas, men också hur tidiga insatser slår mot offentlig sektor, speciellt intäktssidan. Med ett brett perspektiv kan ofta samhällsbesparingar vägas upp mot kostnaden för tidiga insatser, där investering i tidiga insatser ofta resulterar i en ekonomisk lönsamhet utifrån ett långsiktigt perspektiv.

Områden med god ekonomisk evidens för investering

Perinatal depression

Argumentationen för tidiga insatser utifrån ett ekonomiskt perspektiv börjar redan under graviditeten. Mellan 10 procent och 20 procent av kvinnor upplever prenatala depressiva symtom (Gavin *et al.*, 2005; J.Y. *et al.*, 2017). Bättre hantering av psykisk ohälsa under graviditet kan också bidra till att mildra problem som ångest, psykos och posttraumatisk stress. Män upplever också psykiska påfrestringar kopplat till graviditet; nyligen genomförda studier i Storbritannien och Italien rapporterar att 4–6 procent av nyblivna pappor upplever depressiva symtom (Epifanio *et al.*, 2015; Nath *et al.*, 2016) och upp till 18 procent lider av ångestproblematik (Leach *et al.*, 2016). Prenatal psykisk ohälsa kan ha långvariga konsekvenser för barns psykiska hälsa, liksom för fysisk och kognitiv utveckling.

För samhället kostar prenatal depression och ångest för mammor och barn upp till 112 300 respektive 51 600 dollar utifrån ett livstidsperspektiv. Kostnader relaterade till utbildning och rättsväsendet överstiger här kostnader för hälso- och sjukvården (Bauer, Knapp and Parsonage, 2016). Dessa kostnader visar ett tydligt ekonomiskt incitament för att investera i åtgärder för att identifiera risken för depression hos nya och blivande föräldrar. Allt fler länder, inklusive Sverige, Australien, Nya Zeeland och Storbritannien, har i dag program eller riktlinjer för att screena för pre- och postnatal depression. Ett antal ekonomiska utvärderingar visar att det är kostnadseffektivt att förebygga och/eller behandla tidig prenatal depression (Gurung *et al.*, 2018).

Föräldraskapsstödsprogram

Föräldraskapsstödsprogram erbjuds i en majoritet av kommuner i Sverige som förebyggande insats (mödravård, förskolor, socialtjänsten m.m.), både på universell nivå och som riktad eller indikerad insats. Inom många regioner ska föräldraskapsstödsprogram enligt riktlinjer erbjudas som första-linjeinsats för föräldrar vars barn uppvisar beteendeproblematik eller fått diagnoser, som ADHD, trotsyndrom eller uppförandestörning. Det finns även föräldrastöd som är specifikt utvecklade för föräldrar som har underliggande problematik, som missbruk eller psykiska problem, eller för barn med andra diagnoser, till exempel autismspektrumdiagnos.

Föräldraskapsstödsprogram erbjuds i olika format, vilket kan inkludera individuella möten, telefonmöten, gruppträffar och/eller föreläsningar, både online och genom fysiska träffar. Syftet med föräldraskapsstödsprogram är att ge föräldrar verktyg för att förstå och hantera barns beteenden, vilket i sin tur leder till minskade beteendeproblem bland barn, minskad stress bland föräldrar och känsla av ökad föräldrakompetens och allmänt välmående.

Det finns en stabil forskningsgrund när det kommer till den ekonomiska evidensen för föräldraskapsstödsprogram, speciellt då man de senaste fem åren sett en tydlig ökning i antalet publicerade artiklar inom området. I en systematisk litteraturöversikt från år 2020 sammanfattade Sampaio *et al.* kunskapsläget utifrån 45 ekonomiska utvärderingar av föräldraskapsstödsprogram (Sampaio, F., Nystrand, C., Feldman, I., Mihalopoulos, 2020). För att förebygga och minska beteendeproblem hos barn är dessa program kostnadseffektiva, och evidensen ser också lovande ut gällande emotionella problem, som ångest och depression, där dessa insatser ofta är kostnadseffektiva i förebyggande eller lindrande syfte.

Fler av dessa studier har uppföljningstider på längre än sex månader, varpå man kan säga något om hållbarheten av effekten från insatserna. I en nyligen genomförd ekonomisk utvärdering i Storbritannien hämtade man data från fem studier som undersökt föräldraskapsstödsprogrammet de Otroliga Åren, som också finns tillgänglig i Sverige, för föräldrar med barn i 5-årsåldern (Gardner *et al.*, 2017). Med hjälp av ekonomisk modelleringsteknik uppskattade man framtida kostnader och intäkter upp tills barnen blev 30 år, med ekonomiska skattningar för hälso-, socialtjänst- och utbildningssektorn

samt rättsväsendet. Forskarna skattade en avkastning på 4,57 dollar för varje dollar spenderad.

Ekonomiska utvärderingar utförda av WSIPP i USA visar på avkastning mellan 0,6–30,5 dollar per investerad dollar för föräldraskapsstödsprogram, där några av de inkluderade programmen finns tillgängliga i Sverige, bland annat de Otroliga Åren och Triple P (Positive Parenting Program). Dessa skattningar går i linje med vad som setts i svenska studier, där avkastningen varierat mellan 6,3–39 kronor per investerad krona för programmen Cope, Connect, Komet och de Otroliga Åren (Nystrand *et al.*, 2020). Intäkter i den svenska studien inkluderade poster för utbildning och hälso- och sjukvården, samt framtida livstidsinkomst.

I två andra svenska studier använde man livskvalitémått för att skatta insatsernas effekt, något som föredras för hälsoekonomiska utvärderingar utifrån det inbyggda ”värdet” för livskvalitet, som beslutsfattare kan använda som riktlinje för att bedöma kostnadseffektivitet. Dessa utvärderingar inkluderade Cope, Connect, Komet och de Otroliga Åren, självhjälpsboken *Fem gånger mer kärlek*, och programmet Alla Barn i Centrum, ABC (Ulfsdotter, Lindberg and Månsdotter, 2015; Nystrand *et al.*, 2019). Föräldrar till barn i åldrarna 3–12 randomiserades till insatserna, och kostnader beräknades för 5–12-åringar fram tills 18 års ålder. I utvärderingen av de fem förstnämnda gjordes en långtidsuppskattning av de potentiella intäkterna kopplade till minskning av beteendeproblematik bland barn, med fokus på kostnadsbesparingar för utbildningssektorn och hälso- och sjukvården. För insatsen ABC ställdes insatsens kostnader i relation till livskvalitet. Vad båda utvärderingarna visade var en tydlig bild – samtliga insatser var kostnadseffektiva utifrån rådande betalningsvilja, dvs. ”värde” för livskvalitet, som beslutsfattare kan använda som riktlinje. Man såg också besparingar för olika sektorer. Analyser visade också på att ett långsiktigt perspektiv där intäkter ackumuleras över flertalet år inte var nödvändigt för att uppnå kostnadseffektiva resultat. Detta är särskilt viktigt eftersom den kommunala ekonomin och det politiska klimatet har betydligt lättare att hantera korta tidsperioder mellan insats och effekt.

Evidensen är mer otydlig när det gäller föräldraskapsstöd för andra psykiska problem, för att främja generellt välmående och som specifik selektiv insats. Exempelvis varierar evidensen gällande kost-

nadseffektiviteten av föräldraskapsstödsprogram för föräldrar med missbruksproblematik eller för barn som adopterats.

Skolan som arena för insatser

Skolan är en arena med stor potential för främjande och förebyggande arbete för psykisk hälsa. Få svenska ekonomiska utvärderingar av insatser i skolan har gjorts, men evidens från grannländer, övriga länder i Europa och internationellt är entydiga när det kommer till de ekonomiska argumenten för att arbeta med vissa typer av förebyggande insatser i skolan. Svenska läkarsällskapet (SLS) sammanfattade nyligen i en rapport *Kraftsamling för ungas psykiska hälsa* fem generella insatsområden där det finns en god vetenskaplig grund för att kunna påverka ungas psykiska hälsa och skolresultat. Dessa fem områden innefattar:

1. Regelbunden strukturerad fysisk aktivitet
2. Balans mellan tid på digitala medier, skola, fysisk aktivitet och sömn
3. Socialt och emotionellt lärande för att stärka självkänsla, hantera stress och skapa positiva förändringar
4. Anpassning av kunskaps- och betygskraven till elevers utveckling och förutsättningar
5. Tidig upptäckt och stöd till unga med risk för sämre psykisk ohälsa.

Några av dessa med god ekonomisk evidens tas upp nedan, nämligen fysisk aktivitet, socialt och emotionellt lärande och tidig upptäckt och stöd till unga med risk för sämre psykisk ohälsa, som självskada, ångest och depression.

Fysisk aktivitet

Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP) har i sin rapport från 2018 ”Physical Activity Guidelines Advisory Committee” sammanfattat evidensen av fysisk aktivitet på kognition, livskvalitet, självkänsla och depressiva symptom hos unga i skolåldern. Högre grad av fysisk aktivitet och lägre nivåer av stillasittande bland unga 5–18 år ökar självskattad livskvalitet (3), samtidigt som det finns stark evidens för att fysisk aktivitet har måttlig till hög effekt gällande minskning av depressiva symptom hos barn och ungdomar, med eller utan diagnostiserad depression. Träning har också visat måttlig effekt för att förbättra självkänslan (Das *et al.*, 2016). Cöster *et al.* (2018) visar en studie från Sverige att behörigheten till gymnasiet kan öka för pojkar med en insats som syftar till att öka den fysiska aktiviteten bland skolungdomar (Cöster *et al.*, 2018).

Argument för satsningar inom fysisk aktivitet på befolkningsnivå baseras i allt högre grad på beräkningar av kostnaderna för inaktivitet. Enligt skattningar från WHO är en fjärdedel av den vuxna befolkningen i EU otillräckligt aktiva, och fyra femtedelar av ungdomar. Över 500 000 dödsfall per år kan relateras till fysisk inaktivitet, vilket kan förebyggas genom livsstilsförändringar. Stora kostnadsposter är relaterade till de ökade hälsorisker som fysisk inaktivitet resulterar i, både för hälso- och sjukvården men också gällande samhällsproduktion, då många av dessa resulterar i för tidig död. Direkta kostnader för hälso- och sjukvården utifrån de fyra största riskerna relaterade till fysisk inaktivitet; hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes typ 2, kolon- och bröstcancer och indirekta kostnader kopplat till depression och ångestproblematik, uppgår till 80 miljarder euro årligen för EU-länderna. Detta motsvarar 6,2 procent av utgifterna för hälso- och sjukvården i Europa; fem miljarder euro mer än hela världen spenderar på cancerläkemedel varje år eller hälften av den årliga BNP för Irland eller Portugal. Ser vi framåt kommer denna ekonomiska kostnadsbörda att öka – konservativa uppskattningar för år 2030 är att dessa kan uppgå till årliga kostnader på över 125 miljarder euro (ISCA/Cebr, 2015).

Fyra översiktsartiklar har publicerats där man bland annat tittat på den ekonomiska evidensen för fysisk aktivitet bland barn och unga. Laine *et al.* (2014) och Wu *et al.* (2011) konkluderade att insatser i skolan för att främja fysisk aktivitet generellt är kostnads-

effektiva. Båda översikterna inkluderade dock en mängd olika skolbaserade insatser (från hälsoutbildning till miljöförändringar) som varierade väsentligt när det gäller storleken på kostnadseffektiviteten (Wu *et al.*, 2011; Laine *et al.*, 2014).

Lehnert *et al.* (2012) inkluderade främst skolbaserade insatser som främjade aktivitet i samband med resa till/från skolan (Lehnert *et al.*, 2012). I denna översikt ansågs inte dessa insatser vara kostnadseffektiva. Lewis *et al.* (2010) undersökte insatser för fysisk aktivitet i familj- och hemmiljö, skola och samhället. Översikten sammanfattade att vissa insatser var kostnadseffektiva (t.ex. danslektioner och program för vandringsgrupper i stället för skolskjuts), medan andra endast visade sig vara kostnadseffektiva för en viss grupp barn (t.ex. endast för tjejer), eller inte kostnadseffektiva alls (t.ex. gratis simlektioner) (Abu-Omar *et al.*, 2017). Få av dessa ekonomiska utvärderingar har gjort långsiktiga prognoser av insatsernas inverkan på framtida hälsa och humankapital. Däremot kan vi anta än bättre kostnadseffektivitet och potentiella kostnadsbesparingar om dessa skulle ha inkluderats.

Socialt och emotionellt lärande (SEL)

”Sociala och emotionella färdigheter” avser förmågan till att reglera ens tankar, känslor och beteende. Dessa färdigheter skiljer sig från kognitiva förmågor såsom läskunnighet eller förståelse för matematik eftersom de huvudsakligen berör hur människor hantera sina känslor, uppfattar sig själva och interagerar med andra, snarare än deras förmåga att bearbeta information. Sociala och emotionella färdigheter har stor inverkan på ens egna mående, kognitiva utveckling och kan ha en inverkan på mer långsiktiga utfall, såsom skolprestation och framtida fysiska och psykiska hälsa.

Heckman och Kautz (2012) jämförde studenter som hoppat av gymnasiet och fick högskolebehörighet genom att genomföra så kallade ”GED”-tester, med studenter som fått ut en vanlig gymnasieexamen (Heckman and Kautz, 2012). Deras kognitiva förmåga skiljde sig inte åt, men man såg att avhopparna hade sämre sociala och emotionella färdigheter. Det som dock skiljde dem mest åt var inte dessa färdigheter, utan hur det gick senare för dem i livet. Eleverna med sämre SEL färdigheter hade lägre sannolikhet att klara av uni-

versitetsstudier, kortare anställningar, lägre timlön, högre skilsmässonivåer, sämre hälsa, och högre sannolikhet att hamna i kriminalitet. I en studie av Roberts *et al.* (2007) såg man att SEL färdigheter hade en något lägre inverkan än IQ på arbetsrelaterade utfall, men en högre effekt än vad föräldrars inkomst och socioekonomisk status hade (Roberts *et al.*, 2007). Flera studier har tittat mer specifikt på vilka SEL färdigheter som driver olika typer av direkta och mer långsiktiga utfall. Forskningen sammanfattas väl i en nyligen publicerad rapport av OECD (OECD, 2018)

Många SEL-insatser har utvecklats i USA och en del av dem har översatts och kulturanpassats till andra språk och länder. Flera av dessa visat sig vara effektiva både i USA och i andra länder, och för vissa av dessa har det även utförts ekonomiska utvärderingar. Ett exempel på den potentiella ekonomiska lönsamheten när det kommer till SEL-program är från insatsen Good Behavior Game (GBG), som i Sverige går under namnet PAX Samspelet eller Højaspellet, och som är olika varianter av programmet. GBG syftar till att främja positivt och prosocialt beteende bland barn genom ett belöningsbaserat ”spel”. Då mycket forskning om GBG har visat effekter på både psykisk och fysisk hälsa bland barn, med positiv inverkan på skolresultat som leder till en rad andra förbättringar på sikt, har man skattat att GBG kan leda till en avkastning på upp till 63 dollar per investerad dollar i USA. Detta är om man gör prognoser av individer på sikt som fått tagit del av GBG som barn, där man inkluderat intäkter för bland annat hälso- och sjukvården, arbetsmarknaden och rättsväsendet. GBG har implementerats på flera platser inom och utanför USA, men också i Sverige i olika versioner. Just nu pågår en stor randomiserad studie av GBG i Sverige för att primärt mäta de hälsorelaterade effekterna på lärare i skolan, samt de ekonomiska konsekvenserna för att bedöma kostnadseffektiviteten.

Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) är en annan SEL-intervention där man gjort ekonomiska utvärderingar, speciellt i Storbritannien. PATHS är ett av de mer kända evidensbaserade SEL-programmen. Det manualbaserade programmet riktar sig till barn i åldern 4–11 år och består av separata lektioner för varje årskull, där SEL-färdigheter lärs ut i olika steg som bygger på varandra.

Tre ekonomiska utvärderingar av PATHS från Storbritannien visar att PATHS knappt genererar bättre hälsorelaterade effekter än en kontrollgrupp (Berry *et al.*, 2016; Humphrey *et al.*, 2018; Turner

et al., 2020). Detta beror dock främst på att man i skolor i Storbritannien arbetar mycket med SEL-komponenter i ordinarie läroplan, bland annat med programmet SEAL (Bywater och Sharples, 2012). Att man i samtliga tre studier därför såg små eller inga effekter av insatsen är inte förvånande. Däremot använde två av studierna hälsorelaterad livskvalitet som utfallsmått, och såg, om än små, effekter av insatsen, och att PATHS utifrån dess låga kostnader (cirka 18 pund vid nationell implementering) var kostnadseffektiv. En anledning till kostnadseffektiviteten och den låga kostnaden är att man inte räknat med löner för lärare, utan endast utbildning och materialkostnader. Detta för att lärare arbetar med PATHS under ordinarie lektionstid, varpå inga extra personalresurser krävs. Detta är något som gäller de flesta SEL-insatser, varför de utifrån programmens effektivitet ofta ses som väldigt kostnadseffektiva.

Suicidförebyggande insatser

Den vetenskapliga grunden gällande huruvida suicidförebyggande insatser är kostnadseffektiva för barn och unga är begränsad. Suicid och självskadebeteende beräknades kosta mer än 58,4 miljarder dollar i USA år 2013, varav endast 1,7 miljarder dollar representerar kostnader för hälso- och sjukvården (Shepard *et al.*, 2016). En majoritet av dessa kostnader var relaterade till självskada.

Forskare har tagit fram många effektiva insatser för att förebygga suicid, suicidtankar och självskadebeteende (Zalsman *et al.*, 2016), men det finns fortfarande bara begränsad litteratur gällande dess kostnadseffektivitet. I SEYLE-projektet testade man tre suicidpreventiva insatser i 10 EU-länder med över 10 000 medverkande elever, där Sverige var koordinator för projektet (Wasserman *et al.*, 2015). Insatserna var (1) professionell screening, (2) gate-keeper träning eller (3) Youth Aware of Mental Health program (YAM). Den enda insatsen som visade signifikant minskning av nya suicidförsök (över 50 procent) och allvarliga självmordstankar jämfört med en kontrollgrupp var YAM. YAM är ett program för skolelever som främjar diskussion och utvecklar färdigheter för att möta livets svårigheter och öka kunskap om psykisk hälsa. I en nyligen publicerad studie såg man att YAM också var den mest kostnadseffektiva insatsen, med en kostnad på mellan 47 000–48 000 euro per QALY

för att förebygga ett fall av suicid eller allvarliga suicidtankar (Ahern *et al.*, 2018). Med en sådan kostnad kan YAM anses vara en kostnadseffektiv insats, utifrån rådande riktlinjer för betalningsviljan för en QALY. I studien ställde man endast insatskostnader i relation till hälsoeffekten, och därför exkluderades de långsiktiga fördelarna med att minska suicidtankar och försök, både hälsorelaterade samt ekonomiska. Hade man inkluderat dessa hade insatsen troligen ansetts vara än mer kostnadseffektiv.

Insatser för att förebygga ångest och depression

Flera systematiska översikter och meta-analyser utförda av forskare i Sverige har visat att förebyggande insatser, både universella och riktade, inom ångest och depressionsproblematik har mycket lovande effektivitet, både om de utförs inom ramen för skolans arbete eller hälso- och sjukvården (Ahlen, Lenhard and Ghaderi, 2015; Ssegonja *et al.*, 2019).

Den ekonomiska evidensen inom området är något varierad. I en nyligen publicerad systematisk översikt utförda av forskare på Uppsala universitet, såg man att insatser i skolan inom området har visat på varierad kostnadseffektivitet. De studier som inkluderades i översikten var enbart kostnadsnyttoanalyser där man undersökt kostnaden per QALY. Utifrån de inkluderade studier som utvärderade insatser för barn och unga, var hälften av de som implementerats i skolan inte kostnadseffektiva, oavsett teoretisk utgångspunkt eller komponenter inkluderade i insatserna. Enbart två utvärdering inkluderades där man använt hälso- och sjukvården som arena för att ge förebyggande insatser. I dessa utvärderingar hade man främst implementerat insatser som inkluderade kognitiv beteendeterapi, och båda visade på kostnadseffektiva resultat. Många ekonomiska utvärderingar inom området har använt kliniska utfallsmått, vilka exkluderats från översiktsartikeln.

Barn med ADHD och autism

Autismspektrumtillstånd och ADHD är två av de vanligaste neuropsykiatriska funktionsnedsättningarna bland barn, där ADHD och autism drabbar 7 procent respektive 1–2 procent av barn världen över (Thomas *et al.*, 2015). Då båda problemen börjar vid tidig ålder krävs tidig identifiering och insats. Tidig intervention för barn med utvecklingsneurologiska och neuropsykiatriska svårigheter har visat sig vara effektiva (Johnston, 2009; Ulrich, 2010; Guralnick, 2011; Zwaigenbaum *et al.*, 2015). Hjärnas formbarhet de första åren gör att man generellt kan säga att det är lättare att främja utveckling och inläring samt förebygga problem när barnet är mycket litet (Dawson, 2008; Ozonoff *et al.*, 2008; van der Meer, 2016). Tidig upptäckt är avgörande för att möjliggöra tidiga insatser för att optimera barnets utveckling samt att förebygga eller minimera utvecklingsförseningar och sekundära problem (Johnston, 2009; Ulrich, 2010; Guralnick, 2011; Zwaigenbaum *et al.*, 2015). Men barn med utvecklingsneurologiska och neuropsykiatriska problem/svårigheter ofta upptäcks och får hjälp sent (Tuominen-Eriksson, Svensson och Gunnarsson, 2013). Detta får konsekvenser både för individen och ekonomin.

Studier visar att den samhällsekonomiska bördan av ADHD och autism bland barn är stor: den årliga genomsnittskostnaden för ADHD per barn i Europa ligger på mellan 5 700 euro och 14 400 euro, med höga kostnader för psykologiskt stöd och medicinering. Bland indirekta kostnader beror en majoritet på produktivitetsförlust för vårdnadshavare (Pelham, Foster and Robb, 2007; Le *et al.*, 2014; Quintero *et al.*, 2018). ADHD bland vuxna är också kopplat till stora ekonomiska förluster, relaterade till brottslighet, arbete, problem i sociala relationer och andra psykiatriska problem.

Autism är också kostsamt. Barn i åldrarna 3–17 år med autism kostar hälso- och sjukvården årligen cirka 2 100 euro och 10 000 euro för andra sektorer, i jämförelse med barn utan autism. För utbildningssektorn uppgår kostnaderna årligen till 6 100 euro mer än för barn utan diagnosen (Lavelle *et al.*, 2014). Kostnader förknippade med autism kvarstår till vuxen ålder på grund av de stora kostnaderna för vuxenomsorg och förlorad produktivitet för personer med autism och deras föräldrar.

I en systematisk översikt som nyligen accepterades för publikation, utförd av forskare på Uppsala Universitet, sammanfattades evidensläget rörande kostnadseffektiviteten av insatser för barn och unga med ADHD eller autism (Sampaio *et al.*, 2021). Studien fann endast fyra ekonomiska utvärderingar av tidiga insatser som inte utvärderade kostnadseffektiviteten av medicinering. Hälften av dessa konkluderade att specifika insatser (såsom föräldrastöd och kommunikationsfrämjande individuella insatser) inte var kostnadseffektiva, då insatserna dels kostade mer än de ordinarie tjänster som gavs, och inte visade sig vara mer effektiva. Två av utvärderingarna visade kostnadseffektiva resultat. Speciellt intressant var en utvärdering som utifrån ett livstidsperspektiv inkluderade potentiellt undvikbara kostnader relaterade till utbildning, specialiserad hjälp i hemmet, hälso- och sjukvård, barnens framtida produktivitet samt en skattning av den tid som föräldrars lade ner för att ta hand om barnet. Utvärderingen visade på stora kostnadsbesparingar (upp till 53 000 dollar) över ett livstidsperspektiv, för insatser till barn som visat tidiga varningssignaler relaterade till autism (Penner *et al.*, 2015).

Områden som har bra effektstudier, men saknar god evidens för kostnadseffektivitet

Barn med kommunikations- och inlärningssvårigheter

Tidiga svårigheter med tal, språk och kommunikation kan ha en stor inverkan på framtida liv, välmående och på samhället. En stor kohortstudie som följde barn som vid fem års ålder hade kommunikationssvårigheter upp till vuxen ålder, fann att barnen hade fyra gånger högre risk för lässvårigheter, tre gånger högre risk för psykisk ohälsa och dubbelt så hög risk att hamna i arbetslöshet (Law *et al.*, 2009). I en rapport från Storbritannien uppskattar man att utökad stöd för barn med kommunikationssvårigheter kan generera en avkastning upp emot £ 6,43 per investerad krona, genom dess effekt på livstidsinkomst (Marsh *et al.*, 2010). En systematisk översikt visar dock att mycket evidens saknas, och att rekommendationer utifrån kostnadseffektiviteten av insatser därför är svåra att dra (Law *et al.*, 2012).

Angående tidiga och förebyggande insatser för barn och unga med inlärningssvårigheter, utöver de insatser som finns riktade till barn med autism, rekommenderar bland annat the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannien att grupp-baserade föräldraskapsstödsinsatser bör erbjudas föräldrar till barn under 12 års ålder med inlärningssvårigheter, men även att man i förskolan kan arbeta med olika insatser för att stödja dessa barn (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2015). Dock finns det för få ekonomiska utvärderingar inom området för att kunna dra slutsatser om kostnadseffektiviteten.

Antimobbningsinsatser

Ett lovande område där mer forskning behövs gäller mobbning. År 2019 utsattes uppemot hälften av barn och unga för kränkningar i Sverige (Friends, 2019), och Skolinspektionen rapporterar om en negativ trend gällande trygghet i skolan från 2013 och framåt för elever i årskurs fem, nio och årskurs två på gymnasiet (Skolinspektionen, 2019).

Forskning från Storbritannien visar att barn som har blivit mobbade inte bara har högre risk för psykiska problem utan upplever också långvariga negativa effekter på framtida hälsa, sysselsättning och inkomst (Brimblecombe *et al.*, 2018). Medan de mekanismer som relaterar mobbning till psykisk ohälsa i vuxen ålder inte är helt klarlagda, inkluderar möjliga mekanismer stress – unga människor som utsätts för mobbning har större sårbarhet för stress och psykisk ohälsa när de växer upp (Singham *et al.*, 2017). Ett annat argument är att ungdomar som utsätts för mobbning kan ha en högre risk för att utsättas för mobbning som vuxna, med direkta konsekvenser för deras psykiska hälsa (Arseneault, 2017).

Effektiva insatser för att förebygga och minska mobbning kan vara kostnadseffektiva med tanke på dessa kort- och långsiktiga konsekvenser. En framstående insats för ekonomisk analys är KiVA, en skolbaserad antimobbningsinsats utvecklat i Finland. KiVA fokuserar på att lära ut och stärka empati, handlingsförmåga och attityder kring mobbning bland elever, med fokus på mobbning och nät-mobbning. En randomiserad studie i Finland och en efterföljande icke-randomiserad studie med mer än 150 000 studenter visade lägre risker för att mobbas (22 procent minskning) och bli mobbad (18 procent minskning) (Kärnä *et al.*, 2011). KiVA är också effektiv för att hantera nät-mobbning (Williford *et al.*, 2013).

Med denna bevisgrund har KiVA nu implementerats i över 90 procent av finska skolor och testas i andra länder, inklusive Storbritannien, där en ekonomisk analys tillsammans med en randomiserad kontrollerad studie pågår (Clarkson *et al.*, 2016). Ekonomiska modelleringar i Storbritannien har också genomförts där man antar effekten man uppmätt i Finland är överförbar, men man använt implementeringskostnader skattade för Storbritannien. Modellen uppskattar att nettobesparingar för en kohort på 200 barn fram till 50 års ålder, inklusive långsiktiga effekter på arbetsmarknaden,

skulle vara cirka 66 100 dollar. Det saknas emellertid fler ekonomiska utvärderingar av KiVA och andra antimobbingsprogram, varför det är svårt göra policyrekommendationer.

Mindfulness

Ett annat område där det krävs mer forskning för att dra slutsatser är universella mindfulness-insatser och mindfulness-baserade program som terapiform. Det vetenskapliga underlaget gällande effektiviteten för att främja välbefinnande och förebygga psykiska problem är långt ifrån konsekvent, men vissa översikter pekar mot att det kan vara ett effektivt alternativ till konventionella metoder för att hantera (prenatal) depression och ångest (Lever Taylor, Cavanagh and Strauss, 2016).

I Storbritannien pågår nu en skolbaserad insats som involverar mer än 5 700 elever, och inkluderar en kostnadseffektivitetsanalys, för att testa om mindfulness kan främja psykisk hälsa och välbefinnande (Kuyken *et al.*, 2017). Mindfulness-baserad kognitiv beteendeterapi har också visat sig vara effektiv för att minska risken för återkommande depression (50), men kostnadseffektiviteten återstår att fastställa (Kuyken *et al.*, 2015).

UVAS/Hemmasittare

Övergången från tonåren till vuxenlivet är en period som präglas av psykiska utmaningar. Unga vuxna som varken arbetar eller studerar (UVAS) riskerar långsiktiga ekonomiska konsekvenser och socialt utanförskap. Risken för att hamna i gruppen UVAS är bland annat relaterad till psykisk hälsa (Rodwell *et al.*, 2018).

Innovativa och inkluderande program har utvecklats för att förebygga ungdomars sociala utanförskap. I Finland använder man Time Out!, en modell för unga män med hög risk för socialt utanförskap (Appelqvist-Schmidlechner *et al.*, 2010). Time Out! har visat sig vara kostnadseffektiv i en randomiserad studie, främst tack vare dess positiva inverkan på möjlighet till anställning. Tröskelvärdet eller ”break-even” för kostnadseffektivitet var en ökning av sysselsättningsgraden med 3–4 procent i gruppen som fick insatsen (Reini, 2016). Dock finns det få andra vetenskapliga underlag från

Europa för att underbygga det ekonomiska argumentet för tidiga och förebyggande insatser för UVAS, och mer forskning krävs därför för att kunna rekommendera investeringar inom området.

Umeå Universitet har tillsammans med stiftelsen Idéer för Livet tagit fram en beräkningsmodell för att kunna skatta de ekonomiska vinsterna relaterade till insatser för UVAS (Umeå Universitet, 2020). Modellen bygger på registerdata där man skattat livsbanor för UVAS i jämförelse med övrig befolkning i Sverige. Vilka insatser som vetenskapligt bevisat ger effekt på UVAS i Sverige finns inte i modellen, men om man som användare kan göra en rimlig och väl argumenterad skattning för en viss insats inom områden, kan beräkningsmodellen användas för att skatta dess ekonomiska inverkan på olika samhällsaktörer och humankapitalet.

Ekonomisk evidens för samverkan

Den ekonomiska evidensen för samverkan inom psykisk hälsa för barn och ungdomar är begränsad. Internationellt finns det få studier generellt som studerat det ekonomiska värdet av samverkansmodeller inom psykisk hälsa, än mindre för den yngre populationen. I Sverige publicerades nyligen två rapporter som Uppsala universitet tagit fram på uppdrag av Länsstyrelsen Stockholm, där det förebyggande och främjande arbetet i två kommuner i regionen samverkat tvärssektoriellt med insatser för barn och unga. Dessa presenteras i detalj under goda nationella exempel på systemomvandlande samverkan i rapporten.

Vad är problemet med dagens organisation?

Psykisk ohälsa bland barn och unga bidrar inte bara till stort lidande för individer, deras familjer och närstående, kamrater och lärare. Det finns också stora risker för att lidandet fortsätter upp i tonåren och in i det vuxna livet, om problemen inte förebyggs, minskar eller behandlas. Teorier som bland annat humankapital ligger till grund för att förstå hur avsaknaden av vissa färdigheter eller företeelsen av vissa problem kan leda till stora samhällsekonomiska konsekvenser senare i livet. Avsaknad av tidiga förebyggande insatser kan därför bidra till betydande kostnader för offentlig verksamhet, men också för familjer och arbetsmarknaden.

Det finns ett flertal problem i dagens vård och service för barn och unga som vi nu ska titta på. Bland problemen återfinns ojämlikhet, en fragmenterad och okoordinerad vård och stort spill av vårdresurser.

Ojämlik vård och välfärd för barn och unga

En god vård är jämlik, något som innebär att hälso- och sjukvården inte skiljer i kvalitet beroende på personliga egenskaper som kön, ras, etnicitet, geografiskt läge eller socioekonomisk status (Socialstyrelsen, 2009; SFS 2017:30). Men tillgången till hälso- och sjukvård samt kvaliteten på vården skiljer sig mellan olika utbildningsgrupper och personer med olika nationaliteter (SOU 2017:47). Även om barnhälsovården i Sverige når 97 procent av alla barn i ålder 0–5 år med universella insatser (Wallby and Hjern, 2011), har man svårare att nå ut med riktade insatser till barn i migrant- och låginkomstfamiljer (SOU 2017:47).

Barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning har ojämlik och varierande tillgång till vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2019a), och socioekonomiska faktorer rapporteras att påverka barn och ungas tillgång till vård (Magnusson *et al.*, 2016). Stödet till unga med exempelvis neuropsykiatrisk problematik varierar kraftigt mellan olika kommuner och regioner (Socialstyrelsen, 2019a), och tillgången till barnpsykiatriska/neuropsykiatriska utredningsteam, synen på neuropsykiatriska tillstånd och graden av samverkan mellan hälso- och sjukvården för barn, evelhälsa och socialtjänst varierar. Flickor utsätts för tvångsåtgärder inom barnpsykiatri oproportionerligt oftare än pojkar: för tvångsvård, avskiljning, fastspänning och läkemedelstillförsel under fastspänning (Socialstyrelsens statistikdatabas, 2014).

Skillnader i stöd, bemötande och insatser kan bero på kunskaps- och skillnader inom området, men även tillgången till jämlika och enhetliga rutiner för upptäckt, utredning och behandling (Socialstyrelsen, 2019b). Det bristande helhetsperspektivet och samverkan mellan berörda aktörer bidrar till att barn och familjer ofta upplever att de inte får det stöd de behöver (Socialstyrelsen, 2019a), något som leder till ett minskat förtroende för vården både hos barnet och familjen (Nowak, Broberg och Starke, 2013; Carlsson *et al.*, 2016).

Det är inte bara inom vården som det finns omotiverade skillnader i tillgång till stöd och service. Utsatta barn som far illa på grund av eget riskbeteende eller fysiskt våld riskerar att inte få den hjälp och stöd de behöver då endast en minoritet får tillgång till insatser inom den sociala barn- och ungdomsvården (Vårdanalys, 2018). Av de anmälningar som kommer in i ämnet är det endast en tredjedel som leder till utredning och hälften av dem som leder till insatser. Det finns även omotiverade skillnader i bedömda behov av insatser samt beviljade insatser av socialtjänsten (Vårdanalys, 2018). Det är exempelvis färre pojkar med utländsk bakgrund som bedöms ha behov av insatser jämfört med andra grupper.

Under 1900-talet har idén om att ökad specialisering leder till större effektivitet och högre produktivitet varit ledande (Tyrstrup, 2014). Genom att dela upp både arbete och befogenheter har man ansett att verksamheter och utförare som fokuserar på väldefinierade uppdrag och moment blir snabbare och mer tidseffektiva i att utföra en bestämd aktivitet. Centralt i denna modell är hur uppgifter och ansvar delas upp, och gränser och gränsdragningar blir viktiga.

Denna vertikala organisering har lett till det vi idag känner som ”stuprör”, en av de mest använda metaforerna när vi talar om organisering av svensk välfärd idag. Uppdelningen i många olika organisationer som styrs separat har gjort att det i praktiken blivit svårt att koppla samman olika tjänster till en helhet.

Barn och unga i behov av insatser från fler vårdgivare eller fler samhällsinstanser utgör en utmaning för välfärden. Att ha flera behov eller behov inom fler än ett område samtidigt som vårdens och välfärdens aktörer har blivit mer specialiserade och mer fokuserad på olika diagnoser och olika typer av utsatthet, har lett till att barnet, ungdomen och deras familjer som regel har många kontakter inom olika verksamheter. Att organisera välfärden i stuprör resulterar inte bara i en fragmenterad vård och omsorg, men ökar också risken för att välfärdstjänsterna som erbjuds blir ineffektiva och ibland motsägelsefulla för barnet och familjen. Organiseringen lägger också en stor börda på familjer som måste samordna och kämpa för adekvat vård, skola och omsorg (Carlsson *et al.*, 2016; Westman Andersson, Miniscalco and Gillberg, 2017).

Det skapas organisatoriska mellanrum

En nästan lika vanlig metafor som ”stuprör” för att beskriva organisering av välfärdstjänster är ”hängrännor” som beskriver vägar för att fånga upp barn och unga som inte får sina behov mötta inom respektive stuprör. Ett annat sätt att beskriva metaforen ”hängrännor” ges av Mats Tyrstrup (2014), nämligen *organisatoriska mellanrum*. Ett organisatoriskt mellanrum uppstår när integrering av aktiviteter till värdeskapande tjänster uteblir, eller misslyckas mellan olika verksamheter (Figur 1).

Figur 91 Organisatoriska mellanrum



Där dagens välfärd definieras av det typiska, huvudsakliga och det som kan förberedas inom varje verksamhet, hamnar undantagen, detaljerna, det oförutsedda och det komplexa i de organisatoriska mellanrummen. De organisatoriska mellanrummen kan vara svåra att identifiera, men de är högst kännbara för de individer eller grupper som drabbas av att de finns. Det är också i dessa organisatoriska mellanrum som vi hittar välfärdens utvecklingspotential. Inte minst blir detta uppenbart när man tar en närmare titt på olika lyckade samverkansprojekt som har blivit framgångsrika just eftersom de lyckas överbrygga, kringgå eller bygga bort ett organisatoriskt mellanrum, något som vi återkommer till längre ned.

Välfärd är inte en produkt – det är en tjänst

Det är lätt att tänka att stora organisationer inom vård, skola och omsorg bedriver storskalig produktion. Men enligt organisationsläran är det arbete som utförs i välfärdssektorn att betrakta som tjänster (Tyrstrup, 2014). Enligt Svenska Akademiens ordlista är en tjänst när någon gör något som någon erhåller nyttan av. Välfärdstjänster innebär alltså att någon gör något för att någon annan, till exempel patienten, eleven eller klienten, ska dra nytta av den. Om

välfrädssektorn ses som tjänster är det rimligt att den som tjänsten riktar sig till är den vars perspektiv är viktigast. Således bör brukarperspektivet vara det centrala för hur man organiserar välfärdstjänster och välfärdsektorn (Shaw, Rosen and Rumbold, 2011) (Shaw, Rosen and Rumbold, 2011).

Om vårt mål är att utveckla välfärden och förbättra dess kvalitet bör fokus ligga på aktiviteterna som utförs. Det är samordningen av dessa aktiviteter som är själva kärnan i produktionen av välfärd (Tyrstrup, 2014). Därtill bör ett helhetsperspektiv och hänsyn till brukarens behov vara vägledande. Utgångspunkten bör således inte vara hur aktiviteter och resurser ska delas upp, utan hur de kan fogas samman till en meningsfull helhet. Det krävs alltså integrering: en synkronisering av processer och tjänster, och en samordning av hur olika aktörers expertis och kunnande ska tillvaratas (Holmberg and Tyrstrup, 2010). Det är denna synkronisering som skapar helheten som välfärdsektorn erbjuder. Genom samproduktion och integrering av aktiviteter och kompetenser skapar vi välfärdstjänster av hög kvalitet (Tyrstrup, 2014). För välfärdens fortsatta utveckling är integrering av välfärdstjänster och samverkan nödvändig (Tyrstrup, 2014).

Integrering av hälso- och sjukvårdstjänster

Integrerade hälso- och sjukvårdssystem är enligt Världshälsoorganisationen (WHO) ett tillvägagångssätt för att stärka personcentrerad hälso- och sjukvård (WHO, 2016). Det sker genom att erbjuda tjänster av hög kvalitet som har utformats efter befolkningens och individens behov och som ges av multidisciplinära team som samverkar på olika arenor och på olika vårdnivåer (WHO, 2016). Genom att integrera vårdtjänster är målet att förbättra patienters upplevelse av vården, samt uppnå ökad jämlikhet, tillgång och effektivitet och på så sätt få ut mer av satsade resurser på hälso- och sjukvårdssystemen (Shaw, Rosen and Rumbold, 2011).

Även om värde skapas genom integrering, så är det inte alltid så att all integrering skapar värde (Tyrstrup, 2014). Integrerad hälso- och sjukvård kan bara anses framgångsrik om den leder till förbättrad upplevelse av vården och förbättrade hälsoutfall (Goodwin and Smith, 2011). Det finns många exempel inom kvalitetsförbättrings-

litteraturen att bättre kvalitet i form av förbättrad upplevelse av vården och förbättrade hälsoutfall går hand i hand med förbättrad kostnadseffektivitet (Waters *et al.*, 2011), till stor del på grund av undvikande av olika former av spill.

Det skapas spill inom hälso- och sjukvården

Argumentationen kring att en betydande del av utgifterna för hälso- och sjukvården kan anses vara spill påbörjades systematiskt för drygt tio år sedan (Bentley *et al.*, 2008; Berwick and Hackbarth, 2012). Även om olika definitioner av spill används, handlar det främst om spill som uppstår när:

- Tjänster och processer antingen är skadliga eller inte levererar den nytta de avser
- Kostnader uppkommer till följd av att vi väljer mer kostsamma alternativ för identiska utfall

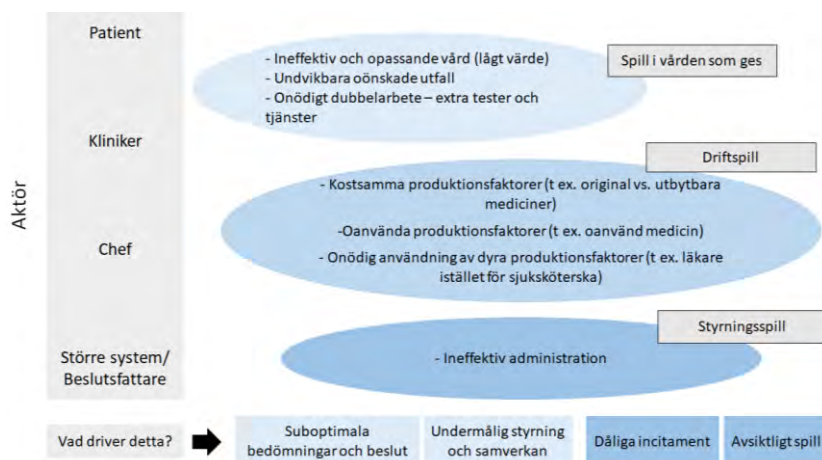
Spill uppkommer i alla organisationsformer och sektorer, men skattningar för hur mycket spill som ackumuleras har främst utförts inom hälso- och sjukvård. En uppskattning i USA tyder på att spill utgör mer än 20 procent av de totala utgifterna inom hälso- och sjukvården; i vissa fall upp till 50 procent (Berwick and Hackbarth, 2012). I Australien visade en undersökning att nästan en tredjedel av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården kan ses som onödiga (Swan and Balendra, 2015). En studie i Nederländerna uppskattade att 20 procent av budgeten för akutvård skulle kunna sparas genom att minska onödigt nyttjande av resurser och öka samverkan inom vården (Visser, 2012).

Teorin om spill presenteras i figuren nedan, tillsammans med tre kategorier av spill. Dessa inkluderar (1) spill i den vård som ges, (2) driftspill och (3) styrningsspill.

Spill i vården som ges handlar om spill relaterat till den vård som ges och omfattar fall då patienter inte får rätt vård. Detta inkluderar negativa utfall eller biverkningar som skulle kunna förebyggas, suboptimala beslut och organisatoriska faktorer, särskilt dålig samordning mellan olika vårdprofessioner och enheter. Dessutom inkluderar spill i den vård som ges även ineffektiv och olämplig vård, eller

vård av lågt värde. Denna är främst driven av suboptimala beslut och dåliga incitament. Till sist inkluderar denna kategori även spill relaterat till onödigt dubbelarbete, där bedömningar upprepas utan medicinska skäl eller extra tester och undersökningar ordineras som är onödiga och kostsamma.

Figur 2 Tre huvudsakliga former av spill inom hälso- och sjukvård



Översättning av figur från: OECD (2017), Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris.

Driftspill uppstår när vård kan produceras med färre resurser samtidigt som patientnyttan bibehålls. Exempel är situationer där lägre priser hade kunnat förhandlas för inköpta medicintekniska produkter, där dyra produktionsfaktorer (t.ex. dyrare vårdpersonal) används i stället för mindre kostsamma utan någon fördel för patienten, eller där produkter kasseras utan att användas. Denna typ av spill involverar oftast chefer eller den större organisationen/beslutsfattare och speglar undermålig organisation, styrning och samordning.

Styrningsspill handlar om ineffektiv administration. Det första är administrativt spill som kan handla om allt ifrån mikro (chef) till makronivå (enheter eller större organisationer). Återigen handlar det om ineffektiv organisation och avsaknad av samordning.

Samtliga aktörer inom hälso- och sjukvården kan generera spill och kan placeras i fyra kategorier: patienter, professionella, chefer (som arbetar på enhetsnivå eller på en mer makronivå – t.ex. inom

hälso- och sjukvårdens systemadministration) och större system eller beslutsfattare (detta kan vara en enda enhet eller flera). Fyra huvudskäl kan förklara varför enskilda aktörer kan bidra till spill av resurser:

- För det första *vet* de inte bättre: fördomar, kunskapsbrister, riskaversion och vanor leder till suboptimala bedömningar och beslut som avvikelser från bästa möjliga praxis.
- För det andra *kan* de inte göra bättre: systemet är inte optimalt organiserat, styrningen är undermålig och samordningen är svag.
- För det tredje kan aktörer *förlora genom att göra rätt*; detta inträffar när ekonomiska incitament inte är justerade efter organisationens mål – till exempel när professionella betalas för att tillhandahålla tjänster oavsett om tjänsterna tillför mervärde.
- För det fjärde *vill* de inte bättre: alla kategorier av aktörer generera spill avsiktligt, med det enda syftet att tjäna deras egenintresse.

I de första två situationerna har aktörerna för det mesta inte för avsikt att generera spill och gör sitt bästa, men med ett suboptimalt resultat. Men det finns tillfällen då aktörer medvetet genererar spill på grund av dåligt utformade incitament. Den sista punkten är i själva verket en variant av den tredje (ineffektiva incitament) men det involverar mer uttryckligen bedrägeri och korruption.

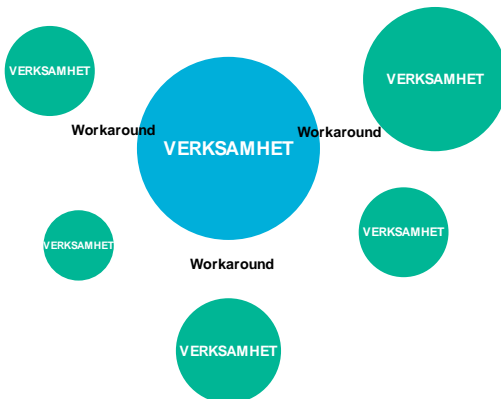
När det gäller den svenska välfärdssektorn framstår en viktig form av spill vara *styrningsspill* – man *kan* inte göra bättre då systemet inte är optimalt organiserat, styrningen är undermålig och samordningen svag. I verksamheter som behöver ständig situationsanpassning har den hierarkiska modellen betydande begränsningar i det operativa arbetet (Tyrstrup, 2014). Om organisationen är uppbyggd enligt den hierarkiska modellen, med många enheter och gränser, kommer medarbetare och chefer ständigt att behöva kompensera för det formellas tillkortakommanden genom informella lösningar på diverse olika frågor och situationer: något vi valt att kalla ”work-arounds”.

Goda exempel på samverkan – ”Workarounds”

Svenska exempel

Verksamheter som bygger på utförande av kvalificerade tjänster där den professionella individen själv har ett ansvar för stora delar av arbetsdelningen och merparten av besluten är vertikal styrning alltså snarare en nackdel än ändamålsenlig. Organisationer som ska utföra kvalificerade välfärdstjänster lämpar sig därför i stället för en nätverks- eller projektmodell, där det snarare är horisontellt än vertikalt som flödena måste hanteras. Goda exempel på samverkan är därför ofta lokala och tillfälliga lösningar på samordningsproblem och försök att minimera spill och bristande personcentrering – därav vår benämning ”workarounds”.

Figur 3 Organisatoriska mellanrum som täcks av Workarounds



I de nationella exemplen (Tabell 1) är det tydligt att förskola och skola är med i nästan varje projekt, vilket innebär att dessa verksamheter ofta är del i organisatoriska mellanrum. Att förskolan figurerar i flera projekt är föga förvånande med tanke på att det helt saknas elevhälsa för barn i förskolan. Kontakten mellan förskola och BVC är helt oreglerad och hänger oftast på föräldrarna. Därför blir det ofta stora utmaningar och glapp kring barn som har utmaningar på förskolan där det finns ett behov av såväl specialpedagogiska insatser som specialiserad bedömning och kanske insatser från vården och/eller habiliteringen. Flera projekt berör också barn med multipla eller komplexa behov – det är ju de som lättast hamnar i de organisatoriska mellanrummen.

Det är tyvärr också tydligt att de allra flesta projekten saknar effektutvärdering. Det saknas också undersökning av huruvida dessa projekt bidrar till större jämlikhet i hälsa. Däremot ligger det på ett sätt i sakens natur att barn med sämre förutsättningar och föräldrar med svagare resurser har en större risk att fastna eller försvinna i de organisatoriska mellanrummen. På så vis kan projekt som framgångsrikt täppt igen ett sådant organisatoriskt mellanrum en möjlighet att bidra till att utjämna hälsoskillnader och förbättra barns villkor och livschanser.

Ett intressant exempel nationellt är Region Kronoberg där man sedan 2018 utvecklat nya arbetsformer för en ökad samverkan med varandra i arbetet för barn och unga med inspiration från skottlandsmodellen GIRFEC (Anderberg, Forkby and Thelin, 2020). En beskrivning av den skotska förlagan finns längre ned i rapporten.

”Barnens bästa gäller! – i Kronobergs län” har som syfte att tidigt identifiera barn och unga med behov av samhällsstöd och skapa en välfungerande ansvarsfördelning mellan berörda aktörer vid insatser. Man har anammat några delar från den skotska modellen, till exempel en tydlig samordnare som ser till att alla insatser, från förskola, socialtjänst och sjukvård samordnas och att föräldrar samtycker till att de olika förvaltningarna delar information med varandra. Dock har man inte implementerat essensen i den skotska modellen – gemensamma politiker, gemensam budget och gemensam förvaltning för alla aktörer.

Barnahus och Familjecentraler

Slutligen bör vi nämna Barnahus och Familjecentraler som två etablerade samverkansformer som har funnits över en längre tid. Exakt utformning och vilka aktörer som är med varierar över landet och modellerna har också kritiserats för detta. Men det är trots allt verksamheter som fungerar relativt väl och där kärnuppdraget är just samverkan.

För familjecentraler är det den öppna förskolan som är hjärtat i verksamheten: här träffas föräldrar, pedagoger, socialtjänstens öppna verksamhet och ibland tandvården. Barnmorskemottagning och BVC finns vägg i vägg i de samlokaliserade familjecentralerna. Det finns många processutvärderingar som har visat på fördelar, men ingen effektutvärdering av vare sig samverkan eller resultat för brukarna (Ramböll, 2014). Resultatet av Rambölls utvärdering av familjecentraler på uppdrag av Socialstyrelsen 2014 talar för att familjecentrum genom samverkan kan bidra till att få personer i kontakt med rätt yrkeskompetens.

Familjecentrumerna har däremot sämre förutsättningar för samverkan framför allt när det gäller resurser, roll- och ansvarsfördelning respektive organisatoriskt lärande. I många fall saknas till exempel en gemensam bild av roller och ansvar, samtliga parter tar inte heller sitt ansvar i samverkan och det råder därtill brist på tid och resurser samt lämpliga lokaler. Vidare indikerar studien att den operativa ledningen många gånger är bristfällig vad gäller att stimulera samverkan”, skriver man.

När det gäller Barnahus är samverkan inriktad på att samordna den utredning som Åklagarmyndigheten, polisen och socialtjänsten är ålagda att göra när ett barn misstänks ha utsatts för våld. Även sjukvården är en aktiv part och undersöker barnet på Barnahus för att undvika att barnet utsätts för nya stressiga miljöer med okända vuxna. En utvärdering av Barnahus visar att det finns många väl fungerande Barnahus men att det förekommer regionala skillnader i organisation och verksamhet (Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum, 2019). Det finns regionala skillnader och en knapp fjärdedel av kommunerna saknar Barnahus. De främsta brister som lyfts fram i utvärderingen gäller riktlinjerna kring styrning (tex. sekretess och den särskilda företrädarens kompetens och roll) samt tillgång till rättsmedicinsk, barnmedicinsk och barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens.

Det verkar med andra ord som att, även om man lyckas skapa öar av samverkansformer, så blir de lidande av att de ständigt tvingas förhålla sig till diverse moderorganisationer som inte har samverkan som sin uppgift eller ens prioritet. De är som permanentade Workarounds som fungerar så länge det finns eldsjälarna som orkar med striderna och de eviga förhandlingarna om villkoren, styrningen, avtalen, målen och innehållet.

Tabell 1 Nationella exempel på lyckade samverkansprojekt som rör barn och unga

Projekt/ Modell	Institution/ myndighet	Problemmråde	Population	Service	Resultat/ feedback
Team Agera ¹	Skola, socialtjänst	Barn i familjer med missbruks- problematik, psykisk ohälsa eller våld	Grästorps kommuns tre grundskolor, 600 elever	Tvårprofessionell, ut- ökad och fördjupad elevhälsa	Projektets tillgänglighet har stärkts vilket har ökat tilliten till arbetet bland barn och unga.
Essence-team	Psykolog, logoped, fysioterapeut, läkare.	Långa väntetider, många vårdkontakter, ostrukturerade utredningar, ett icke- värdeskapande resurs- användande.	Barn och unga med en sammansatt Essence- problematik (<i>Early symp- tomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations</i>).	Berörda aktörer från olika instanser arbetar tillsammans.	Antalet besök under pilotstudiens första 21 veckor halverades för barnen ²⁻³ Deltidsutvärdering visar att familjer och team- medlemmar är nöjda med arbetet hittills. ⁴

¹ www.hv.se/globalassets/team-agera.pdf.

² www.mynnewsdesk.com/se/regionvasterbotten/pressreleases/kortare-utredningstid-med-effektivt-team-3054827.

³ <https://meetingplus.vll.se/welcome-sv/namnder-styrelser/regionsstyrelsen/mote-2020-09-29/agenda/halso-och-sjukvardsnamnden-protokoll-ssss-78-91pdf?downloadMode=open>.

⁴ www.stat.se/Logopederna/Nyheter/20172/2017/essencemottagning.

Projekt/ Modell	Institution/ myndighet	Problemområde	Population	Service	Resultat/ feedback
Tidlig upptäckt, tidiga in- satsen. ⁷	Förskoleverksamhet och barnhälsovård.	Omständig processkedja: från upptäckten av utvecklings- mässiga svårigheter till att barnet får korrekt hjälp. Pro- cessgången medför risk för glapp, tidsstopp och dubbel- arbete.	Små barn med breda ut- vecklingsmässiga svårig- heter, Södra Älvsborg.	Skapa en modell för arbetsformer och samarbetsformer mellan berörda verksamheter för att upptäcka, utreda och samordna insatser för barnen.	Projektet Optimus har genererat att föräldrar känner sig nöjda och trygga med den utredning som gjorts, att utred- ningstiden förkortades från många månader till drygt 5 veckor med färre besök och tidigare remiss (> 3 år) till habilitering för insatser. ^{5,6}

⁵ www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1318262/FULLTEXT01.pdf.

⁶ www.fysioterapeuterna.se/globalassets/_sektioner/habilitering-och-pediatrik/kurserutbildning/optimus-barnklinikdagarna-april-2018.pdf.

⁷ https://ju.se/download/18.7d241c5015334a41afbaaf9/1520578716298/TUTI_Rapport_till_Socialstyrelsen.pdf.

Projekt/ Modell	Institution/ myndighet	Problemområde	Population	Service	Resultat/ feedback
SIMBA-team ⁸	Primärvård, elevhälsa, socialtjänst.	Barn och unga med lindrig psykisk ohälsa.	Barn och unga i Järn, Ale, Stenungsund och Kungälv.	Representanter från institution/myndighet möts på veckobasis för att samverka runt barn som behöver kommunala och regionala insatser.	Majoriteten av respondenterna anser att samverkan i SIMBA-teamet varit till nytta för barnet och familjen.
Bryggan Gästrikland ⁹	Region Gävleborg samt förskola/skola i Gävle, Sandviken, Hofors och Ockelbo kommun.	Barn med svårigheter kan få en lättare start och närvaro i förskola/skola om de har kännedom om barnets särskilda behov.	Barn med tidiga utvecklingsrelaterade svårigheter i åldrarna 4–6 år.	Samverkanarbetet ska fungera som en brygga mellan förskola och skola, vårdnadshavare och lärare samt mellan kommun och region för att stötta barnet.	Bryggornas väntetid för läkarbesök har varit omkring 2–6 månader och det pedagogiska arbetet har påbörjats.
⁷ Barnens bästa gäller! – i Kronobergs län ¹⁰	Region Kronoberg och Alvesta, Lessebo, Ljungby, Markaryd, Tingsryd, Uppvidinge, Växjö och Älmhults kommun.	Tidigt identifiera barn och unga i behov av samhällets stöd.	Barn och unga med behov av samhällsstöd.	Ha barnet i centrum för bedömnings-, planerings- och stödprocesser.	Utfalat behov av nya arbetssätt och en ökad samverkan i arbete med barn och unga.

⁸ <https://alfresco.ygregion.se/alfresco/service/ygr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/1ebf953d-2943-4065-99be-0c6c0f39b399/> Uppföljningsrapport - SIMBA-teamen våren 2019.pdf?a=false&guest=true.

⁹ www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/utveckling-samverkan/valfard-gavleborg/fou-valfard/fou-rapporter/fou-rapport-2019_4-arbetet-med-foraldraskapsstod-i-gavleborgs-lan.pdf.

¹⁰ www.regionkronoberg.se/vardgivare/arbetsomraden-processer/folkhalsa/barn-och-unga2/barnens-basta-galler-i-kronobergs-lan/.

Internationella exempel

Tabell 2 Internationella exempel på lyckade samverkansprojekt som rör barn och unga

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemmråde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
AIDES initiativet ¹¹	Kanada, AIDES – Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (Intersektoriell insats för barns utveckling och välfärd).	Att främja och stödja samarbetet mellan föräldrar och professioner som arbetar med målgruppen: barn, i ålderna 0–17, som växer upp i utsatta miljöer. Syfte: att tillgodose barnens behov – med hänsyn till barn- och föräldraperspektivet, samt främja deltagande i analys och besvarandet av behoven.	Föräldrar och professioner som interagerar med barn i åldrarna 0–17 år, som växer upp i utsatta områden.	Den experimentella insatsen tog form av en familjebedömning som inkluderade en fullständig analys av barns utvecklingsbehov. Barn och familjer i kontrollgruppen fick nuvarande service, och mottog inte familjebedömningsinsatsen.	Minskningen av föräldrars riskfaktorer mellan Tid 1 och 2 var förknippad med en förbättring i socio-emotionell utveckling, medan förbättring i hemkvaliteten var kopplad till bättre prestation i kognitiv/språktest.

¹¹ https://initiativeaides.ca/?page_id=24891.

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemmråde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
Early Childhood Mental Health ¹²	Kanada, Mental Health Commission of Canada.	Att stödja aktiviteter och konversationer som underlättar en mer samordnad och stödjande miljö som främjar positiv utveckling, psykisk hälsa och motståndskraft under hela livet.	Spädbarn och tidig barndom – I kontexten av familj, samhälle och kultur. Från födsel till fem år.	Konsultera med vårdnadshavare och personer som arbetar med små barn och familjer. Identifiera större utmaningar och möjligheter inom service, policy, program och miljöer som stöttar spädbarn, småbarn och deras vårdnadshavare. Identifiera nationella prioriteringar i tidiga barndomens psykiska hälsa. Stödja och sprida bästa praxis och program för tidiga barndomens psykiska hälsa.	De frågade (i enkäter och intervjuer) vad människor såg som de största utmaningar och möjligheter i den tidiga barndomens psykiska hälsa i Kanada.

¹² <https://mentalhealthcommission.ca/English>.

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemmråde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
Partnering For Change (P4C) ¹³	Kanada. Som del i CanChild (där ett antal olika studier också kan hittas).	Initialt utvecklades en stödmodell för barn med Developmental Coordination Disorder (DCD), dock har P4C servicemodellen visat sig vara av värde för barn med många olika behov.	Barn med särskilda behov – barn i skolålder.	Tidig identifiering av barn med särskilda behov. Bygga kapacitet hos lärare och familjer för att förstå och hantera barns behov. Förebygga sekundära konsekvenser och underlätta själv- och familjehantering. Förbättra barns möjligheter att framgångsrikt delta i skolan, samhället och i hemmet.	Detta projekt har visat framgången som är möjlig när starka partnerskap skapas mellan forskare, hälso- och sjukvårdssystemet och skolsystemet. Forskning är integrerat i aktuell praxis och leder till hållbarhet och systemförändring.

¹³ <https://canchild.ca/en/research-in-practice/current-studies/partnering-for-change>.

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemmråde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
Connecting Care for Children (CC4C) ¹⁴	England (London). Pediatrikläkare på Imperial College Health- care NHS Trust.	Att förbättra tillvägagångssättet för hur barnhälsovården och öppenvården organiseras och levererar vård för barn. Det behandlar de oproportionerligt höga nivåerna av pediatrik akutvård och sjukhusvård inom regionen.	Barn	En barnläkare besöker den samlade gruppen allmänläkare var fjärde till var sjätte vecka för att delta i ett multi- disciplinärt team-möte, med fokus på barnhälsa. På så sätt kan de stödjande årederhanteringen utan att det behöver ske en separat remittering av patienten. Dessutom hålls en specialistiklinik under besöken, där patienten kan bokas in för en gemensam bedömning.	På grund av de lyckade resultaten har CC4C modellen upptagits av flera aktörer inom Storbritannien. Tidiga resultat har visat på lovande utfall inom patientnöjdhet, ökat lärande och minskat användande av sjukhusvård.

¹⁴ www.cc4c.imperial.nhs.uk/.

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemmråde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
The Icelandic Prevention Model ¹⁵	Island	ANDT-användning (alkohol, narkotika, droger och tobak).	Barn och ungdomar.	Förebyggande insatser för barn och ungdomars ANDT-användning. Exempel kontinuerlig mätning av ungdomars uppväxtmiljö, allmänna mående och droganvändning, mer organiserade fritidsaktiviteter, mer tid tillsammans med familjen, gemensamma regler för hemgång, föräldrar kommer överens med varandra.	Efter ett pågående arbete i över 20 år visar statistik från åren 1998–2017 att alkoholanvändning minskat från 42 % till 5 %, narkotikaanvändning från 17 % till 2 % och rökning från 23 % till 6 %. Modellen kan anpassas efter olika kontext och kulturer.

¹⁵ <https://planetyouth.org/>.

De internationella exemplen (Tabell 2) är brokigare och rör sig om alltifrån breda preventiva insatser, som Islands alkohol- och drogpreventiva ansats till systematisk brukarmedverkan kring insatser för barns hälsa och utveckling och rena förbättringsprojekt för bättre, mer effektiv, jämlik eller kostnadseffektiv hälso- och sjukvård för barn i vissa områden eller med vissa särskilda eller komplexa behov. Dessa utvärderingar har oftare en beskriven utvärdering.

Lyckade exempel på systemomvandlande samverkan

Det finns några få exempel både nationellt och internationellt på samverkan som inte är projekt utan där man har bestämt sig för att organisera sig för samverkan och där det också finns utvärderingar tillgängliga.

Svenska exempel

Norrtälje

I Norrtälje samlas det förebyggande arbetet i en gemensam avdelning, vilken går under namnet Trygg i Norrtälje kommun, Tink (Nystrand, Gebreslassie and Feldman, 2020). Med uppdrag och mandat från politik och ledning leder, samordnar och utvecklar avdelningen trygghetsarbetet i Norrtälje kommun. I Tink har övriga kommunala förvaltningar en stödfunktion, och avdelningen har ansvar för samordningsstrukturen mellan kommunala och regionala samverkansplattformar och andra samhällsaktörer, såsom polis och hälso- och sjukvård. Plattformarna finns på olika nivåer, från chefsnivå till operativa nivåer.

Genom Tink fokuseras arbetet på att minska riskfaktorer och främja skyddsfaktorer, för att förebygga eller minska framtida problematik. Det systematiska trygghetsarbetet utgår från strategiska inriktningar och ett jämlikhetsperspektiv. Ett stort fokus i det förebyggande arbetet som bedrivs av Tink är på barn och unga. Enligt en nyligen publicerad rapport från Uppsala universitet kan det förebyggande arbetet i Norrtälje kommun till stora samhällsbesparingar.

Den årliga budgeten för Tink (cirka 10 miljoner kronor) kan jämföras med exempelvis:

- En tioårsbesparing till följd av minskade våldsbrott vid skolavslutning (16–28 miljoner kronor)
- En årlig besparing utifrån minskat narkotikaberoende (5,7 miljoner kronor)
- En femårsbesparing i och med minskat riskbruk av alkohol bland vuxna (21 miljoner kronor) där 10 miljoner av kostnadsbesparingarna tillfaller kommunen.

Framgångsfaktorer för arbetet i Norrtälje kommun är bland annat:

- Strategiskt förebyggande funktioner har grupperats i den gemensamma avdelningen under kommunstyrelsen, Tink
- Det kommungemensamma förebyggande arbetet leds av Tink utifrån samverkansplattformarna på chefsmässig, strategisk och operativ nivå
- Kommunen arbetar med insatser och metoder som har stöd i forskningen och beprövad erfarenhet.

Botkyrka

På liknande sätt har Botkyrka kommun utformat sitt främjande och förebyggande arbete utifrån sin lokala problembild (Nystrand, Feldman and Gebreslassie, 2020). Information och data från skola, fritidsverksamhet och ungas egen utsago har vittnat om ett hårt klimat bland barn och unga. Socialtjänstens bokslut visade på barn- och ungdomsärenden med våldsinslag. Därför fokuserade samverkansarbetet på just våld genom insatser i förskola, grundskola och gymnasium. Arbetet samordnas genom Botkyrkas Våldspreventiva center, som likt Tink har uppdrag, resurser och mandat att leda samverkan. Utifrån beslut från kommunfullmäktige bedrivs och finansieras det våldsförebyggande arbetet inom ramen för den ordinarie verksamheten, för att säkerställa ett långsiktigt arbete. Inom Våldspreventiva centret i Botkyrka kommun samverkar och samordnas socialtjänst, förskola, fritidsverksamhet, grundskola, polis, räddningstjänst och aktörer i civilsamhället (Figur 4).

Modellen bygger på:

- Samverkan mellan polis, socialtjänst och Åklagarmyndigheten för att arbeta med kriminalitet och det faktiska våldet
- En hela-kommunen-ansats genom förskola, skola, socialtjänst, polis, räddningstjänst och civilsamhälle för att arbeta våldsförebyggande
- Samverkan med civilsamhälle, näringsliv, myndigheter och högskolor för att arbeta med kunskap och metodutveckling. I denna del arbetar man även med att möjliggöra för statliga myndigheter att samverka med lokala aktörer, långsiktigt och strukturerat.

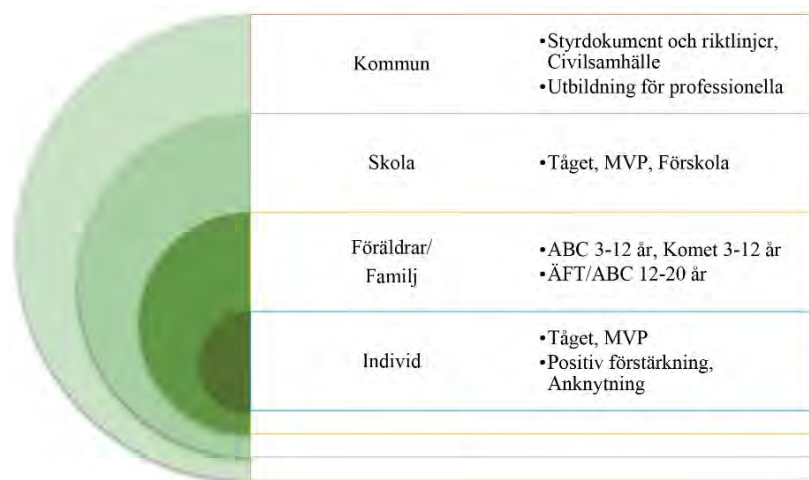
Socialförvaltningen och utbildningsförvaltningen i Botkyrka kommun har sedan 2014 utvecklat det universella våldspreventiva programmet TÅGET, ett program för barn och unga med ett tydligt genus- och åskådarperspektiv (Länsstyrelsen i Stockholm, 2018). Fokus i programmet är även att lyfta människors styrkor och handlingskraft. Grunden till arbetet är bland annat den svenska grundskolans läroplan kring kunskapsområdet jämställdhet. I programmet arbetar socialförvaltningen, utbildningsförvaltningen, polis, räddningstjänst och civilsamhälle tillsammans för ett våldsfritt samhälle. Programmet drivs i Botkyrkas 10 skolor och är ett arbete som löper över både låg- och mellanstadiet. Programmet TÅGET arbetar utifrån fyra principer:

- **Åskådarperspektivet** som syftar till att aktivera omgivningen kring våldet och utmanar normen att inte lägga sig i
- **Utmana stereotypa könsnormer** genom att synliggöra och diskutera föreställningarna om hur tjejer och killar bör vara, och vad konsekvenserna kan bli av det
- **Ledarskap** genom att skapa en tro på delaktighet och förebilder, och att få unga att vara med och forma sin egen framtid
- **Anknytning** där alla barn ska känna att de har en vuxen på skolan att vända sig till

Resultatet av gjorda utvärderingar visar på en försiktigt positiv utveckling. Då programmet har en universell utformning, är det svårt att påvisa en större effekt. Dock är idén att ett universellt program

som har en liten effekt på många kan vara betydelsefull ur ett befolkningsperspektiv. Programutvärderingen indikerar att TÅGET resulterar i en mer genomarbetad och enhetlig värdegrund och begreppsapparat. Att jobba utifrån en hela-skolan-ansats där elever, lärare och föräldrar involveras har identifierats vara viktiga komponenter för ett förebyggande arbete mot våld och kränkningar i skolmiljö. Detta har konstaterats från stadsrevisionen i Stockholms stad och av Skolinspektionen.

Figur 4 Botkyrka kommuns tolkning av den socioekologiska modellen och hur de olika insatser som ingår i det våldspreventiva arbetet platser in den



Källa: Botkyrka kommun

Enligt en rapport från Uppsala Universitet kan det våldsförebyggande arbetet i Botkyrka kommun leda till samhällsbesparingar för olika sektorer vid olika tidpunkter (Nystrand, Feldman and Gebreslassie, 2020). Misstanke om våldsbrott har minskat sedan kommunen började arbeta våldsförebyggande, samtidigt som fler elever blivit behöriga till gymnasiet och tagit gymnasieexamen. Störst besparing kan ses utifrån ett ökat antal elever med gymnasieexamen, som kan generera framtida kostnadsbesparingar på upp till 66 miljoner för kommunen, 40 miljoner för regionen och 107 miljoner för staten.

Malmö

Rapporter om att det finns allt fler barn och unga bland de som utövar dödligt våld har duggat tätt. Sedan 1990-talet har vapenvåldet ökat i Sverige (Ivert and Mellgren, 2021). Våldet har ökat kontinuerligt, med en högre ökningstakt de senaste åren. Mellan 2011–2015 ökade antalet skjutningar i Malmö med 50 procent. Ökningarna kan relateras till ett ökat antal kriminella grupper och nätverk, vilket kan kopplas till utsatta stadsdelar. Vapenvåldet är koncentrerat till få områden. I 10 av Malmö stads 136 stadsdelar skedde det 10 eller fler skjutningar. I hälften av Malmö stads stadsdelar skedde det inga skjutningar under samma tidsperiod.

I Malmö inledde man 2018, efter den amerikanska strategin Group Violence Intervention (GVI), projektet ”Sluta skjut!” (Ivert and Mellgren, 2021). GVI är en problemfokuserad strategi som inkluderar lokala aktörer, som rättsväsendet, kommunen, socialtjänsten och civilsamhället, för långsiktiga förändringar. Strategin använder sig av fokuserad avskräckning och beteendeförändring genom att öka förståelsen för vad som driver våldet, tydliggöra konsekvenser av fortsatt våldsanvändning samt erbjuda stöd och hjälp till individer som vill sluta använda våld/hoppa av en kriminell livsstil. Projektet Sluta skjut infördes i hela Malmö stad. Effekttutvärdering av projektet visar en minskning av skjutningarna i Malmö. Vapenvåldet var dock redan i en nedåtgående trend, vilket gör det svårt att med säkerhet säga om projektet har haft effekt eller ej.

Malmö har även tagit initiativ och inför en modell som heter Communities that Care, CTC, ”ett styrsystem för ett långsiktigt och systematiskt preventionsarbete” i fem stadsdelar (Malmö stad, 2021). Utgångspunkten är hälsans bestämningsfaktorer och Malmökommissionens rapport om hur dessa är fördelade lokalt. Centralt i CTC är anpassning efter lokala behov, samverkan, evidensbaserade insatser och lokalt engagemang. Samverkan sker mellan förskola, skola, socialtjänst, polis, räddningstjänst, civilsamhälle, boende och näringsliv. Utvärdering av modellen pågår.

Det skotska exemplet

I Skottland har man sedan 2009 ett nationellt förhållningssätt för att arbeta för barn och ungas hälsa genom modellen *Getting It Right For Every Child* (GIRFEC) (Anderberg, 2020). Modellen syftar till att förbättra barn och ungas välbefinnande, genom att ha barnet i centrum för bedömnings-, planerings- och stödprocesser.

Målet med förändringsarbetet GIRFEC är att komma ifrån ”stuprörsarbetet” och ge organisatoriska förutsättningar för samverkan för en brukarcentrerad välfärdsinsats för varje barn och familj. En av de stora förändringarna var att de inte bara skapade samverkansteam utan att också *slog ihop olika budgetar* så att budgetarna för socialt arbete, hälsa och utbildning samfinansierar arbetet.

Uppdrag Psykisk Hälsa besökte Perth i Skottland 2014 och tog med sig GIRFEC tillbaka som gott exempel på att arbeta med tidiga insatser för barn och unga. Man beskriver följande kärnkomponenter i GIRFEC (Uppdrag Psykisk Hälsa, 2018).

- **Förskola och skola** – har en samordnande roll i allt arbete kring barn/unga och utgör en del av ” första linjen för barns psykosociala hälsa”. Volontärer och socialarbetare finns på skolorna för att tillsammans med elevhälsan finnas för barnen/ungdomarna och stärka lärarnas möjligheter att bedriva undervisning.
- **Föräldrastödsgrupper** – såväl för blivande föräldrar som de som fått barn.
- **En sammanhållande chef** – för allt samverkansarbete mellan skola, socialtjänst och hälso-och sjukvård.
- **Integrated service co-ordinators** – samordnare, utgör länken mellan hälsa, utbildning och socialt arbete. Skaffar sig en överblick över de olika institutionerna, vilka som gör vad samt utmaningar och förutsättningar för regionen.
- **Integrated service officers** – socialarbetare som finns i skolan som en del av socialtjänstens öppenvård. De ger råd om vad som är bra för barnen. I frågor där det finns oro kring ett barn bedömer de i vilket forum som oron ska hanteras. Detta är ett mindre steg än att ta direktkontakt med socialtjänsten i ett ärende vilket skapade skillnad i skolornas inställning till sitt arbete då de började fokusera mer på ”vad kan vi göra” i stället för att lämna över

ärendet till den delen av socialtjänsten som arbetar med Child protection.

- **”Named person”** – namngiven person för alla barn eller unga. Är en *första kontaktperson* i frågor när det finns oro för barnet eller ungdomen och agerar utifrån detta. För de små barnen brukar det vara BVC-sköterskan, för skolbarn är det oftast rektorn eller någon annan med överordnad funktion i skolan. När behov finns sammankallar ”named person” till ett möte kring barnet och utser en ”lead professional”.
- **”Lead professional”** – utses av ”named person” för att samordna insatser när barnet eller ungdomen har behov av mer än en insats från skola, hälso- och sjukvård eller socialtjänst
- **”Child”s plan”** – när barnet eller ungdomen behöver insatser från fler än en verksamhet ska en ”Child”s plan” upprättas. Planen är en gemensam dokumentation där verksamhetsföreträdare kan skriva och läsa hur man planerar kring barnet eller ungdomen för att denne ska få sina behov tillgodosedda.
- **Samtycke** – föräldrarnas samtycke om informationsdelning i ”Child”s plan” löper från barnets födelse till dess att ungdomen är 18 år.

Arbetet med barn och unga är organiserat med förskolan och skolan som bas. I samma organisation finns verksamheter för barn med funktionsnedsättning, kultur och fritid samt social barn- och ungdomsvård och inte minst primärvården. Utanför organisationen ligger den del av hälso- och sjukvården som innebär inskrivning på sjukhus samt den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Dessa delar drivs av NHS (National Health Service). Samverkan med polis och frivilligsektorn utgör också en viktig del i det kommunala samverkansarbetet, men ingår inte i samma budget.

Utvärderingar har visat att gemensamma politiker med gemensam budget ger förutsättningar för att effektivt implementera GIRFEC. Modellen har lett till ett flertal initiativ som bygger på de förutsättningar för effektiv samverkan som organisationen har skapat. Dessa kännetecknas av att de adresserar viktiga utmaningar som också hänger samman med hälsans bestämningsfaktorer, exempelvis våld i när relationer, nutrition under graviditet och späd-

barnstid, barnfattigdom och barns tidiga utveckling och lärande (Tabell 3). Det finns en tydlig jämlikhetsaspekt och en kompensatorisk ansats.

Initiativen finansieras av statliga medel och hela tiden finns där en ansats att utvärdera och skala upp om modellen visar sig ha goda resultat. Eftersom organisationen för samverkan redan finns där behöver det inte skapas särskilda projektgrupper för att bygga upp samverkan. I stället kan man fokusera på innehållet och utvecklingen av den aktuella välfärdsinsatsen. Flera av de här utprovade modellerna sprids också internationellt.

Tabell 3 Olika initiativ för att påverka hälsans bestämningsfaktorer för barn i det skotska systemet

Modell/arbetssätt	Problemmråde	Population	Levererad tjänst	Resultat
Equally Safe: A National Strategy. Skottlands strategi för att förebygga och utrota våld mot kvinnor och flickor. ¹	Att förebygga och utrota våld mot kvinnor och flickor.	Kvinnor och flickor	Primärt förebyggande, bygga förmåga och kapacitet, rättvisa, tydliggöra ansvar. Mer information går att finna här. ²	Skottland har gjort stora framsteg, men det finns fortfarande mycket att göra. Mer information går att finna här. ³
Förbättra nutrition hos gravida och spädbarn: ett insatsramverk ⁴	Att förbättra gravida kvinnors och spädbarns nutrition för att ge dem den bästa starten i livet.	Gravida kvinnor, spädbarn och barn upp till tre års ålder.	Ett antal olika program och strategier – mer information går att finna här. ⁵	

¹ www.gov.scot/publications/equally-safe-scotlands-strategy-prevent-eradicate-violence-against-women-girls/.

² www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2018/04/equally-safe-scotlands-strategy-prevent-eradicate-violence-against-women-girls/documents/00534791-pdf/00534791-pdf/govscot%3Adocument/00534791.pdf.

³ www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2018/04/equally-safe-scotlands-strategy-prevent-eradicate-violence-against-women-girls/documents/00534791-pdf/00534791-pdf/govscot%3Adocument/00534791.pdf.

⁴ www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2011/01/improving-maternal-infant-nutrition-framework-action/documents/0110855-pdf/0110855-pdf/govscot%3Adocument/0110855.pdf.

⁵ www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2011/01/improving-maternal-infant-nutrition-framework-action/documents/0110855-pdf/0110855-pdf/govscot%3Adocument/0110855.pdf.

Modell/arbetsätt	Problemmråde	Population	Levererad tjänst	Resultat
The Keeping Childbirth Natural and Dynamic (KCND) programme. ⁶	Främja normal födsel och öka andelen vaginala förlösningsar.	Gravida kvinnor.	Tillhandahålla evidensbaserad vård, minska onödiga ingrepp och införa barnmorskeledd vård som norm för friska gravida kvinnor. De med mer komplexa behov ska ha ett barnmorsketeam som leds av en obstetriker, medan kvinnans allmänläkare har ett övergripande ansvar för den medicinska vården.	Det finns en publikation tillgänglig: "Empowering change: realist evaluation of a Scottish Government programme to support normal birth".
The Early years Framework. ⁷	Att bygga lokal kapacitet, förståelse, självförtroende under de tidiga åren för att minska ojämlikheter och främja förbättrade resultat genom användandet av aktivt lärande som verktyg.	Innan födseln upp till åtta års ålder.	Principen om tidiga insatser uppmuntrar till en helhetssyn för att möta behoven hos barn och familjer. Detta omfattar lek, lärande, sociala relationer, känslomässigt och fysiskt välmående tillsammans med hälsa, näring, tillväxt, utveckling och säkerhet.	Det finns en rapport tillgänglig, en publikation från 2011. ⁸

⁶ www.maternal-and-early-years.org.uk/the-keeping-childbirth-natural-and-dynamic-kcnd-programme.

⁷ www.maternal-and-early-years.org.uk/early-years-framework.

⁸ www.webarchive.org.uk/wayback/archive/20180521005527mp_/www.gov.scot/Resource/Doc/337715/0110884.pdf.

Modell/arbetsätt	Problemmråde	Population	Levererad tjänst	Resultat
Projektet Healthier, Wealthier Children (HWC). ⁹	Att reducera barnfattigdom genom att hjälpa familjer med ekonomiska svårigheter.	Familjer som upplever barnfattigdom.	Initiativ för ekonomisk integration. Ett antal publikationer med mer detaljerad information går att hitta i den slutgiltiga utvärderingsrapporten. ¹⁰	Överlag har projektet HWC haft en positiv effekt på gravida kvinnor och familjer med småbarn. Det har gett effekt på maximerad inkomst, reducera och hantera skulder samt bistå med stöd i att öka ekonomisk förmåga, självförtroende och välmående. ¹¹

⁹ www.nhs.gov.uk/your-health/public-health/maternal-and-child-public-health/healthier-wealthier-children/#.

¹⁰ www.nhs.gov.uk/your-health/public-health/maternal-and-child-public-health/healthier-wealthier-children/documents-and-publications/.

¹¹ www.nhs.gov.uk/your-health/public-health/maternal-and-child-public-health/healthier-wealthier-children/documents-and-publications/.

Det är inte brist på statlig satsning på området psykisk hälsa, men ...

En nationell samordnare tillsattes i slutet av år 2015, på beslut av regeringen, för att stödja och samordna myndigheter, kommuner, dåvarande landsting och organisationer i deras arbete för psykisk hälsa (SOU 2018:90). Det treåriga uppdraget resulterade i en utredning som samlat in erfarenheter och åsikter från relevanta aktörer.

Sedan slutet på förra millenniet har den svenska staten försökt stärka arbetet inom psykiatri och psykisk (o)hälsa. Majoriteten av satsningarna har varit kortsiktiga, vanligen under en tidsperiod på två till fem år, och mot olika målgrupper. Oberoende sittande regering har prioritet varit att ta fram olika former av satsningar, handlingsplaner och strategier för att öka kapaciteten, kompetensen och innovationen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Dock har arbetet, i låg grad, gjorts med hjälp av statens traditionella styrmedel. Arbetet har i stället gjorts genom så kallade mjuka styrformer så som riktade statsbidrag, nationella samordnare och överenskommelser. Det tycks ha funnits en långtgående tilltro till goda exempel vilket har gjort att staten gärna främjat försöksverksamheter, pilotprojekt och andra former av projektverksamheter på kommunal och regional nivå (SOU 2018:90).

Inte minst inom området barn och ungas hälsa och föräldraskapsstöd har det skett nationella satsningar. Man har satsat på tvärsektorieell samverkan för hälsofrämjande insatser för barn och unga, statliga stimulansmedel för en tillgänglig barnhälsovård och förbättrad mödrahälsovård, första linjens insatser för barn med psykisk ohälsa, stärkt suicidpreventivt arbete, m.m., m.m.

Trots det nationellt prioriterade och långtgående riktade arbetet inom området psykisk ohälsa, har den nationella styrningen alltså karaktäriserats av kortsiktighet och styrning utifrån projekt. Efter-

som våra system som har hälsofrämjande och förebyggande uppdrag inom barns psykiska hälsa inte är organiserade för samverkan eller en brukarcentrerad och holistisk syn på välfärdstjänster har många av projekten försökt att åstadkomma just detta. På så vis har staten finansierat ett antal kreativa och lokalt uppskattade – just det – Workarounds, utan möjlighet till vare sig långsiktighet eller skalbarhet.

Satsningen på föräldrastöd är ett exempel där Folkhälsomyndigheten har följt upp arbetet (Folkhälsomyndigheten, 2014). Man har exempelvis gått tillbaka till projektkommunerna två år efter avslutat projekt. Resultat från dessa kartläggningar visade att arbetet med föräldraskapsstöd fortgick i ganska hög utsträckning, men att det också fanns kommuner där arbetet inte längre bedrevs med samma intensitet. Exempelvis minskade andelen som hade strategier för att samordna arbetet med föräldraskapsstöd. Eftersom organisationerna inte är byggda för samverkan behövdes alltså en person, en samordnare som hade samverkan som sitt uppdrag och kunde driva frågorna och överbrygga de organisatoriska mellanrum som hade förhindrat samarbetet. Men trots att samordningen var så prioriterad att alla projektkommuner valde att anställa en samordnare för projektmedlen försvann dessa resurser i och med projektets slut. Och eftersom även framgångsrika projekt som åtar sig att arbeta i organisatoriska mellanrum – Workarounds – är beroende av en samordnare och fortsatt engagemang var det få om några samverkansmodeller som lyckades hålla sig fast på sikt i de givna strukturerna.

Ovan är också ett exempel på andra eventuella risker med statliga kortsiktiga satsningar: att den temporära supporten i ett system kan skapa brister i ett annat, vilket kan leda till en spiral av att punktinsatser måste göras inom olika system. Vid avsaknaden av en systemanalys uppstår alltså risken att staten, trots sin ambition att bidra till hanteringen av enskilda problem, är medaktörer i att skapa hinder i lokala och regionala prioriteringar vilket i sin tur leder till negativa effekter för brukare, patienter och medborgare på individnivå.

Under de senaste tio åren har alltså över 10 miljarder satsats på att förbättra livsvillkoren för personer med psykisk ohälsa. Det är dock svårt att utvärdera eventuella effekter av detta, då satsningarna många gånger varit med korta tidshorisonter och otydliga målsättningar. Då det många gånger inte samlats in eller sammanställts

grunddata eller indikationer, är det inte möjligt att följa den långsiktiga utvecklingen inom området. Man skriver att:

Nära nog samtliga utvärderingar som har gjorts av de olika satsningarna pekar på att de olika statliga handlingsplanerna och strategierna har satt fokus på viktiga frågor men att dess effekter är oklara eftersom satsningarna har varit ryckiga, kortvariga och i egentlig mening saknar mätbara mål. (SOU 2018:90):s. 126.

Således är staten i högsta grad villig att satsa pengar på området psykisk hälsa och relaterade hälsofrämjande och förebyggande insatser. Frågan är närmast hur dessa pengar investeras på klokast möjliga sätt.

Utredningen ”För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt” (SOU 2018:90) ger bland annat följande rekommendationer:

- Genomgripande förändringar inom området psykisk hälsa kräver ett tydligt politiskt ställningstagande, långsiktighet och uthålliga satsningar
- Strategier och handlingsplaner bör förenas med utvecklingsmedel, vara sammanhållna, konkreta och möjliga att utvärdera
- Det finns stora samhällsliga och personella vinster med att inrikta arbetet på förebyggande och främjande insatser.

I tidigare kapitel har vi tittat på de ekonomiska argument som finns för tidig investering och vilka områden som har god evidens när det gäller kostnadseffektivitet av specifika insatser. Vi har också berört de organisatoriska förutsättningar som idag hindrar helhetssyn, jämlikhet, samverkan och en syn på hälsofrämjande och förebyggande som självklart viktiga investeringar för framtiden, oavsett vilken sektor eller organisation som får del av vinsten i form av sparade kostnader och ökade intäkter. Nu ska vi titta på några sammanställningar av vad som kännetecknar en organisation som förmår att erbjuda välfärdstjänster enligt principerna.

Vägen framåt

Enligt Mats Tyrstrup är nyckeln till att vidareutveckla välfärdstjänsterna i Sverige en välfärdssektor med en samordnad kravbild på välfärdsverksamheterna med en stödjande infrastruktur för lokal kunskapsöverföring och kreativitet (Tyrstrup, 2014). Han skriver:

Arbetskraftsintensiva tjänster med stort kunskapsinnehåll behöver frihetsgrader och mandat lokalt för att kunna utföras med hög kvalitet och bra resultat. En central tes är att det lokala sammanhanget, där välfärdens tjänster dagligen produceras och skapar värde, måste stödjas av centrala nivåer.

Med andra ord menar Tyrstrup att genom att göra horisontell koordinering till huvudsak kan vi skapa förutsättningar för det han kallar för en ”gränsovandlande verksamhetsutveckling”. Hur vi organiserar den centrala, vertikala ledningen beror på hur mycket horisontell samordning som behövs i verksamheten. Styrningen av verksamheten bör vidare ha samordnade och tydliga krav med stort tillit till professionella och engagemang av brukare (Tyrstrup, 2014).

Genom samproduktion och integrering av olika specialisters aktiviteter och kompetenser skapas välfärdstjänster av hög kvalitet, bra service och ett respektfullt bemötande.

Om en organisation organiserad för och inriktad på samverkan är lösningen på välfärdens utmaningar idag, vilka utmaningar innebär då att arbeta interprofessionellt och i samverkan?

Möjligheter och utmaningar med interprofessionell samverkan

Under det senaste decenniet har det varit ett större fokus på att organisera samverkansarbete inom vården, för att minska de klyftor som finns (Nooteboom *et al.*, 2021). En sammanfattning av resultaten från olika studier (n=55) presenteras i rapporten ”Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals”, som ett försök att tydliggöra vilka faktorer yrkesverksamma upplever som möjliggörande och försvårande när de arbetar med samverkan inom vården.

För att skapa en övergripande förståelse för olika sammanhang och professionella discipliner inkluderades studier med olika metoder, population, typ av barn- och ungdomsvård samt olika typer av samverkan. Rapporten identifierade sju olika teman av möjliggörande och försvårande faktorer bland yrkesverksamma inom barn- och ungdomsvård. Figur 5 har extraherats från den systematiska översikten, och illustrerar dessa teman (Nooteboom *et al.*, 2021).

Trots skillnaderna mellan de inkluderade studierna visade evidensbedömningarna att faktorerna för möjliggörande och försvårande ofta var konsekventa genom studierna, och var därför applicerbara i olika kontext. Översikten visar tydligt att samverkan är en komplex process med flera komponenter, vilket kännetecknas av flertalet försvårande och möjliggörande faktorer för yrkesverksamma (Nooteboom *et al.*, 2021).

Utifrån teman och underteman drar studien slutsatsen att både de flesta utmaningar och möjliggörande faktorer återfanns inom interprofessionellt samarbete (den högra sidan av Figur 5). Även om detta i grunden uppfattades positivt krävdes mycket arbete, till exempel tid för interprofessionell grupputveckling, utbildning i interprofessionellt samarbete, och konsten att dela information med andra yrkesverksamma som använder sig av olika begrepp och/eller teorier.

På figurens vänstra sida återfinns faktorer som relaterar till styrning och organisation samt själva barnets miljö och förutsättningar. Man föreslår att breda bedömningar av barnets och familjens problematik och tidsmässigt identifierande av intensitet och typ av vård som familjer behöver, är viktiga aspekter av vårdssamverkan.

Figur 5 Översikt av möjliggörande och försvärande faktorer som yrkesprofessionella inom barn- och ungdomsvård upplever vid vårdssamverkan



Figur extraerad från "Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals".

I linje med tidigare arbeten visar studien att samverkan i huvudsak påverkas av processer på professionsnivå (figurens högra sida). Översikten föreslår därför att framtida utveckling av vårdssamverkan som koncept ska fokusera på att involvera yrkesverksamma i den samverkande vården på daglig basis, i stället för att enbart överväga interprofessionellt samarbete på organisationsnivå (Nooteboom *et al.*, 2021). Man föreslår följande:

- **Bedöma och prioritera problem:** För att förbättra yrkesverkssammans kompetens inom problemprioritering och delat beslutsfattande rekommenderas diskussion av prioriteringar med familjer och därmed inkludera deras perspektiv i vårdprocessen. Översikten bekräftar, i linje med tidigare studier, att efterlevnaden av riktlinjer förbättras när man har särskilt fokus på strukturerad och anpassad implementering i samarbete med brukarna.
- **Professionella roller och ansvar:** Det är viktigt att kontinuerligt utvärdera roller och ansvar under vårdprocessen, där samtliga intressenter involveras. Dock är det ännu oklart hur och hur länge yrkesverksamma ska arrangera dessa utvärderingsmöten
- **Tid att investera i samverkan:** I försöken att optimera vårdssamverkansprocesser och på sikt spara in tid, är det nödvändigt att investera i längre besökstider, tid för interprofessionell grupp-

utveckling och utvärderingsmöten. Det är viktigt att yrkesverksamma stötts i effektiv organisering och prioritering av dessa aktiviteter, exempelvis av deras chef eller genom riktlinjer utifrån praxis. Översikten rekommenderar även att utvärdera långtidseffekten av vårdssamverkan genom att skapa ett kontinuerligt rutinsystem för att övervaka arbetet.

Inte minst lyfter man fram vikten av **attityder, kunskap och kompetens** som krävs för samverkan hos de yrkesverksamma. Det är väldigt viktigt att det inte får finnas en naivitet i att alla automatiskt jublar över att få samverka med andra professioner. Det var tydligt i översikten att de flesta utmaningar, men också möjligheter återfanns just inom detta område. Så det är förstås viktigt med en positiv attityd till samverkan i sig och till interprofessionellt samarbete. Likaså är det viktigt med effektiv kommunikation.

Om en organisation organiserad för och inriktad på samverkan kring evidensbaserade insatser för hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser för barn och unga – vilka utmaningar finns det då för att implementera evidensbaserade insatser långsiktigt?

Att implementera evidensbaserade insatser långsiktigt – organisatoriska faktorer av betydelse

Baserat på den systematiska översikten av Weeks *et al.* från 2020, *Important Factors for Evidence-Based Implementation in Child Welfare Settings*, finns det ett antal viktiga organisatoriska faktorer som är avgörande för långsiktig och framgångsrik implementering av evidensbaserade program, modeller eller arbetssätt (Weeks, 2020). Många av faktorerna är egentligen välkända från annan implementeringslitteratur. Det betyder dock inte att de tas hänsyn till i samband med implementering av nya arbetssätt och metoder eller införande av nya rutiner och riktlinjer inom välfärdssektorn. Tvärtom verkar det som att, paradoxalt nog, har den omfattande kunskapen från implementeringslitteraturen haft oerhört svårt att implementeras (Westerlund, Sundberg and Nilsen, 2019). Det är viktigt att inte vara naiv inför ”implementeringens mödosamma konst”, som Folkhälsomyndighetens skrift på temat från 2017 heter (Folkhälsomyndigheten, 2017).

De faktorer som befanns påverka långsiktig implementering av evidensbaserade insatser av Weeks *et al.* återfinns i Tabell 4. De vanligast förekommande faktorerna i översikten presenteras i mer detalj nedan.

1. Ekonomiska resurser och långsiktighet i planeringen.

Initialt behövs finansiering för själva uppstarten av insatsen, men minst lika viktigt är finansiering av spridning och vidmakthållande av fortsatt insats efter initialfasen. Detta kräver en långsiktig planering redan tidigt, både av de ekonomiska resurserna men även av arbetet i stort.

2. Organisationens kultur och klimat.

För att lyckas med implementering är att ha en kultur och ett klimat i organisationen som stödjer införandet av nya metoder avgörande. Även om begreppen låter snarlika finns det skillnader. Organisatorisk kultur är organisationens sätt att se på omvärlden. I kulturen ingår organisationens normer och värderingar. Det är djupt rotat i organisationen och mer stabilt än klimatet, men absolut möjligt att förändra. Organisatoriskt klimat beskrivs i stället som en mer tillfällig stämning som är en blandning mellan organisationens reaktioner på olika händelser (t.ex. framgångar eller motgångar, nedskärningar och nya uppdrag) och organisationens kultur.

Detta kan vara särskilt viktigt att tänka på om man formar och inför en ny organisation eller sammanför flera olika organisationer med sina inneboende kulturer och klimat.

Tabell 4 Faktorer av betydelse för långsiktig implementering av evidensbaserade insatser inom välfärdstjänster för barn och unga

Faktor
Ekonomiska resurser
Organisationens kultur och klimat stödjer implementering
Stöd från ledningen
Tidsresurser
Personalresurser
Stabil finansiering
God intern kommunikation i organisationen
Samarbete med andra aktörer
Utbildning
Expertkunskap/kunskapsstöd finns tillgänglig
Politiskt stöd, engagemang och förankring
Mottagarna upplever att insatsen passar dem
Anställer personal med rätt utbildning
Implementeringsteam

3. Stöd från ledningen

Stöd från ledningen behövs i varje steg i implementeringsprocessen, från att kartlägga behovet till att upprätthålla ett hållbart och långsiktigt arbete. Enligt många publikationer är dock stödet som viktigast initialt i implementeringsarbetet. Att ledningen prioriterar insatsen är också viktigt för att säkra finansiering och andra resurser till arbetet. Ledningen kan också stödja genom att öka möjligheterna för samarbete, uppföljning och utvärdering. Att ha en engagerad ledning som prioriterar arbetet med evidensbaserade insatser kan också ge ökad motivation hos den personal som arbetar med frågan.

4. Tid och personalresurser

Det finns flera aspekter av varför det är viktigt att ha tillräckligt med tid. En är att personalen som jobbar med den nya insatsen måste få tid i sitt schema för att kunna få till stånd det nya arbetssättet. Att som anställd ha flera andra uppdrag som tävlar om tiden när en ny metod ska införas försvårar implementeringen. Att lyckas med alla de steg i införandet kräver tillräckligt med tid för de som arbetar med

implementeringen. En annan aspekt av tid är att det tar en viss tid för en ny metod att befästras, organisationen och människorna i den måste vänja sig vid det nya arbetssättet. Hur lång den tiden är varierar och beror på hur stor förändring som måste ske för det nya arbetssättet.

5. God intern kommunikation, samarbete inom organisationen och med andra aktörer

God intern kommunikation är en mycket vanligt förekommande framgångsfaktor. Samarbete med andra organisationer och samordning med andra aktörer kan ge effektivare användning av resurser för alla inblandade, kunskaps- och erfarenhetsutbyte och en ökad räckvidd av insatser organisationen erbjuder.

6. Utbildning och expert/kunskapsstöd

Att ha personal med rätt kompetens är en ofta förekommande faktor som underlättar implementering. Utbildning och kompetens i insatsen är viktigt för att upprätthålla en god kvalitet. Om det handlar om en specifik metod eller program är det viktigt att säkerställa att dess kärnkomponenter bibehålls för att de tänkta effekterna med insatsen ska uppnås. Urval av personal och utbildning och handledning av dem som ska arbeta med insatsen är sätt att säkra kompetensen.Handledning och återkoppling under arbetets gång är också viktigt för att effekten av utbildningen ska kvarstå. Ett nätverk av utövare kan ge stöd, erfarenhetsutbyte och vidareutbildning.

Att välja ett föräldraskapsstöd som är evidensbaserat och passar i organisationen är en utmaning och i denna fråga kan *expertstöd/kunskapsstöd* behövas.

7. Nationell styrning, politiskt stöd, engagemang och förankring

Lagstiftning, tydliga krav och ekonomiska styrmedel är några exempel på nationell styrning som förekommer i litteraturen. Riktlinjer, kunskapsöversikter, arbetsinstrument och handböcker/manualer

samt enkla metoder för uppföljning är andra och snabbare styrmedel som också tas upp.

Om politiker och andra politiska aktörer (fackförbund, lobbyistgrupper etc.) stödjer implementeringen, den politiska förankringen av arbetssättet är stark och kommunikationen mellan politiker och tjänstemän är god ökar chanserna att lyckas. Detta gäller på lokal, regional och nationell nivå.

Med tanke på betydelsen av nationell styrning och politisk förankring för framgångsrik implementering av evidensbaserade metoder, modeller och arbetssätt enligt litteraturen är det intressant att SOU 2018:90 "För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt" föreslår ett stort antal åtgärder för att främja sådan styrning.

- Verksamhetsområdet psykisk hälsa bör bli ett nytt politikområde
- En strategi för psykisk hälsa 2020–2030: Frågan om psykisk hälsa/ohälsa rör hela samhället på flera plan. Utredningen bedömer att en långsiktig strategi med tydliga resultatmål kan fylla en viktig funktion för att stimulera gemensamma åtgärder som berör flera politikområden och myndigheter.
- Ett Agenda 2030-sekretariat för övergripande samordning bör inrättas i Regeringskansliet.
- Mål och målstruktur för området psykisk hälsa. Ett övergripande nationellt mål bör antas för det samlade arbetet med frågor kring psykisk hälsa inom ramen för den strategi som utredningen föreslår. Utredningens förslag till nationellt mål är *att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa och ett ökat psykiskt välbefinnande bland kvinnor och män, flickor och pojkar.*
- Folkhälsomyndighetens samordnande och stödjande roll bör förtydligas och stärkas. För att stärka samordningen inom området psykisk hälsa på nationell nivå bedömer utredningen att Folkhälsomyndighetens samordnande och stödjande roll inom området bör förtydligas och stärkas.
- Tvärsektoriell myndighetssamverkan. För att politiken för psykisk hälsa ska få ett faktiskt genomslag på lokal, regional och

nationell nivå krävs förutom en stark nationellt pådrivande aktör en väl utarbetad tvärssektoriell myndighetssamverkan.

På uppdrag av regeringen fick Statens skolverk och Socialstyrelsen 2017 uppgiften att genomföra ett treårigt utvecklingsarbete, med syfte att stärka samverkan mellan elevhälsa, hälso- och sjukvården och socialtjänsten (Fridolin and Törn, 2017). En rapport från projektet som stöttar 35 samverkansprojekt i landet lyfter också fram ett antal faktorer av betydelse för samverkansarbetet (Skolverket and Socialstyrelsen, 2019).

Framgångsfaktorer

- Politisk förankring över mandatperioder
- Gemensam problembild, samsyn och vilja i de deltagande verksamheterna

Hinder och utmaningar

- Det tar tid att bygga upp hållbara strukturer för samverkan och samordning
- Organisatoriska glapp uppstår då verksamheterna främst är organiserade för att arbeta inom gränser inte över gränser
- Verksamhetsgemensam uppföljning försvåras av rättslig reglering kring behandling av personuppgifter

Dessa sammantagna lärdomar kan vi ha med oss när vi planerar för en ny sorts organisation.

Varför är en sammanhållen barn- och ungdomsvård en önskvärd modell?

Sammantaget vet vi en hel del om vilka möjligheter och hinder som finns kring samverkan generellt, interprofessionell samverkan specifikt och organisatoriska och kontextuella faktorer av betydelse för ett framgångsrikt implementeringsarbete av evidensbaserade arbetsätt som bygger på samverkan. Vi får inte vara naiva och tro att en systemomvandling kan ske smidigt och utan stöd på alla nivåer – lagstiftning, nationell styrning, bred politisk förankring, stabil ekonomi, ledning och styrning med fokus på horisontella processer, teamarbete, uppföljning och analys, och brukarmedverkan. Men vad talar för att ett sådant system kan leverera bättre resultat än dagens?

Svaret kan sammanfattas under fyra punkter:

- Den förväntas minska samhällskostnader jämfört med dagens system
- Den bygger på en modern syn på hälsans bestämningsfaktorer
- Den öppnar för en styrning mot gemensamma välfärdstjänster och resultat snarare än produktion och egna årsbudgetar
- Den råder bot på organisatoriska mellanrum där så mycket förlorat värde, ojämlikhet och spill uppstår

Det finns fyra huvudsakliga sätt att minska *samhällskostnader* inom området psykisk hälsa bland barn och unga. Inledningsvis bör man investera tidigt. Detta argument handlar om att satsa på *humankapitalet*; grunden till många färdigheter, kunskap och talanger vi har, är tidigare färdigheter, kunskap och talanger. Missar vi möjligheten till att barn utvecklas optimalt under vissa kritiska stadier i livet, kan vi helt enkelt inte komma ikapp. Detta har inte bara kon-

sekvenser för barns hälsa och välmående, men också för deras framtida möjligheter och levnadsstandard. Att se bland annat hälsa som ett kapital som vi vill ska generera framtida avkastning utifrån bästa möjliga förutsättningar, krävs investering i det kapitalet. Ju tidigare, desto mer lönsamt, både ekonomiskt och socialt.

Vi vet att timing är av betydelse, inte bara för insatser som handlar om att stärka humankapitalet utan också förebyggande insatser. Många insatser är mer effektiva vid *tidigare ålder*. Dels handlar det om att problemen är då mindre och hjärnan mer plastisk; på sätt och vis är även barnets närmaste miljö, relationen till föräldrar också mer plastisk tidigt – man har inte hunnit fastna i onda cirklar och negativa förväntningar av och föreställningar om varandra och relationen. Dels handlar det om att vi undviker onödiga kostnader om vi inte väntar med insatser tills barnen blir äldre och problemen mer markanta och kostsamma.

En annan viktig faktor är investeringen i sig. *Kostnadseffektivitet* betyder att en insats genererar mer hälsa för pengar, i jämförelse med någon annan investeringsmöjlighet. Här ser man både till effektiviteten av en viss insats, vad den kostar, och ibland hur mycket intäkter (undvikna samhällskostnader) den kan generera. Det finns tydlig forskning som pekar mot att tidiga insatser för att förebygga eller minska psykisk ohälsa bland barn och unga är kostnadseffektivt. Detta gäller inte minst insatser i skolan som syftar till att öka vår kunskap om och möjligheter till hantering av känslor, hur vi interagerar med andra och hur vi löser sociala och emotionella problem. Föräldraskapsstöd är en annan typ av förebyggande insats där evidensen är tydlig, både på kort och lång sikt.

Samtidigt handlar det inte bara om att investera tidigt, och lägga resurserna på evidensbaserade insatser som på kort- och lång sikt kan förebygga psykisk ohälsa. Det handlar också om att *minimera spill* och öka de potentiella vinsterna av samordning, genom att se över organiseringen av de aktörer som möter dessa barn, utvärdera vilka aktiviteter som driver kostnader, och se om dessa bidrar till spill. Högst troligt finns det alltid någon typ av spill gällande de aktiviteter vi gör, men många kan komma att påverkas positivt genom samordning inom och mellan organisationer. Det innebär därför att det inte bara är bättre för enskilda individer eller utsatta grupper om organisatoriska mellanrum elimineras helt utifrån en förankrad, välplanerad och hållbar struktur (snarare än genom workarounds),

utan att det troligtvis också kommer att generera stora kostnadsbesparingar. Det betyder att trots att vi satsar mycket idag – kanske på rätt saker – blir det ofta kortsiktiga stimulansmedel som spenderas på workarounds, helt utan hållbarhet. De miljarder som spenderas idag som stimulansmedel på området psykisk hälsa skulle kunna göra större nytta.

Eftersom *hälsans bestämningfaktorer* är ojämnt fördelade har samhällets hälsofrämjande och förebyggande insatser ett kompensatoriskt uppdrag. Det är därför viktigt att ta hänsyn till i vilken mån ett nytt sätt att organisera den nära vården för barn och unga kan ta utgångspunkt i hälsans bestämningfaktorer och ha en kompensatorisk ansats. Hälsa är ytterst ett resultat av resurser och handlingsfrihet. En effektiv organisation för barn och unga bör därför eftersträva att öka båda delarna.

Stora sociala och ekonomiska investeringar krävs för att tidigt kunna ge stöd och insatser till barn med större uttalad problematik, såsom neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Detta kräver en helhetssyn, samverkan och en ansats som främjar jämlik tillgång till samhällets resurser.

Har man en *styrning mot gemensamma välfärdstjänster* som möjliggör att bortse från korta mandat- och budgetperioder, eller andra strukturer som ligger i vägen för långsiktiga och hållbara investeringar, finns det många vinster att hämta. Om styrningen sker utifrån en hela-samhället ansats och ett livsloppsperspektiv finns betydande vinster för mer eller mindre samtliga samhällssektorer som någon gång möter barn, unga eller vuxna med underliggande psykiska problem.

Genom att sätta fokus på barnet och ungdomen, eleven och/eller familjerna i stället för ansvarsgränserna och organisationstillhörigheter kan vi *täppa igen de organisatoriska mellanrummen*. Genom sömlös samverkan inom och mellan enheter och organisationer kan vi frigöra potentialen som finns lagrade i dessa mellanrum och förvandla dem till produktiv välfärd.

Referenser

- Abu-Omar, K. *et al.* (2017) ”The cost-effectiveness of physical activity interventions: A systematic review of reviews”, *Preventive medicine reports*, 8, s. 72–78. doi: 10.1016/j.pmedr.2017.08.006.
- Ahern, S. *et al.* (2018) ”A cost-effectiveness analysis of school-based suicide prevention programmes.”, *European child & adolescent psychiatry*, 27(10), s. 1295–1304.
- Ahlen, J., Lenhard, F. and Ghaderi, A. (2015) ”Universal Prevention for Anxiety and Depressive Symptoms in Children: A Meta-analysis of Randomized and Cluster-Randomized Trials.”, *The journal of primary prevention*, 36(6), s. 387–403. doi: 10.1007/s10935-015-0405-4.
- Anderberg, M. (2020) ”Planer för samverkan kring barn och unga i Skottland och Sverige – ett jämförande perspektiv”, s. 1–21. Available at: <https://lnu.se/contentassets/d57b8480291d4b019154fc97dd6863cc/planer-for-samverkan-litteraturgenomgang.pdf>.
- Anderberg, M., Forkby, T. and Thelin, A. (2020) *Barnens bästa gäller! i Kronoberg – en enkätstudie*.
- Appelqvist-Schmidlechner, K. *et al.* (2010) ”Effects of a Psycho-Social Support Programme for Young Men – Randomised Trial of the Time Out! Getting Life Back on Track Programme”, *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(3), s. 14–24. doi: 10.1080/14623730.2010.9721815.
- Arseneault, L. (2017) ”The long-term impact of bullying victimization on mental health”, *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(1), s. 27–28. doi: 10.1002/wps.20399.

- Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum (2019) *Slutrapport utvärdering av barnabus*. Available at: <file:///C:/Users/ninjo384/AppData/Local/Temp/slutrapport-utvardering-av-barnabus-2019-2.pdf>.
- Bauer, A., Knapp, M. and Parsonage, M. (2016) "Lifetime costs of perinatal anxiety and depression.", *Journal of affective disorders*, 192, s. 83–90. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.005.
- Becker, G. S. (1975) *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. 2nd edn. New York: National Bureau of Economic Research.
- Bentley, T. G. K. *et al.* (2008) "Waste in the U.S. Health care system: a conceptual framework.", *The Milbank quarterly*, 86(4), s. 629–659. doi: 10.1111/j.1468-0009.2008.00537.x.
- Berry, V. *et al.* (2016) "The effectiveness and micro-costing analysis of a universal, school-based, social–emotional learning programme in the UK: A cluster-randomised controlled trial", *School Mental Health*, 8(2), s. 238–256. doi: 10.1007/s12310-015-9160-1.
- Berwick, D. M. and Hackbarth, A. D. (2012) "Eliminating waste in US health care.", *JAMA*, 307(14), s. 1513–1516. doi: 10.1001/jama.2012.362.
- Bloom, D. E. *et al.* (2012) *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Program on the Global Demography of Aging.
- Breslau, J. *et al.* (2008) "Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample.", *Journal of psychiatric research*, 42(9), s. 708–716. doi: 10.1016/j.jpsychires.2008.01.016.
- Brimblecombe, N. *et al.* (2018) "Long term economic impact associated with childhood bullying victimisation.", *Social science & medicine (1982)*, 208, s. 134–141. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.05.014.
- Bywater, T. and Sharples, J. (2012) "Effective evidence-based interventions for emotional well-being: lessons for policy and practice", *Research Papers in Education*, 27(4), s. 389–408. doi: 10.1080/02671522.2012.690242.

- Carlsson, E. *et al.* (2016) "Negotiating knowledge: parents' experience of the neuropsychiatric diagnostic process for children with autism", *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(3), s. 328–338. doi: 10.1111/1460-6984.12210.
- Clarkson, S. *et al.* (2016) "Effectiveness and micro-costing of the KiVa school-based bullying prevention programme in Wales: study protocol for a pragmatic definitive parallel group cluster randomised controlled trial.", *BMC public health*, 16, p. 104. doi: 10.1186/s12889-016-2746-1.
- Colman, I. *et al.* (2009) "Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 Year follow-up of national cohort", *BMJ (Online)*, 338(7688), s. 208–211. doi: 10.1136/bmj.a2981.
- Cöster, M. E. *et al.* (2018) "Extended physical education in children aged 6-15 years was associated with improved academic achievement in boys.", *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 107(6), s. 1083–1087. doi: 10.1111/apa.14278.
- Currie, J. and Moretti, E. (2003) "Mother's Education and the Intergenerational Transmission of Human Capital: Evidence from College Openings*", *The Quarterly Journal of Economics*, 118(4), s. 1495–1532. doi: 10.1162/003355303322552856.
- Currie, J. and Stabile, M. (2006) "Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD", *Journal of health economics*, 25(6), s. 1094–1118. doi: 10.1016/j.jhealeco.2006.03.001.
- Dalsgaard, S. *et al.* (2014) "ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood – a naturalistic long-term follow-up study.", *Addictive behaviors*, 39(1), s. 325–328. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.09.002.
- Dahlgren, G. Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe.
- Das, J. K. *et al.* (2016) "Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews", *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 59(4S), s. S61–S75. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.06.021.

- Dawson, G. (2008) "Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder", *Development and Psychopathology*, 20(3), s. 775–803. doi: 10.1017/S0954579408000370.
- Duchesne, S. *et al.* (2008) "Trajectories of Anxiety During Elementary-school Years and the Prediction of High School Noncompletion", *Journal of Youth and Adolescence*, 37(9), s. 1134–1146. doi: 10.1007/s10964-007-9224-0.
- Epifanio, M. S. *et al.* (2015) "Paternal and Maternal Transition to Parenthood: The Risk of Postpartum Depression and Parenting Stress", *Pediatric reports*, 7(2), p. 5872. doi: 10.4081/pr.2015.5872.
- Erskine, H. E. *et al.* (2016) "Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(10), s. 841–850. doi: 10.1016/j.jaac.2016.06.016.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. and Ridder, E. M. (2005) "Show me the child at seven: The consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood", *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 46(8), s. 837–849. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00387.x.
- Fletcher, J. (2013) "Adolescent Depression and Adult Labor Market Outcomes", *Southern Economic Journal*, 80(1), s. 26–49. doi: <https://doi.org/10.4284/0038-4038-2011.193>.
- Fletcher, J. M. (2014) "The Effects of Childhood ADHD on Adult Labor Market Outcomes", *Health economics*, 23, s. 159–181.
- Fletcher, J. and Wolfe, B. (2009) "Long-term consequences of childhood adhd on criminal activities", *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 12(3), s. 119–138.
- Folkhälsomyndigheten (2014) "Slutredovisning av uppdrag kring ett utvecklat föräldrastöd", 1. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/96c8eeff924946d880ce04d30c520bb7/slutrappport-utvardering-o-utveckling-2014.pdf>.

- Folkhälsomyndigheten (2017) *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst*. Available at: http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12145/R200720_implementation_web0809.pdf.
- Foster, E. M. and Jones, D. E. (2005) "The high costs of aggression: Public expenditures resulting from conduct disorder", *American Journal of Public Health*, 95(10), s. 1767–1772. doi: 10.2105/AJPH.2004.061424.
- Fridolin, G. and Törn, M. (2017) *Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Available at: <https://www.regeringen.se/4967a6/contentassets/69578833127048e4a3ebc0d48344d214/uppdrag-att-genomfora-ett-utvecklingsarbete-for-tidiga-och-samordnade-insatser-for-barn-och-unga.pdf>.
- Friends (2019) *Friendsrapporten*. Stockholm.
- Gardner, F. et al. (2017) *Could scale-up of parenting programmes improve child disruptive behaviour and reduce social inequalities? Using individual participant data meta-analysis to establish for whom programmes are effective and cost-effective*. Southampton (UK). doi: 10.3310/phr05100.
- Gavin, N. I. et al. (2005) "Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence.", *Obstetrics and gynecology*, 106(5 Pt 1), s. 1071–1083. doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db.
- Goodwin, N. and Smith, J. (2011) *The evidence base for integrated care*.
- Grossman, M. (2000) "The human capital model", in *Handbook of Health Economics*. Newhouse JP: Elsevier, s. 347–408.
- Guralnick, M. J. (2011) "Why early intervention works: A systems perspective", *Infants and Young Children*. NIH Public Access, s. 6–28. doi: 10.1097/IYC.0b013e3182002cfe.
- Gurung, B. et al. (2018) "Identifying and assessing the benefits of interventions for postnatal depression: a systematic review of economic evaluations.", *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), p. 179. doi: 10.1186/s12884-018-1738-9.

- Heckman, J. J. (2000) "Policies to foster human capital", *Research in Economics*, 54(1), s. 3–56. doi: <https://doi.org/10.1006/reec.1999.0225>.
- Heckman, J. J. and Kautz, T. (2012) "Hard evidence on soft skills", *Labour economics*, 19(4), s. 451–464. doi: [10.1016/j.labeco.2012.05.014](https://doi.org/10.1016/j.labeco.2012.05.014).
- Holmberg, I. and Tyrstrup, M. (2010) "Well then – What now? An everyday approach to managerial leadership", *Leadership*, 6(4), s. 353–372. doi: [10.1177/1742715010379306](https://doi.org/10.1177/1742715010379306).
- Humphrey, N. et al. (2018) *The PATHS curriculum for promoting social and emotional well-being among children aged 7–9 years: a cluster RCT*. Southampton (UK). doi: [10.3310/phr06100](https://doi.org/10.3310/phr06100).
- ISCA/Cebr (2015) *The economic cost of physical inactivity in Europe*.
- Ivert, A.-K. and Mellgren, C. (2021) *Effektutvärdering av Sluta Skjut – En strategi för att minska det grova våldet*. Available at: https://www.bra.se/download/18.1f8c9903175f8b2aa7056f4/1613562616119/Sluta_skjut_effektutvardering_210217.pdf.
- J.Y., K. et al. (2017) "Trends in Postpartum Depressive Symptoms — 27 States, 2004, 2008, and 2012", *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 66, s. 153–158.
- Johnston, M. V. (2009) "Plasticity in the developing brain: implications for rehabilitation", *Developmental Disabilities Research Reviews*. John Wiley and Sons Inc., s. 94–101. doi: [10.1002/ddrr.64](https://doi.org/10.1002/ddrr.64).
- Karlsson, M. and Nilsson, T. (2018) *Den allmänna och fria spädbarnsvårdens betydelse för hälsa, utbildning och inkomster, SNS Analys*. Stockholm.
- Kärnä, A. et al. (2011) "Going to scale: a nonrandomized nationwide trial of the KiVa antibullying program for grades 1–9.", *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(6), s. 796–805. doi: [10.1037/a0025740](https://doi.org/10.1037/a0025740).
- Knop, J. et al. (2009) "Childhood ADHD and conduct disorder as independent predictors of male alcohol dependence at age 40.", *Journal of studies on alcohol and drugs*, 70(2), s. 169–177. doi: [10.15288/jsad.2009.70.169](https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.169).

- Kuyken, W. *et al.* (2015) "The effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: results of a randomised controlled trial (the PREVENT study).", *Health technology assessment (Winchester, England)*, 19(73), s. 1–124.
- Kuyken, W. *et al.* (2017) "The effectiveness and cost-effectiveness of a mindfulness training programme in schools compared with normal school provision (MYRIAD): study protocol for a randomised controlled trial.", *Trials*, 18(1), p. 194. doi: 10.1186/s13063-017-1917-4.
- Laine, J. *et al.* (2014) "Cost-effectiveness of population-level physical activity interventions: A systematic review", *American Journal of Health Promotion*, 29(2), s. 71–80. doi: 10.4278/ajhp.131210-LIT-622.
- Länsstyrelsen i Stockholm (2018) "En pilotutvärdering av: Det universella våldspreventiva skolprogrammet TÅGET".
- Lavelle, T. A. *et al.* (2014) "Economic burden of childhood autism spectrum disorders.", *Pediatrics*, 133(3), s. e520-9. doi: 10.1542/peds.2013-0763.
- Law, J. *et al.* (2009) "Modeling developmental language difficulties from school entry into adulthood: literacy, mental health, and employment outcomes.", *Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR*, 52(6), s. 1401–1416. doi: 10.1044/1092-4388(2009/08-0142).
- Law, J. *et al.* (2012) "Cost-effectiveness of interventions for children with speech, language and communication needs (SLCN): a review using the Drummond and Jefferson (1996) "Referee"s Checklist".", *International journal of language & communication disorders*, 47(1), s. 1–10. doi: 10.1111/j.1460-6984.2011.00084.x.
- Le, A. T. *et al.* (2005) "Early childhood behaviours, schooling and labour market outcomes: estimates from a sample of twins", *Economics of Education Review*, 24(1), s. 1–17. doi: https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2004.04.004.

- Le, H. H. *et al.* (2014) "Economic impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: the Netherlands as a reference case", *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23(7), s. 587–598. doi: 10.1007/s00787-013-0477-8.
- Leach, L. S. *et al.* (2016) "Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review.", *Journal of affective disorders*, 190, s. 675–686. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.063.
- Lehnert, T. *et al.* (2012) "The long-term cost-effectiveness of obesity prevention interventions: systematic literature review.", *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 13(6), s. 537–553.
- Lever Taylor, B., Cavanagh, K. and Strauss, C. (2016) "The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period: A Systematic Review and Meta-Analysis.", *PloS one*, 11(5), p. e0155720. doi: 10.1371/journal.pone.0155720.
- Lundborg, P., Nilsson, A. and Rooth, D.-O. (2014) "Adolescent health and adult labor market outcomes.", *Journal of health economics*, 37, s. 25–40. doi: 10.1016/j.jhealeco.2014.05.003.
- Magnusson, D. *et al.* (2016) "Capturing Unmet Therapy Need among Young Children with Developmental Delay Using National Survey Data", *Academic Pediatrics*, 16(2), s. 145–153. doi: 10.1016/j.acap.2015.05.003.
- Malmö stad (2021) *CTC – Tillsammans för goda uppväxtvillkor*. Available at: <https://malmo.se/Communities-That-Care-CTC.html>.
- Marsh, K. *et al.* (2010) *An Economic Evaluation of Speech and Language Therapy*. London.
- McKenzie, M. *et al.* (2011) "Association of adolescent symptoms of depression and anxiety with alcohol use disorders in young adulthood: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study", *Medical Journal of Australia*, 195(S3), s. S27–S30. doi: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2011.tb03262.x>.
- van der Meer, A. (2016) *Babies exposed to stimulation get brain boost*.

- Nath, S. *et al.* (2016) ”The prevalence of depressive symptoms among fathers and associated risk factors during the first seven years of their child’s life: findings from the Millennium Cohort Study.”, *BMC public health*, 16, p. 509. doi: 10.1186/s12889-016-3168-9.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (2015) *Challenging Behaviour and Learning Disabilities: Prevention and Interventions for People with Learning Disabilities Whose Behaviour Challenges*. NICE Guide. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK).
- Nooteboom, L. A. *et al.* (2021) ”Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals”, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 48(1), s. 88–105. doi: 10.1007/s10488-020-01049-8.
- Nowak, H. I., Broberg, M. and Starke, M. (2013) ”Parents’ experience of support in Sweden: Its availability, accessibility, and quality”, *Journal of Intellectual Disabilities*, 17(2), s. 134–144. doi: 10.1177/1744629513486229.
- Nystrand, C. *et al.* (2019) ”Cost-effectiveness analysis of parenting interventions for the prevention of behaviour problems in children”, *PloS one*, 14(12), p. e0225503.
- Nystrand, C. *et al.* (2020) ”Economic Return on Investment of Parent Training Programmes for the Prevention of Child Externalising Behaviour Problems”, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 47(2). doi: 10.1007/s10488-019-00984-5.
- Nystrand, C., Feldman, I. and Gebreslassie, M. (2020) *Lönar det sig med våldsförebyggande arbete? – Samhällsekonomisk analys av tvärsektoriellt främjande och förebyggande arbete i Botkyrka kommun*. Stockholm: Länsstyrelsen Stockholm.
- Nystrand, C., Feldman, I. and Sarkadi, A. (2020) ”Att sätta värde på tidiga insatser för barn och unga: ett evidensbaserat beslutsstöd för sociala investeringar”, *Socialmedicinsk tidskrift*, 5 och 6.

- Nystrand, C., Gebreslassie, M. and Feldman, I. (2020) *Är samverkan för bättre folkhälsa lönsamt? – Samhällsekonomisk analys av tvärsektoriellt främjande och förebyggande arbete i Norrtälje kommun*. Länsstyrelsen Stockholm. Available at: <https://www.lansstyrelsen.se/download/18.71fb782917684105d2929e99/1612778003545/R2020-23-Är-samverkan-för-bättre-folkhälsa-lönsamt-Norrtälje-kommun.pdf>.
- OECD (2018) *Social and Emotional Skills: Well-being, connectedness and success*.
- Ozonoff, S. *et al.* (2008) "Gross motor development, movement abnormalities, and early identification of autism", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(4), s. 644–656. doi: 10.1007/s10803-007-0430-0.
- Pelham, W. E., Foster, E. M. and Robb, J. A. (2007) "The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents", *Journal of pediatric psychology*, 32(6), s. 711–727. doi: 10.1093/jpepsy/jsm022.
- Penner, M. *et al.* (2015) "Cost-Effectiveness Analysis Comparing Pre-diagnosis Autism Spectrum Disorder (ASD)-Targeted Intervention with Ontario's Autism Intervention Program.", *Journal of autism and developmental disorders*, 45(9), s. 2833–2847. doi: 10.1007/s10803-015-2447-0.
- Quintero, J. *et al.* (2018) "Health care and societal costs of the management of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in Spain: a descriptive analysis.", *BMC psychiatry*, 18(1), p. 40. doi: 10.1186/s12888-017-1581-y.
- Ramböll (2014) "Familjecentrum kartläggning och utvärdering". Available at: https://familjecentraler.se/wp-content/uploads/2015/04/Kartla4ggning_och_utva4rdering_av_FC_-_slutversion.pdf.
- Reini, K. (2016) "Mielenterveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset. Nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevän Aikalisä-tukipalvelun arviointi. [The economic effects of mental health promotion. An evaluation of the Time Out! support model to prevent social exclusion of y]", *Working paper, University of Vaasa*.

- Reynolds, A. J. *et al.* (2001) "Long-term Effects of an Early Childhood Intervention on Educational Achievement and Juvenile Arrest: A 15-Year Follow-up of Low-Income Children in Public Schools", *JAMA*, 285(18), s. 2339–2346. doi: 10.1001/jama.285.18.2339.
- Roberts, B. W. *et al.* (2007) "The Power of Personality: The Comparative Validity of Personality Traits, Socioeconomic Status, and Cognitive Ability for Predicting Important Life Outcomes", *Perspectives on Psychological Science*, 2(4), s. 313–345. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00047.x.
- Rodwell, L. *et al.* (2018) "Adolescent mental health and behavioural predictors of being NEET: a prospective study of young adults not in employment, education, or training.", *Psychological medicine*, 48(5), s. 861–871. doi: 10.1017/S0033291717002434.
- Sampaio, F., Nystrand, C., Feldman, I., Mihalopoulos, C. (2020) "Evidence for investing in parenting interventions aiming to improve child health: A systematic review of economic evaluations", *In manuscript*.
- Sampaio, F. *et al.* (2021) "The cost effectiveness of treatments for attention deficit-hyperactivity disorder and autism spectrum disorder in children and adolescents: a systematic review", *European journal of child and adolescent psychiatry*.
- Scott, S. *et al.* (2001) "Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood", *British Medical Journal*, 323(7306), s. 191–191. doi: 10.1136/bmj.323.7306.191.
- SFS 2017:30 (2020) *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) Svensk författningssamling 2017:2017:30 t.o.m. SFS 2020:1043 – Riksdagen, svensk Författningssamling (SFS)*.
- Shaw, S., Rosen, R. and Rumbold, B. (2011) *What is integrated care? Research report*.
- Shepard, D. S. *et al.* (2016) "Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications.", *Suicide & life-threatening behavior*, 46(3), s. 352–362. doi: 10.1111/sltb.12225.

- Singham, T. *et al.* (2017) ”Concurrent and Longitudinal Contribution of Exposure to Bullying in Childhood to Mental Health: The Role of Vulnerability and Resilience.”, *JAMA psychiatry*, 74(11), s. 1112–1119. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2678.
- Skolinspektionen (2019) *Resultat från Skolenkäten 2017–2018*. Stockholm.
- Skolverket and Socialstyrelsen (2019) *Utvecklingsarbeten som ingår i Tidiga och samordnade insatser (TSI)*.
- Snell, T. *et al.* (2013) ”Economic impact of childhood psychiatric disorder on public sector services in Britain: Estimates from national survey data”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(9), s. 977–985. doi: 10.1111/jcpp.12055.
- Socialstyrelsen (2009) ”Nationella indikatorer för God vård”, s. 1–87.
- Socialstyrelsen (2019a) *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar – Behovs- och problemanalys avseende god vård*. Stockholm. Available at: www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-25.pdf.
- Socialstyrelsen (2019b) *Geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn*.
- SOU 2016:55 (2016) *Det handlar om jämlik hälsa: Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*. Statens Offentliga Utredningar. Available at: www.regeringen.se/4a52ad/contentassets/ca4b953b5fbf403cbd1d1eaa58f9ea10/det-handlar-om-jamlik-halsa_sou-2016_55.pdf.
- SOU 2017:47 (2017) *Nästa steg mot en mer jämlik hälsa Förslag för en god och jämlik hälsa SOU 2017:47 Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*.

- SOU 2018:90 (2018) *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa*. Stockholm: Statens offentliga utredningar. Available at: https://www.regeringen.se/48ddbb/contentassets/906430d9feb248e984afbed18a37e65c/for-att-borja-med-nagot-nytt-maste-man-sluta-med-nagot-gammalt---forslag-for-en-langsiktigt-hallbar-styrning-inom-området-psykisk-halsa-sou-2018_90.pdf.
- SOU 2019:40 (2019) *Jämlikhet i möjligheter och utfall i den svenska skolan*. Statens Offentliga Utredningar.
- Sregonja, R. *et al.* (2019) "Indicated preventive interventions for depression in children and adolescents: A meta-analysis and meta-regression", *Preventive Medicine*, 118. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.09.021.
- Sundquist, J. *et al.* (2015) "Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for drug use disorder: a population-based follow-up and co-relative study.", *Psychological medicine*, 45(5), s. 977–983. doi: 10.1017/S0033291714001986.
- Swan, N. and Balendra, J. (2015) "Wasted", *Four Corners [an investigative journalism broadcast series]*.
- Thomas, R. *et al.* (2015) "Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis.", *Pediatrics*, 135(4), s. e994-1001. doi: 10.1542/peds.2014-3482.
- Tuominen-Eriksson, A. M., Svensson, Y. and Gunnarsson, R. K. (2013) "Children with disabilities are often misdiagnosed initially and children with neuropsychiatric disorders are referred to adequate resources 30 months later than children with other disabilities", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), s. 579–584. doi: 10.1007/s10803-012-1595-8.
- Turner, A. J. *et al.* (2020) "Cost-Effectiveness of a School-Based Social and Emotional Learning Intervention: Evidence from a Cluster-Randomised Controlled Trial of the Promoting Alternative Thinking Strategies Curriculum.", *Applied health economics and health policy*, 18(2), s. 271–285. doi: 10.1007/s40258-019-00498-z.

- Tyrstrup, M. (2014) *I välfärdsproduktionens gränsland Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg Mats Tyrstrup.*
- Ulfsdotter, M., Lindberg, L. and Månsdotter, A. (2015) "A cost-effectiveness analysis of the Swedish universal parenting program all children in focus", *PLoS ONE*, 10(12), s. 1–16. doi: 10.1371/journal.pone.0145201.
- Ulrich, B. D. (2010) "Opportunities for early intervention based on theory, basic neuroscience, and clinical science", *Physical Therapy*, 90(12), s. 1868–1880. doi: 10.2522/ptj.20100040.
- Umeå Universitet (2020) *KAMSO – Kalkylverktyg för insatser mot social utsatthet.* Available at: <https://www.umu.se/forskning/grupper/kamso/>.
- Uppdrag Psykisk Hälsa (2018) *GIRFEC – exempel på arbete med samverkansfrågor kring barn och unga.* Available at: www.uppdragpsykiskhalsa.se/girfec-ett-exempel-pa-arbete-med-samverkansfragor-kring-barn-och-unga/.
- Vårdanalys (2018) *Lika läge för alla? – Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården.* Stockholm. Available at: www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2018/11/Rapport-2018-10-Lika-läge-för-alla.pdf.
- Visser, S. (2012) *Kwaliteit als medicijn, aanpak voor betere zorg en lagere kosten [Quality as medicine" approach for better care and lower costs].*
- Wallby, T. and Hjern, A. (2011) "Child health care uptake among low-income and immigrant families in a Swedish county", *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 100(11), s. 1495–1503. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02344.x.
- Washington State Institute for Public Policy (2020) *Benefit-cost Results for Interventions for Children's Mental Health.*
- Wasserman, D. *et al.* (2015) "School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial", *Lancet*, 385.

- Waters, H. R. *et al.* (2011) "The business case for quality: Economic analysis of the michigan keystone patient safety program in ICUs", *American Journal of Medical Quality*, 26(5), s. 333–339. doi: 10.1177/1062860611410685.
- Webbink, D. *et al.* (2012) "The effect of childhood conduct disorder on human capital", *Health Economics*. 2012/07/06, 21(8), s. 928–945. doi: 10.1002/hec.1767.
- Weeks, A. (2020) "Important Factors for Evidence-Based Implementation in Child Welfare Settings: A Systematic Review", *Journal of Evidence-Based Social Work (United States)*, 18(2), s. 129–154. doi: 10.1080/26408066.2020.1807433.
- Wellander, L., Wells, M. B. and Feldman, I. (2016) "Does Prevention Pay? Costs and Potential Cost-savings of School Interventions Targeting Children with Mental Health Problems", *J Ment Health Policy Econ*, 19(2), s. 91–101.
- Westerlund, A., Sundberg, L. and Nilsen, P. (2019) "Implementation of Implementation Science Knowledge: The Research-Practice Gap Paradox", *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(5), s. 332–334. doi: 10.1111/wvn.12403.
- Westman Andersson, G., Miniscalco, C. and Gillberg, N. (2017) "A 6-year follow-up of children assessed for suspected autism spectrum disorder: Parents' experiences of society's support", *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, s. 1783–1796. doi: 10.2147/NDT.S134165.
- WHO (2016) *Integrated care models: an overview Working document*.
- Williford, A. *et al.* (2013) "Effects of the KiVa antibullying program on cyberbullying and cybervictimization frequency among Finnish youth.", *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 42(6), s. 820–833. doi: 10.1080/15374416.2013.787623.
- Wu, S. *et al.* (2011) "Economic Analysis of Physical Activity Interventions Shinyi", *Am J Prev Med.*, 40(2), s. 149–158. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-10-4002.BONE.

- Zalsman, G. *et al.* (2016) "Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review.", *The lancet. Psychiatry*, 3(7), s. 646–659. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.
- Zwaigenbaum, L. *et al.* (2015) "Early Intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: Recommendations for practice and research", in *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics, s. S60–S81. doi: 10.1542/peds.2014-3667E.

Underlag till överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri BUP

Utredningen har enligt direktivet i uppdrag att ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Inom ramen för detta arbete ska utredningen analysera och ge skalbara förslag på utökade nationella insatser. I detta delbetänkande ska uppdraget delredovisas och en slutlig redovisning lämnas i utredningens slutbetänkande. Överenskommelser på hälso- och sjukvårdens område träffas mellan regeringen och SKR. Innehållet förhandlas mellan parterna och beslut fattas på politisk nivå av regeringen och SKR:s styrelse. Detta underlag utgör utredningens bedömning av vad som bör beaktas och prioriteras inom ramen för kommande överenskommelser. SKR har avstått från att samråda om föreliggande underlag med hänvisning till överenskommelseprocessen.

Utredningen konstaterar att det inte finns några snabba, enkla eller helt nya lösningar på problemen med tillgängligheten till BUP. Problemen har byggts upp över tid och har flera förklaringar som handlar både om hälso- och sjukvårdens organisation och en ökad andel barn och unga med psykisk ohälsa. Utredningen bedömer att det fortsatt krävs insatser inom flera områden och av många olika aktörer som möter barn och unga. Huvudmännen inom hälso- och sjukvård och skola behöver med stöd av SKR ta ansvar för att insatserna genomförs med större systematik nationellt. Det är en förutsättning för att skapa en mer likvärdig, sammanhållen, effektiv och långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård för barn och unga med psykiska vårdbehov. För hälso- och sjukvårdens del handlar det om insatser både på systemnivå och organisationsnivå. Omställningens

principer till en god och nära vård ska vara vägledande. Insatserna tar därför sikte på att stödja genomförandet av en mer sammanhållen hälsouppföljning av barn och unga, primärvårdens roll som navet i hälso- och sjukvården även för barns och ungas psykiska vårdbehov och att den specialiserade vården ska finnas nära och tillgänglig i primärvården för konsultation och stöd.

Sammanfattningsvis föreslår utredningen följande insatser:

1. **Insatser för att utveckla en mer sammanhållen barn- och ungdomshälsovård.** I detta bör ingå att huvudmännen deltar i utformningen av och genomförandet av det nationella hälsovårdsprogrammet i hälso- och sjukvårdens verksamheter inklusive elevhälsans medicinska insatser. Huvudmännen bör också skapa olika former för samverkan mellan berörda aktörer inklusive socialtjänsten och tandvården. Särskild fokus bör läggas på samverkan och ett utvecklat partnerskap mellan primärvård och elevhälsa.
2. **Insatser för att stödja utvecklingen av primärvården som första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov.** I detta bör ingå att regionerna organiserar och planerar sin vård så att första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa kan integreras i primärvårdsuppdraget för att på så sätt skapa en tydlig väg in och ett långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem för barn och unga.
3. **Insatser för att stärka barn- och ungdomskompetensen i primärvården.** Regionerna bör tillsammans med professionen och kunskapsorganisationen samt med stöd av SKR uppnå nationell konsensus kring vilka vanligt förekommande psykiska vårdbehov hos barn och unga som kan mötas i primärvården och vilka kompetenser som behövs i primärvården för att kunna tillgodose barns och ungas psykiska vårdbehov. Dessutom behöver regionerna se över och revidera sina förfrågningsunderlag för att kunna styra primärvårdens verksamhet mot vanligt förekommande vårdbehoven hos barn och unga.
4. **Insatser för att stärka en nära och konsultativ specialiserad vård.** I detta ingår att utveckla rutiner och arbetssätt för att den specialiserade vården ska kunna finnas nära och tillgänglig för konsulta-

tion och annat stöd till primärvårdens verksamheter och elevhälsans medicinska insatser.

5. **Insatser för att fortsatt stimulera arbetet med effektiva vårdprocesser inom barn- och ungdomspsykiatri.** Detta handlar framför allt om fortsatt arbete med breda vårdprocesser samt prestationsbaserade insatser som är anpassade till och stödjer målsättningen om en förstärkt vårdgaranti.

Insatserna i det underlag som utredningen presenterar gäller breda organisationsförändringar i hälso- och sjukvården och kan därför vara relevanta i flera överenskommelser. Underlaget ska också ses i ljuset av den tillgänglighetsdelegation som regeringen inrättade i augusti 2020. Delegationen har i uppdrag att verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med fokus på kortare väntetider. I detta ingår bland annat att se över målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti (dir 2020:81).

Ett omfattande dialogarbete med bland annat berörda myndigheter, och organisationer samt barn och unga själva ligger till grund för utredningens underlag.

Tillgängligheten till BUP är fortsatt en utmaning

Tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri har varit en viktig fråga under många år. Flera satsningar har genomförts för att öka tillgängligheten både på nationell och regional nivå. Trots det är tillgängligheten till BUP fortsatt en utmaning. Det beror bland annat på olika systembrister i hälso- och sjukvården med en fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård, ett ökat söktryck samt förhållandevis låg genomströmning av patienter inom BUP. De stegvisa vårdmodeller som finns inom den somatiska vården förekommer inte på samma sätt inom vården av psykiska vårdbehov. Till följd av detta är primärvårdens stöd till barn och unga med psykisk ohälsa eftersatt och primärvården saknar generellt sett i dag vana och kompetenser för att möta sådana vårdbehov hos barn och unga. En betydande andel barn och unga med psykiska vårdbehov remitteras därför direkt till BUP i stället för att fångas upp i primärvården.

Verksamhetsföreträdare lyfter också fram utmaningar med hög personalomsättning, läkarbrist och tidsbrist inom BUP. Antalet besök inom BUP och antalet individer som har kontakt med BUP har ökat påtagligt de senaste åren. Samtidigt har även antalet medarbetare ökat och i internationella jämförelser ligger Sverige bland de länder med allra högsta antal medarbetare per invånare under 18 år.

På regional nivå har flera insatser genomförts för att komma tillrätta med den låga tillgängligheten både när det gäller produktionsplanering och effektivare vårdflöden. SKR har också tillsammans med regionerna utvecklat öppna jämförelser och uppföljning av olika effektivitetsmått och indikatorer som en grund för kvalitetsutveckling. På nationell nivå har två områden varit föremål för tidigare satsningar och överenskommelser. Det gäller dels tillgängligheten till BUP och utvecklingen av den specialiserade vårdens processer, dels en uppbyggnad av första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa som ett sätt att komma tillrätta med bristen på stegvis vård inom området psykisk hälsa. I senare års överenskommelser om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården har även prestationsbaserad ersättning ingått kopplat till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti för BUP.

Överenskommelsens inriktning och syfte

Utredningen har presenterat sex steg som behöver vidtas för att utveckla hälso- och sjukvården för barn och unga med psykisk ohälsa, (se Förslag och bedömningar, kap 6). Dessa steg ligger till grund för utredningens underlag till överenskommelse mellan staten och SKR. I stegen ingår bland annat att primärvårdens roll för vård och behandling av psykisk ohälsa hos barn och unga behöver förtydligas och att den specialiserade vården utvecklar en konsultativ roll i förhållande till primärvården. Målet med de sex stegen är att hela vård- och omsorgssystemet tidigt och ändamålsenligt samordnar sina insatser runt barn och unga. Målet är också att alla barn och unga ska få universella insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykisk ohälsa och vid behov mer fördjupade insatser. Barns och ungas delaktighet är en central del i samtliga steg. Utredningen bedömer att de ovan nämnda stegen ligger väl i linje med den pågående omställningen mot en god och nära vård, men tar en tydligare utgångs-

punkt i barns och ungas behov och rättigheter. Utredningen ser behov av insatser inom tre övergripande områden med utgångspunkt i de sex stegen. Dessa områden beskrivs nedan.

En sammanhållen vård för barn och unga

En sammanhållen barn- och ungdomshälsovård är av avgörande betydelse för att barn och unga ska kunna få likvärdig vård i landet. För att få till stånd en mer sammanhållen vård föreslår utredningen en tydligare och mer enhetlig nationell styrning av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. Ett nationellt hälsovårdsprogram för hela uppväxten ska utformas och implementeras. Programmet ska lägga grunden för hälsouppföljning i bred bemärkelse och innefatta insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa och vid behov även fördjupade insatser och föräldraskapsstöd. Det ska tydliggöra ramarna för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet och utgöra ett stöd och ett sammanhållande kitt för professionella och beslutsfattare på alla nivåer inom berörda verksamheter. Samverkan mellan berörda vårdverksamheter för att samordna barns och ungas vårdinsatser är en central förutsättning för genomförandet av programmet. Programmet ska tas fram av Socialstyrelsen i samverkan med Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk, Specialpedagogiska skolmyndigheten och huvudmännen för hälso- och sjukvård och skola, SKR, professions- och patientorganisationer.

Insatser för att stimulera en mer sammanhållen vård för barn och unga

Ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga

Utredningen bedömer att arbetet med att ta fram ett nationellt hälsovårdsprogram för alla barn och unga inom ramen för en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård inte kan vänta och att förberedande insatser på flera nivåer därför behöver stimuleras. I detta ingår bland annat att utveckla innehåll, kvalitet och former för en bred hälsouppföljning av barn och unga. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

- Regionerna bör delta i utformningen och ansvara för implementeringen av det nationella hälsovårdsprogrammet. Regionernas kunskapsstyrningsorganisation bör ha en viktig roll i implementeringen av det nationella hälsovårdsprogrammet och det finns fördelar med att kunskapsstyrningsorganisationen är organiserad på ett sådant sätt att barn- och ungas hälsa och välmående under hela uppväxttiden kan stödjas. Det skapar förutsättningar för att bidra i arbetet med att utforma och genomföra det nationella hälsovårdsprogrammet i samtliga aktuella verksamheter. Utredningen ser särskilt behov av att stimulera framtagande av kunskapsstöd och vårdprocesser som inkluderar alla aktörer.

Utvecklingen av samverkansformer

Samverkan mellan berörda aktörer inklusive socialtjänsten och tandvården behöver utvecklas. Det är en viktig förutsättning för att det nationella programmet ska kunna implementeras fullt ut. Särskild fokus bör läggas på samverkan och ett utvecklat partnerskap mellan primärvård och elevhälsa. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

- Huvudmännen bör styra verksamheterna mot samverkan med berörda parter genom beslut, riktlinjer och prioriteringar. Inom regionerna kan det till exempel handla om att tydliggöra krav på samverkan och samordning i förfrågningsunderlag och styr- och ersättningsmodeller.
- Regionerna bör ingå samverkansavtal, upprätta samverkansformer eller utveckla befintliga samverkansforum med de olika skolhuvudmännen (kommuner, enskilda, regioner och staten) i syfte att:
 - Utveckla ett partnerskap mellan primärvården och elevhälsans medicinska insatser för bättre samverkan kring barn och unga med olika vårdbehov.
 - Skapa trygga övergångar för barn och unga mellan elevhälsan och hälso- och sjukvården i övrigt när behov av insatser uppmärksammas av elevhälsan.

- Dessutom kan samlokalisering vara aktuellt för verksamheter inom elevhälsans medicinska insatser och andra relevanta hälso- och sjukvårdsverksamheter. Det är viktigt att sådan samlokalisering också omfattar de enskilda skolhuvudmännen.
- SKR och regionerna bör utveckla patientkontrakt så att det anpassas till barns och ungas behov. I detta bör bland annat ingå att utveckla den digitala vårdplaneringen för barn och unga och former för hur samtliga skolhuvudmän (kommunala, enskilda, regionala och statliga) kan inkluderas i patientkontrakten. Användande av patientkontrakt bör särskilt utökas och prövas för barn och unga med långvariga och stora behov.
- Huvudmännen för hälso- och sjukvård bör verka för att sammanhållen journalföring används i ökad utsträckning inom elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt i enlighet med de förutsättningar som gäller för det, för att enklare kunna följa barns och ungas hälsoutveckling.

Ökad delaktighet för barn och unga

Arbetet med att säkerställa att barn och unga och deras närstående kan vara delaktighet vid planeringen och utformningen av hälso- och sjukvården på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet behöver intensifieras. Insatser till barn bör ske i enlighet med bland annat barnkonventionens bestämmelser om barnets bästa (artikel 3) och barnets rätt att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande, (artikel 12). Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

- Utforma digitala och andra vårdtjänster som är anpassade för barns och ungas behov och metoder och arbetssätt för att göra barn och unga delaktighet i sin egen vård och beslut om vård och behandling
- Ta fram anpassad information till barn och unga om hälso- och sjukvårdsorganisationen för barn och unga och primärvården som första vägen in i hälso- och sjukvården för barn och unga med psykisk ohälsa.

Primärvården ska vara första vägen in för barns och ungas psykiska vårdbehov

Primärvården bör vara navet i hälso- och sjukvården och den första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov. Utredningen bedömer att förslaget från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) att primärvårdens ansvar för vård och behandling för psykiska vårdbehov ska förtydligas bör införas. Det är en förutsättning för en mer likvärdig, enhetlig och tillgänglig hälso- och sjukvård för barn och unga med psykiska vårdbehov. Det bidrar också till att fler barn och unga kan få stöd tidigt i stället för att vänta på insatser från BUP och risken för att deras psykiska ohälsa förvärras. En central del i detta är att pågående och utbyggda projekt av första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa bör integreras i primärvårdsuppdraget. Utredningen bedömer att primärvårdens förutsättningar att erbjuda rätt stöd och insatser ökar genom att använda de strukturer, metoder och kompetenser som redan är uppbyggda i första linjeverksamheterna.

Insatser för att stödja utvecklingen av primärvården som första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov

Första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa behöver bli en del av primärvårdsuppdraget

Primärvården bör vara första vägen in i hälso- och sjukvården för barn och unga med psykiska vårdbehov. Det är en förutsättning för ett långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem för barn och unga. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

- Regionerna bör organisera och planera hälso- och sjukvården så att primärvården utgör första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov. I detta ingår att integrera första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa i primärvårdsuppdraget. Det handlar bland annat om att förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller behöver anpassas till en sådan utveckling.

Insatser för att stärka barn- och ungdomskompetens i primärvården

Regionerna behöver stärka primärvården med nödvändiga resurser och kompetenser för att primärvården ska kunna tillgodose barns och ungas psykiska vårdbehov. I detta bör bland annat ingå att skapa förutsättningar för tvärprofessionellt och tvärsektorielt samarbete. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

- Regionerna bör med stöd av kunskapsstyrningen och SKR komma överens om vilka psykiska vårdbehov som omfattas av primärvårdsuppdraget och därigenom skapa en nationell samsyn.
- Regionerna bör med stöd av kunskapsstyrningen och SKR komma överens om vilka kompetenser som behöver finnas i primärvården för att barn och unga med psykiska vårdbehov ska kunna få god vård.
- Regionerna bör inventera/kartlägga vilken barnkompetens som finns inom primärvårdens verksamheter och göra en långsiktig kompetensförsörjningsplan för att säkra tillgången till sådan kompetens inom primärvården. En viktig del i detta bör vara att se över förutsättningar för att samutnyttja den befintliga barnkompetens som finns inom mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna och vård- och hälsocentralerna i dag.
- Regionerna bör se till att arbetssätt och metoder för tvärprofessionellt arbete utvecklas när det gäller barns och ungas psykiska vårdbehov i primärvården. Det kan till exempel handla om att utveckla psykosociala team med psykolog och socionom och andra relevanta yrkeskategorier såsom hälsopedagog, fysioterapeut, arbetsterapeut, eller specialpedagog.
- Regionerna bör genomföra utbildningsinsatser som rustar primärvården att möta barns och ungas psykiska vårdbehov.

En nära och konsultativ specialiserad vård

Utredningen bedömer att den specialiserade vården behöver ha en tydlig konsultativ och stöttande roll i primärvården och elevhälsan. Det är en förutsättning för att barns och ungas psykiska vårdbehov

ska kunna tas om hand tidigt i vårdorganisationen. En sådan utveckling ligger i linje med omställningen till en god och nära vård. Utvecklingen av en nära och tillgänglig specialiserad vård skapar förutsättningar för en effektivare triagering av vilka barn och unga som behöver insatser i den specialiserade vården och vilka som kan få hjälp och stöd på primärvårdsnivån. En sådan effektiv triagering är ett fundament för en fungerande stegvis vård. Det leder till att fler barn och unga får rätt bedömning i ett tidigt skede och därmed tidigare ändamålsenliga insatser vid psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd. Detta innebär också att många av de barn och unga som i dag står i kö till den specialiserade vården kan få vård och stöd i den nära vården, vilket minskar köerna till och avlastar barn- och ungdomspsykiatri. Utvecklingen mot en mer nära specialiserad vård av barn och unga med psykisk ohälsa bidrar också till att höja primärvårdens kompetens att möta psykisk ohälsa hos barn och unga. Det skapar mer långsiktiga förutsättningar för primärvården att ta ansvar för barns och ungas psykiska vårdbehov. Samtidig sker en naturlig kompetensutveckling och ett ömsesidigt lärande. Den specialiserade vården har också ett behov av ett ökat generalist- och helhetsperspektiv.

Insatser för att stimulera en nära och konsultativ specialiserad vård

Utredningen ser behov av insatser för att stimulera utvecklingen av en nära och konsultativ specialiserad vård. I detta ingår bland annat att utveckla samverkan mellan primärvården, elevhälsan och den specialiserade vården och en systematisk kompetens- och kunskapsöverföring där den specialiserade vården och dess kompetenser tillgängliggörs för att stödja primärvården att utveckla uppdraget om psykisk hälsa. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

- Regionerna bör utveckla rutiner, arbetssätt och metoder för hur den specialiserade vården ska kunna bistå med konsultativa insatser i primärvården. Insatserna ska underlätta primärvårdens förutsättningar att möta fler barn och unga med psykiska vårdbehov. Det kan till exempel handla om rutiner för att göra gemensamma bedömningar, auskultationer, handledning och ut-

bildningsinsatser och att utveckla digitala former av tillgänglighet.

- Regionerna bör stimulera utvecklingen av gemensam triagering och samarbete kring en väg in i hälso- och sjukvården. Sådana projekt pågår i flera regioner, där BUP och primärvårdsnivån verkar tillsammans för en ingång vid psykisk ohälsa.

Insatser för att stimulera arbetet med effektiva vårdprocesser inom barn- och ungdomspsykiatri

Insatser behöver fortsatt genomföras för att stimulera effektiva vårdprocesser inom barn- och ungdomspsykiatri. Det handlar framför allt om prestationsbaserade insatser som är anpassade till målsättningen om den förstärkta vårdgarantin för barn och unga. Ändamålsenligheten i den förstärkta vårdgarantin till BUP kommer under året att utredas av delegationen för ökad tillgänglighet i vården (dir 2020:81) och deras förslag lämnas till regeringen 2022. Rimligen görs ett nytt ställningstagande till detta i samband med 2023 års överenskommelse. Utredningen vill också betona vikten av ett fortsatt arbete inom BUP för att öka tillgängligheten. Utredningen föreslår därför att följande insatser stimuleras:

- Regionerna och SKR bör fortsatt utveckla öppna jämförelser som en metod för att säkra kvalitet och effektivitet i barn- och ungdomspsykiatri. I detta ingår att fortsatt utveckla gemensamma nyckeltal som mäter flöden, väntetider och ändamålsenliga insatser som är av värde för patienten.
- Regionerna, kommunerna, skolhuvudmännen och SKR bör fortsatt arbeta fram och implementera effektiva ändamålsenliga vårdprocesser för stora patientgrupper som väntar på insatser från den specialiserade vården, till exempel barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder. I dessa arbeten bör fokus läggas på hela processen från tidiga symtom till specialiserad vård och behandling vilket till exempel inkluderar hälsofrämjande arbete och tidiga samordnade insatser i primärvård och skola.

Ekonomisk omfattning av föreslagna insatser

Utredningen har enligt direktivet i uppdrag att redovisa skalbara förslag på hur utökade nationella insatser kan bidra till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri. Utredningens förslag i denna del handlar om att stimulera en långsiktigt hållbar utveckling av hälso- och sjukvården som är anpassad till barn och unga med psykiska vårdbehov, i linje med omställningen till en god och nära vård. Det är inte möjligt att göra en fullständig kostnadsberäkning av sådana breda insatser som föreslås. Insatserna kan dock läggas på en mer basal nivå och handla om att utveckla rutiner eller arbetssätt eller på en mer avancerad nivå så att huvudmännen kan omsätta arbetssätt och metoder i praktiken. Utredningen bedömer att kostnaderna till exempel bör täcka projektledning, utvecklingen av arbetssätt och metoder, olika utvecklingsprojekt till exempel när det gäller partnerskap mellan primärvården och elevhälsan, en nära och konsultativ roll för den specialiserade vården och stärkt barnkompetensen och utvecklingen av teambaserade arbetssätt inom primärvården. Utredningen bedömer att stimulansmedel bör utgå med 500 000 000 kronor, 750 000 000 kronor eller 1 000 000 000 kronor beroende på regeringens ambitionsnivå. Utredningen anser det är viktigt att sambandet mellan de olika överenskommelserna tydliggörs i den mån det rör en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och psykisk hälsa. Ett förslag kan vara att det utformas en särskild överenskommelse för barn och unga som binder samman det som i dag rör god och nära vård, tillgänglighet, psykisk hälsa samt målet om en köfri BUP.

Uppföljning

Utredningen återkommer i slutbetänkandet kring hur insatserna kan följas upp med utgångspunkt från lämpliga indikatorer. En central del i uppföljningen bör handla om att säkra en långsiktig utveckling av hälso- och sjukvården och inte tillfälliga projekt. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten bör fortsatt ha uppdraget att följa, stödja och utvärdera de insatser som görs inom ramen för olika överenskommelser på området.

Sammanställning dialogmöten

Utredningen har i enlighet med vad som anges i direktivet, fört dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolvårdsmän för att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå. Dessutom har dialog förts med olika nätverk inom SKR, professions- och patientföreträdare samt andra företrädare för det civila samhället. Syftet med dialogen har varit att fånga upp svårigheter och framgångsfaktorer. Mot bakgrund av de särskilda förhållanden som pandemin inneburit för alla verksamheter har dialogmötena uteslutande genomförts digitalt. För att skapa struktur och systematik har dialogmötena utformats med utgångspunkt från fyra frågeställningar. Nedan följer en sammanställning över de inspel som lämnats under dialogmötena, fördelat per fråga.

Fråga 1: Om din organisation skulle prioritera barns och ungas hälso- och sjukvård extra mycket under ett års tid – vilka aktiviteter/insatser skulle ni satsa på?

Sätt barnet i centrum

Barnet i centrum lyftes fram vid samtliga dialogmöten. Det handlade till stor del om delaktighet och inkluderande förhållningssätt, en samlad plan för barnet, sammanhållen vårdprocess, men även behov av kunskapshöjning i bemötandefrågor och barnrättsperspektiv. Behovet en koordinator för varje barn nämndes särskilt.

Behov av föräldrainsatser

Även behovet av insatser till föräldrar lyftes fram vid samtliga dialogmöten, till exempel föräldraskapsstöd och insatser för att stärka föräldrarollen.

Tidiga insatser

Tidiga insatser lyftes fram vid samtliga dialogmöten. I detta borde proaktivt arbete, strukturerade insatser, samverkan utanför hälso- och sjukvården ingå. Barnhälsovårdens, socialtjänstens, skolans och förskolans viktiga roller nämndes särskilt. Dessutom nämndes att elevhälsans arbete med tidig upptäckt borde stärkas. Tidig upptäckt av psykisk ohälsa i skolan lyftes fram som ett förbättringsområde.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Hälsofrämjande och förebyggande arbetet lyftes fram genomgående vid dialogmötena. Det handlade bland annat om hur hälsosamtal i skolan skulle kunna utvecklas och att psykisk hälsa borde vara en del av läroplanen. Det konstaterades att skolans uppdrag att skapa goda lärandemiljöer är ett viktigt område att arbeta vidare med.

Psykisk hälsa

Området psykisk hälsa lyftes som en stor utmaning i verksamheterna vid samtliga dialogmöten. Här nämndes behov av tydligare uppdrag till vårdcentraler när det gäller psykisk hälsa. Det nämndes också att skolan behöver kunna möta lättare former av psykisk ohälsa och att psykisk hälsa borde vara en central del av hälsobesöken i skolan. Även i detta sammanhang lyftes proaktiva insatser fram, som till exempel att arbeta med friskfaktorer i skolan. Det konstaterades att ett nytt tankesätt behövs när det gäller den specialiserade vårdens uppdrag och förutsättningar. Den specialiserade vården borde i högre grad kunna erbjuda konsultativa insatser i primärvården för att primärvården ska kunna möta fler barn och unga med psykisk hälsa. Behovet av tidiga insatser lyftes fram även i

detta sammanhang och att barn och unga bör kunna få insatser redan innan en utredning inom BUP är klar.

Elevhälsan

Vid dialogmötena lyftes elevhälsans roll och förutsättningar fram i hög grad. Behovet av en mer likvärdig elevhälsa var ett genomgående tema. Vidare framfördes att elevhälsan borde förstärkas och kompletteras med viktiga kompetenser såsom exempelvis logoped, sjukgymnast, arbetsterapeut.

Samverkan och samordning

Behovet av insatser för att stärka samverkan mellan vårdverksamheter och samordningen av vårdinsatser lyftes fram vid samtliga möten. Här nämndes särskilt smidiga övergångar mellan vårdverksamheter genom strukturerade överlämning och informationsöverföring.

Det behöver vara lätt att komma i kontakt med vården

Vid dialogmötena lyftes det fram att det ska vara lätt att komma i kontakt med vården och att det ska vara tydligt vart barn och unga ska vända sig med framför allt psykiska vårdbehov. Behovet av en väg in för barn och unga nämndes särskilt.

Primärvård som första ingång

Vid flera dialogmötena påtalades behovet av att primärvårdens roll som första ingång för barn och unga i hälso- och sjukvården behöver stärkas. Inom primärvården finns mycket kompetens, men det behövs också kompetensutveckling om specifika grupper och konsultationsinsatser från den specialiserade vården.

Information

Det konstaterades att hälso- och sjukvården behöver utvecklas för att kunna möta barn och unga utifrån deras förutsättningar och behov. Barns delaktighet, anpassad information och stöd till barn och unga att själva kunna navigera i hälso- och sjukvårdssystemet nämndes särskilt liksom utvecklingen av digitala vårdtjänster.

Placerade barns behov

Företrädare för kommunala verksamheter lyfte fram placerade barns behov av ändamålsenliga insatser.

Fråga 2: För att börja med barnen måste olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet samverka. Hur samverkar ni i dag och med vilka aktörer? (Är det för många aktörer?)

Diskussionerna under denna punkt utvecklas mer under fråga 3.

Samverkan är beroende av eldsjälar

Vid flera dialogmöten framfördes att förutsättningarna för samverkan på många håll behöver stärkas och att samverkan i dag i hög grad är beroende av eldsjälar. Vidare lyftes det fram att samverkan mellan elevhälsan, BUP och socialtjänst behöver stärkas liksom mellan elevhälsa, primärvården och BUP.

Fråga 3: För att börja med barnen måste uppdrag och ansvar i hälso- och sjukvården hänga ihop med barnet i centrum – hur fungerar samverkan mellan aktörer och ansvarsfördelning hos er?

Dialoggrupperna instämde i utredningens beskrivning av problem-bild och vägen framåt.

Otydlig ansvarsfördelning

En otydlighet i ansvarsfördelning och uppdrag mellan de olika verksamheterna lyftes fram som en svårighet vid samverkan. Vid dialogmötena efterfrågades ökad tydlighet i ansvarsfördelning, av roller och uppdrag. Dessutom nämndes behovet av ökad kunskap om de olika vårdverksamheterna och uppdrag och deras förutsättningar i övrigt.

Bättre samordning

Bättre samordning av vårdprocesser nämndes som ett centralt utvecklingsområde. Behovet av ändamålsenliga ersättningsystemen som främjar samverkan nämndes särskilt. Det konstaterades också att uppföljning av samverkan behöver stärkas. Slutligen nämndes att samverkan kräver nya arbetssätt och strukturer som sätter barnet eller den unge och familj i centrum.

Fråga 4: För att börja med barnen måste vi veta mer om deras hälsa. Därför behövs statistik över barns mående och hälsa på nationell nivå. Hur mäter ni barns hälsa i dag?

Behov av samlad nationell statistik

Vid samtliga dialogmöten lyftes behovet av en samlad nationell uppföljning fram som är tillgänglig och uppdateras löpande. Detta sågs som ett område med stor utvecklingspotential. Det konstaterades att det i dag inte finns några bra förutsättningar för att följa upp barns hälsa varse sig på individuell eller aggregerad nivå.

Det lyftes fram att fullföljd skolgång eller fullständiga betyg och orosanmälningar borde följas upp mer systematiskt. Sjukdom mäts i högre grad än hälsa. För medicinska diagnoser finns ofta register inom den specialiserade vården.

På flera håll i landet mäts barns och ungas hälsoutveckling genom enkäter i skolklasser. Det förekommer att denna information delas med regionen. Några exempel på bra uppföljning nämns, bland annat tandvårdens uppföljning av kariesfria barn, uppföljningen Liv och

hälsa ung (om hälsoutveckling), Region Västerbottens enkät för 3-åringar som mäter psykisk hälsa, levnadsvanor och behov av stöd.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialsolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

- En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]
- Ett moderniserat konsumentskydd. [17]
- Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Infrastrukturdepartementet

- Säker och kostnadseffektiv it-drift
rättsliga förutsättningar för
utkontraktering. [1]
- Vem kan man lita på? Enkel och ändamåls-
enlig användning av betrodda tjänster
i den offentliga förvaltningen. [9]
- Ökade möjligheter att förhindra illegal
handel via post. [29]
- Kontroller på väg. [31]

Justitiedepartementet

- Krav på kunskaper i svenska och
sällskapskunskap för svenskt
medborgarskap. [2]
- Ett förbättrat system för arbetskrafts-
invandring. [5]
- Förstärkt skydd för väljarna vid röst-
mottagningen. [7]
- Andra chans för krisande företag
– En ny lag om företagsrekonstruktion.
[12]
- En teknikneutral grundlagsbestämmelse
för regeringsbeslut. [13]
- Föreningsfrihet och terroristorganisationer.
[15]
- Bolags rörlighet över gränserna.
Volym 1 & 2. [18]
- Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av
brottmålsdomar mot tredjelandsmed-
borgare. [20]

- Struktur för ökad motståndskraft. [25]
- Ett förbud mot rasistiska organisationer.
[27]

Kulturdepartementet

- Immunitet för utställningsföremål. [28]

Miljödepartementet

- Radiologiska skador – skadestånd,
säkerheter, skadereglering. [10]
- En klimatanpassad miljöbalk för samtiden
och framtiden. [21]
- Äga avfall
– en del av den cirkulära ekonomin. [24]
- Använd det som fungerar. [26]

Socialdepartementet

- Informationsöverföring inom vård och
omsorg. [4]
- God och nära vård. Rätt stöd till psykisk
hälsa. [6]
- När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jäm-
lik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor
+ Sammanfattning (häfte). [8]
- Boende på (o)lika villkor – merkostnader
i bostad med särskild service för vuxna
enligt LSS. [14]
- En stärkt försörjningsberedskap för hälso-
och sjukvården. Del 1 och 2. [19]
- Hårdare regler för nya nikotinprodukter.
[22]
- Börja med barnen! En sammanhållen god
och nära vård för barn och unga. [34]

Utbildningsdepartementet

- Skolbibliotek för bildning och utbildning.
[3]

Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]

Kampen om tiden
– mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]

...atör med skolb
...igare att IKA S
...aktiviteter
Vuxna ska bli
strängare när det
gäller mobbing
Man ska spi
BUP och BRIS
APP som finns

Om man inte har någon familjemedlem,
eller inte känner för att kunna prata med
"kanske för att de tex misbrukar eller något
i den stilen", så kan man vända sig till
någon man känner i tex skolan och känner
trygghet till dem. Tex kurator, skolsköterskan,
mentor eller någon lärare du gillar; någon du
vännor empati med, eller någon du länge har känt.
Så skolan är ett annat alternativ att prata om,
eftill inte har någon föräldrar att prata med.

Vården,
frivilliga
organisationer,
sambandet.

Man behöver inte må jätte dåligt för att prata
med tex Bris, BUP, varken eller något liknande.
Man kan tex prata om att man har förlorat en
familjemedlem, en person nära sig o.s.v. men ifall
man blir, när något depression eller bara mår
extremt dåligt OCH inte vill visa/prata om det
personligt, så kan man vända sig till BRIS, för
att det är obekvämt att prata med en "främling" och
inte vet vem personen är, så kanske man inte
vågar uttrycka sig lika mycket.

Om du är blyg, introvert, tystlåten och inte är
så social och föredrar hellre att skriva än att
prata så kan du chatta med tex BRIS, men om du
tycker någon obekvämt så kan man chatta med någon i
skolan, eller kanske skriva brev,
ifall du dock vill prata hellre så kan du prata med
någon tumenhand/öga mot öga och prata ut
om du vill! KOM IHÅG! Du behöver inte ens må
jätte dåligt för att prata ut.

Da kan prata
med en person som
är nära sig Tex lär-
are, grannar, vän osv
Kar och om du inte får
inte ska vara vem du är
Kan du fråga med bris in
om du vill säga dina känslor

Jag skulle
gå till mina för-
äldrar för att de
finns för mig och
de är de närmaste
till mig Jag skulle
inte låta på en fr
för att bala för



Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

2241 (2870)

ISBN 978-91-525-0093-4 ISSN 0375-250X

Omslag: Elanders Sverige AB
Bild: Agneta S Öberg
Foto: från utredningens arbete med unga. Bilderna kommer
just från utredningens dialoger med barn och unga.



9

Svar på remiss – Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar (SOU 2021:43)

21RS5837

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning , Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS5837

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Svar på remiss – Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar (SOU 2021:43)

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att förslag till svar godkänns som Region Örebro läns svar till
Justitiedepartementet, samt

att paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Sammanfattning

I dagsläget är läkare inom offentlig hälso- och sjukvård skyldiga att utföra spårsäkring efter sexualbrott på begäran från Polismyndigheten, enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen. Det saknas dock skyldighet att utföra spårsäkring utan sådan begäran, om en enskild söker vård själv efter ett sexuellt övergrepp. Utredningen föreslår därför att en ny lag införs vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott.

Region Örebro län arbetar redan i enlighet med utredningens förslag och bedömer att lagförslaget inte innebär någon större skillnad mot nuvarande rutiner.

Ärendebeskrivning

Utredningen konstaterar att hälso- och sjukvården utför spårsäkringar oavsett om det sker på begäran av Polismyndigheten eller efter önskemål från den enskilde. För att klargöra ansvaret för hälso- och sjukvårdens spårsäkring när det inte finns polisanmälan och för att stärka patientsäkerheten menar utredningen att särskild rättslig reglering behövs och föreslår att en ny lag införs.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS5837

Förslag till lag innebär bland annat att regionen ansvarar för spårsäkring av person som utsatts för eller kan ha utsatts för sexualbrott och uppgiften får endast utföras inom ramen för regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet och inte överlämnas till privata aktörer. Lagen innehåller bland annat bestämmelser om att regionen är skyldig att spara fynd och prover i två år om de inte dessförinnan begärs ut tidigare av Polismyndighet eller åklagarmyndighet, information och samtycke gällande spårsäkring och utlämnande, bestämmelser om samtycke samt bestämmelser om utlämnande av prover och fynd. Utredningen föreslår att lagen träder i kraft 1 januari 2023. I relation till förslag om lag gällande spårsäkring föreslår utredningen även ändringar i patient-säkerhetslag, patientdatalag och patientskadslag.

Då Region Örebro län redan i nuläget utför spårsäkring även när begäran saknas från Polismyndigheten, samt sparar proverna i två år, innebär inte lagförslaget någon större skillnad mot nuvarande rutiner.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Utredningens förslag innebär att hälso- och sjukvårdens uppdrag tydliggörs och regleras, vilket bidrar till en mer jämlik vård.

Ekonomiska konsekvenser

Finansiering ska enligt utredningens förslag ske enligt finansieringsprincipen. Region Örebro län anser att det är positivt att finansieringsprincipen används, eftersom det innebär att regionerna ska ersättas för kostnader som uppstår då regering och riksdag ålägger regionerna nya ansvarsområden eller uppgifter.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-09-29
Förslag till svar på remissen
Remissen

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälsa- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enele

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS5837

Skickas till:

Justitiedepartementet, ju.remissvar@regeringskansliet.se samt
ju.L5@regeringskansliet.se
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen, ledning
Regionkansliet

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enele

Sammanträdesdatum
2021-09-29

Beteckning
Dnr: 21RS5837

Er beteckning

Regeringskansliet, Justitiedepartementet

103 33 Stockholm

Svar på remiss – Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar (SOU 2021:43)

Region Örebro län (Regionen) ställer sig positiv till utredningens lagförslag gällande hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott. Inom Region Örebro läns kvinnoklinik utförs redan spårsäkring även när begäran från Polismyndigheten saknas. Proverna sparas sedan på Kvinnoklinikens mottagning i två år. Således bedömer Regionen att lagförslaget inte innebär någon större skillnad mot nuvarande rutiner.

För Region Örebro län



Justitiedepartementet
Straffrättsenheten
Ida Olsson

Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar (SOU 2021:43)

Remissinstanser

Amnesty International, svenska sektionen

Anhöriga till sexuellt utnyttjade barn (ATSUB)

Barnombudsmannen

Bris – Barnens rätt i samhället

Brottsförebyggande rådet

Brottsofferjouren Sverige

Brottsoffermyndigheten

Child10

Diskrimineringsombudsmannen

Domstolsverket

ECPAT Sverige

Fattal

Fatta Man

Folkhälsomyndigheten

FUB För barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning

Funktionsrätt Sverige

Föreningen Inte din hora

Föreningen Tillsammans

Förvaltningsrätten i Falun (kap. 9)

Förvaltningsrätten i Malmö (kap. 9)

Göteborgs universitet (Institutionen för socialt arbete)

Hovrätten för Övre Norrland

Hovrätten över Skåne och Blekinge

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) (kap. 9)

Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)

Justitiekanslern

Jämställdhetsmyndigheten

Kammarrätten i Stockholm (kap. 9)

Kriminalvården

Kvinnofronten

Linköpings universitet (Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum)

Lunds tingsrätt

Länsstyrelsen i Kronobergs län

Länsstyrelsen i Östergötlands län

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) (kap. 9)

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (kap. 9)

Män

Plattformen Civila Sverige mot människohandel

Polismyndigheten

Region Dalarna (kap. 9)

Region Kalmar län (kap. 9)

Region Norrbotten (kap. 9)

Region Skåne (kap. 9)

Region Stockholm (kap. 9)

Region Örebro län (kap. 9)

Riksdagens ombudsmän

Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter (RFSI)

Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)

Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (Roks)

Riksorganisationen Män för Jämställdhet

Rädda Barnen

Rädda Barnens Ungdomsförbund

Rättsmedicinalverket (kap. 9)

Samordningen Metoouppropen

Socialstyrelsen

Solna tingsrätt

Statens institutionsstyrelse

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) (kap. 9)

Statens medieråd

Statskontoret (kap. 9)

Stiftelsen Allmänna Barnhuset

Stockholms universitet (Juridiska institutionen och Kriminologiska institutionen)

Stödcentrum Humlegården

Surfa Lugnt

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) (kap. 9)

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP)

Svenska Läkaresällskapet (kap. 9)

Svenskt Nätverk för Forensisk Omvårdnad (kap. 9)

Sveriges advokatsamfund

Sveriges Domareförbund

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) (kap. 9)

Sveriges Kvinnolobby

Sveriges läkarförbund (kap. 9)

Södersjukhuset (Akutmottagning för våldtagna)

Talita

Traumamottagning Elefanten Universitetssjukhuset Linköping

Unizon

Uppsala universitet (Juridiska institutionen och Nationellt centrum för kvinnofrid)

Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (kap. 9)

WONSA, World of No Sexual Abuse

World Childhood Foundation

Åklagarmyndigheten

Örebro tingsrätt

Remissvaren ska ha kommit in till Justitiedepartementet **senast den 4 oktober 2021**. Svaren bör lämnas per e-post till ju.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till ju.L5@regeringskansliet.se. Ange diarienummer Ju2021/02201 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett [beställningsformulär hos Elanders Sverige AB](#).

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Mikaela Bexar
Ämnesråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar

BETÄNKANDE AV
2020 ÅRS SEXUALBROTTSUTREDNING

2253 (2870)



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:43

Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar

Betänkande av 2020 års sexualbrottsutredning

Stockholm 2021



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:43

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0116-0 (tryck)

ISBN 978-91-525-0117-7 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Justitiedepartementet

Regeringen beslutade den 30 januari 2020 att ge en särskild utredare i uppdrag att bl.a. se över bestämmelsen om sexuellt ofredande och överväga om ett grovt brott bör införas, analysera och se över principerna för och bestämmelserna som rör straffansvaret för sexualbrott på distans samt för utnyttjande av barn för sexuell posering, analysera om samlagsbegreppet i 6 kap. brottsbalken behöver förändras, se över straffskalorna för sexualbrotten i 6 kap. brottsbalken och lämna förslag på de förändringar som kan behövas för att dessa i tillräcklig mån ska spegla brottets allvar samt utreda vissa frågor om spårsäkring efter sexualbrott (dir 2020:5).

Den 9 juli 2020 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv för utredningen. Av dessa följer att utredaren även har i uppdrag att föreslå förändringar i straffskalan för köp av sexuell tjänst som innebär att minimistraffet höjs från böter till fängelse (dir. 2020:75). Hovrättsrådet Göran Nilsson förordnades fr.o.m. den 30 januari 2020 att vara särskild utredare.

Den 18 februari 2020 förordnades Maria Hölcke (Stockholms tingsrätt), Ulf Hjerpe (Brottsoffermyndigheten), Ulrika Andersson (Lunds universitet), Lars Lewenhagen (Brottsförebyggande rådet), Gustaf Ljungström (Advokatfirman Defens AB), Magnus Öhrn (Åklagarmyndigheten), Ginger Johansson (Åklagarmyndigheten), Shriti Radia (Socialstyrelsen) som experter samt Kajsa Johansson (justitiedepartementet) som sakkunnig i utredningen.

Genom beslut den 5 mars 2020 förordnades Ida Olsson (justitiedepartementet) som sakkunnig i utredningen. Den 24 juni 2020 förordnades Anna Lindström (Polismyndigheten) som expert i utredningen. Den 1 september 2020 entledigades Shriti Radia från

sitt uppdrag och i stället förordnades den 2 september 2020 Kristina Swiech (Socialstyrelsen) som expert i utredningen.

Hovrättsassessorn Anna Fahleryd har varit sekreterare fr.o.m. den 30 januari 2020. Kammarrättsassessorn Ewa Nordström har varit sekreterare fr.o.m. den 1 juni 2020.

Experterna och de sakkunniga i utredningen har aktivt deltagit i arbetet med detta betänkande. Betänkandet har därför utformats i vi-form. Detta innebär inte att samtliga experter i alla delar står bakom de slutsatser som redovisas i betänkandet. I väsentliga delar är utredningen ense. Jag är dock ensam ansvarig för de överväganden och förslag som betänkandet innehåller.

Experterna Ulrika Andersson, Lars Lewenhagen och Gustaf Ljungström har avgett ett särskilt yttrande.

Göteborg i maj 2021

Göran Nilsson

/Anna Fahleryd
Ewa Nordström

Innehåll

Sammanfattning	19
Summary	33
1 Författningsförslag	51
1.1 Förslag till lag om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott	51
1.2 Förslag till lag om ändring i rättegångsbalken (1942:740).....	54
1.3 Förslag till lag om ändring i brottsbalken (1962:700)	56
1.4 Förslag till lag om ändring i patientskadelagen (1996:799).....	66
1.5 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355).....	67
1.6 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	71
2 Utredningens uppdrag och arbete	73
2.1 Vårt uppdrag.....	73
2.2 Vårt arbete	73
2.3 Betänkandets disposition.....	74

3	Bakgrund	77
3.1	Inledning	77
3.2	Den gällande sexualbrottslagstiftningen	77
3.3	Utvecklingen av sexualbrottslagstiftningen	81
3.3.1	Inledande kommentarer	81
3.3.2	2005 års ändringar	82
3.3.3	2013 års ändringar	83
3.3.4	2018 års ändringar	84
3.4	Svenska domstolars behörighet	86
3.5	Unionsrättsliga och internationella förpliktelser	87
3.5.1	Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen)	87
3.5.2	Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet, CETS nr 210 (Istanbulkonventionen)	88
3.5.3	Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp, CETS nr 201 (Lanzarotekonventionen)	89
3.5.4	Europaparlamentets och rådets direktiv om bekämpande av sexuella övergrepp mot barn, sexuell exploatering av barn och barnpornografi samt om ersättande av rådets rambeslut (direktiv 2011/93/EU, 2004/68/RIF av den 13 december 2011)	90
4	Samlagsbegreppet	91
4.1	Uppdraget	91
4.2	Relevanta bestämmelser i BrB och samlagsbegreppets innebörd	91
4.3	Bakgrund	92
4.3.1	Äldre lagstiftningsprocesser	92
4.3.2	2005 års ändringar	93
4.3.3	2013 års ändringar	94

4.3.4	2018 års ändringar.....	97
4.4	Praxis.....	98
4.5	Vilka handlingar avses med begreppet ”annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag”?.....	99
4.6	Utländsk rätt	100
4.7	Behöver samlagsbegreppet förändras?.....	102
4.8	Olika alternativ.....	104
4.8.1	Alternativ 1 – en straffbestämmelse utan jämförelsenorm.....	104
4.8.2	Alternativ 2 – en straffbestämmelse med exempel i lagtexten på vad som är samlag	105
4.8.3	Alternativ 3 – att i lagtexten lägga till ”vaginala, orala och anala” men att straffbestämmelsen i övrigt har kvar sin lydelse.....	106
4.8.4	Alternativ 4 – en delvis mer könsneutral bestämmelse	107
4.8.5	Överväganden	107
4.9	Följdändring i 6 kap. 7 §	110
5	Distansbrotten	111
5.1	Inledning.....	111
5.1.1	Uppdraget	111
5.1.2	Behovet av en översyn av distansbrotten	112
5.2	Tidigare lagstiftningsarbete	114
5.2.1	2005 års ändringar.....	114
5.2.2	2013 års ändringar.....	115
5.2.3	2018 års ändringar.....	118
5.3	Praxis.....	121
5.3.1	Inledande kommentarer	121
5.3.2	NJA 2015 s. 501	122
5.3.3	Svea hovrätts dom den 19 april 2016 i mål nr B 1328-16.....	122

5.3.4	Svea hovrätts dom den 15 december 2017 i mål nr B 9189-17 (RH 2018:6)	123
5.3.5	Svea hovrätts dom den 16 april 2018 i mål nr B 11734-17.....	124
5.3.6	Hovrätten för Nedre Norrlands dom den 22 maj 2018 i mål nr B 284-18	125
5.3.7	NJA 2018 s. 1103.....	126
5.3.8	Hovrätten för Västra Sveriges dom den 20 april 2019 i mål nr B 1756-19.....	127
5.3.9	Göta hovrätts dom den 26 april 2019 i mål nr B 754 19.....	128
5.3.10	Svea hovrätts dom den 22 oktober 2019 i mål nr B 8435-19	129
5.3.11	Svea hovrätts dom den 24 januari 2020 i mål nr B 5957-19	130
5.3.12	Stockholms tingsrätts dom den 22 april 2020 i mål nr B 1790-18	130
5.4	Olika former av deltagande i utförandet av brottet	131
5.4.1	Inledning.....	131
5.4.2	Gärningsmannaskap och annan medverkan till brott.....	133
5.5	Nordisk rätt	137
5.5.1	Inledande kommentarer.....	137
5.5.2	Norsk lagstiftning	137
5.5.3	Dansk rätt	140
5.5.4	Finsk rätt	141
5.5.5	Slutsatser.....	142
5.6	Studier hur distansbrotten påverkar offret	142
5.6.1	Linköpings universitets rapport ”Barn utsatta för sexuella övergrepp på nätet”	142
5.6.2	Barn och sexuella övergrepp via IT, Erfarenheter från Onlineprojektet på BUP-Elefanten i Linköping.....	143
5.6.3	Europols rapport ”Internet Organised Crime Threat Assessment” 2016	144
5.6.4	Sammanfattning av utförda studier.....	144
5.7	Rättsläget för sexualbrott på distans	145

5.7.1	Inledande kommentarer	145
5.7.2	De särskilda typfallen	145
5.7.3	Analys och slutsatser utifrån domstolsavgöranden.....	149
5.7.4	Slutsatser	153
5.8	Problem som uppstår med dagens tillämpning	154
5.8.1	Inledande kommentarer	154
5.8.2	Likvärdiga fall bedöms inte lika.....	154
5.8.3	Lagstiftningens syften tillgodoses inte fullt ut ...	155
5.8.4	Bristande tydlighet i lagstiftningen	157
5.8.5	Slutsats	157
5.9	Vilka principer bör gälla för sexualbrott som begås på distans	158
5.9.1	Inledande kommentarer	158
5.10	Den framtida regleringen av sexualbrott som sker på distans	161
5.10.1	Det krävs lagändringar för att principerna vid distansbrott ska kunna upprätthållas.....	161
5.10.2	Olika alternativa lösningar	163
5.10.3	Utredningens överväganden och förslag.....	164
5.10.4	En särreglering för distansbrotten som ett alternativ?	173
6	Sexuellt ofredande.....	175
6.1	Inledning.....	175
6.2	Straffbestämmelsens innehåll	175
6.3	Bakgrunden till den nuvarande bestämmelsen om sexuellt ofredande	178
6.3.1	Kortfattad översikt över lagstiftningen före år 2005	178
6.3.2	Lagstiftningsarbetet som ledde fram till ändringarna år 2005.....	179
6.3.3	Överväganden i samband med ändringarna av 6 kap. BrB år 2013	181
6.3.4	Överväganden i samband med ändringarna av 6 kap. BrB år 2018	182

6.4	Avgöranden från Högsta domstolen.....	183
6.4.1	Inledande kommentarer.....	183
6.4.2	NJA 2013 s. 548	184
6.4.3	NJA 2016 s. 129	184
6.4.4	NJA 2017 s. 393, ”Rulltrappan”	185
6.4.5	NJA 2018 s. 443, ”Den oönskade beröringen I”	187
6.4.6	NJA 2018 s. 1091, ”Den oönskade beröringen II”	188
6.5	Straffbestämmelsens tillämpning i praktiken.....	188
6.5.1	Inledande kommentarer.....	188
6.5.2	Blottningsfallen	190
6.5.3	Handlanden som innefattar att gärningsmannen onanerar på sig själv.....	191
6.5.4	Beröring i första stycket respektive handling som innebär beröring i andra stycket	192
6.5.5	Barn som förmås bevittna sexuella övergrepp eller sexuella handlingar	194
6.5.6	Fotografering.....	195
6.5.7	Gärningsmannens avsikt (yttranden och skriftliga kontakter)	198
6.5.8	Ageranden på distans via internet eller mobiltelefon	200
6.6	Analys av straffbestämmelsen.....	200
6.6.1	Inledande kommentarer.....	200
6.6.2	Generell analys av lydelsen – är straffbestämmelsen tillräckligt tydlig?	201
6.6.3	Straffbestämmelsens syfte	202
6.6.4	Senaste årens praxis.....	203
6.6.5	Ska straffbestämmelsen även fortsättningsvis utgå från en objektiv bedömning?.....	204
6.6.6	Beröringar	205
6.6.7	Yttranden med sexuell anspelning	206
6.7	Straffskydd mot smygfotografering och senare hantering av sådana fotografier.....	209
6.7.1	Inledande kommentarer.....	209
6.7.2	Kränkande fotografering – 4 kap. 6 a § BrB.....	210

6.7.3	Olaga integritetsintrång – 4 kap. 6 c § BrB	212
6.7.4	Barnpornografibrott – 16 kap. 10 a § BrB	214
6.7.5	Ofredande – 4 kap. 7 § BrB	215
6.7.6	Brottsförebyggande rådets rapport ”Kränkande fotografering. En uppföljning av lagens tillämpning. Rapport 2019:7”	215
6.7.7	Överväganden beträffande smygfotografering....	217
6.8	Tidigare kritik – bör paragrafen delas upp?	222
6.9	Osjälvtändiga brottsformer	224
6.10	Barnfridsbrott.....	224
7	Utnyttjande av barn för sexuell posering	227
7.1	Inledning.....	227
7.2	Straffbestämmelsens innehåll	227
7.3	Förfaranden	229
7.3.1	Prop. 1983/84:105.....	229
7.3.2	Prop. 1994/95:2.....	229
7.3.3	SOU 2001:14	230
7.3.4	Prop. 2004/05:45.....	231
7.3.5	Senare lagstiftningsärenden.....	232
7.4	Det behövs fortfarande ett särskilt poseringsbrott	233
7.5	Praxis.....	235
7.5.1	Inledande kommentarer	235
7.5.2	NJA 2011 s. 386.....	236
7.5.3	RH 2016:58	236
7.5.4	Göta hovrätts dom den 5 oktober 2018 i mål nr B 2276–18.....	237
7.5.5	Svea hovrätts dom den 25 mars 2019 i mål nr B 8007–18.....	238
7.5.6	Hovrätten för Västra Sveriges dom den 20 april 2019 i mål nr B 1756–19	238
7.5.7	Svea hovrätts dom den 26 augusti 2019 i mål nr B 7173–19	239
7.6	Reformbehovet	239

7.6.1	Straffbestämmelsen är i stort ändamålsenlig men vissa frågor bör övervägas särskilt.....	239
7.6.2	Rekvisiten utföra, medverka och posera.....	242
7.7	Bestämmelsens framtida utformning	245
7.7.1	Principer för straffansvar	245
7.7.2	Vilka gärningar ska omfattas av straffbestämmelsen?.....	246
7.8	Brottskonkurrens	248
8	Översyn av straffskalorna i 6 kap. brottsbalken	253
8.1	Uppdraget	253
8.2	Generella utgångspunkter för övervägandena om förändringar av straffskalorna	254
8.3	Straffskalor och straffvärde.....	256
8.4	Hur uppnås en ändrad straffnivå?	258
8.5	Utvecklingen av straffnivåerna för sexualbrotten	259
8.6	Tillgänglig statistik och underlag.....	261
8.6.1	Brås årliga kriminalstatistik	261
8.6.2	Återfall i brott	263
8.6.3	Brottsförebyggande rådets rapport 2020:6 ”Den nya samtyckeslagen i praktiken, En uppföljning av 2018 års förändringar av lagreglerna rörande våldtäkt”	264
8.6.4	Brottsförebyggande rådets kortanalys 2015:4 ”Utdömda strafftider – en jämförelse av fullbordade brott och försöksbrott”	265
8.6.5	Brottsförebyggande rådets rapport 2014:6 ”Skärpta straff för allvarliga våldsbrott – Utvärdering av 2010 års straffmättningsreform”	266
8.7	Riksdagens tillkännagivanden.....	266
8.8	Behovet av ändringar i straffskalorna.....	267
8.8.1	Inledande överväganden	267
8.8.2	Synen på sexualbrotten har skärpts.....	268

8.8.3	Den skärpta synen har också fått genomslag i lagstiftningen	269
8.8.4	Betydelsen av att straffnivåerna förändrats för andra brottstyper	272
8.8.5	Motiverar andra hänsyn skärpningar av straffskalorna för sexualbrotten?	274
8.8.6	Den parlamentariska aspekten	277
8.9	Våldtäkt, grov våldtäkt och oaktsam våldtäkt.....	278
8.9.1	Brotten, straffskalorna och gränsdragningen mellan de olika gradindelningarna	278
8.9.2	Våldtäkt.....	279
8.9.3	Mindre grov våldtäkt	286
8.9.4	Grov våldtäkt	288
8.9.5	Oaktsam våldtäkt.....	288
8.10	Sexuellt övergrepp, grovt sexuellt övergrepp och oaktsamt sexuellt övergrepp.....	289
8.10.1	Brotten, straffskalorna och gränsdragningen	289
8.10.2	Oaktsamt sexuellt övergrepp	292
8.11	Våldtäkt mot barn, grov våldtäkt mot barn och sexuellt utnyttjande av barn	293
8.11.1	Brotten, straffskalorna och gränsdragningen mellan de olika gradindelningarna	293
8.11.2	Våldtäkt mot barn.....	294
8.11.3	Grov våldtäkt mot barn.....	296
8.11.4	Sexuellt utnyttjande av barn.....	296
8.12	Sexuellt övergrepp mot barn och grovt sexuellt övergrepp mot barn	298
8.12.1	Brotten, straffskalorna och gränsdragningen mellan de olika gradindelningarna	299
8.12.2	Sexuellt övergrepp mot barn.....	300
8.12.3	Grovt sexuellt övergrepp mot barn	302
8.13	Utnyttjande av barn för sexuell posering och grovt utnyttjande av barn för sexuell posering	304
8.13.1	Brotten, straffskalorna och gränsdragningen	304
8.13.2	Överväganden och förslag.....	305

8.14	Sexuellt ofredande, sexuellt ofredande mot barn och grovt sexuellt ofredande.....	307
8.14.1	Sexuellt ofredande och sexuellt ofredande mot barn	307
8.14.2	Grovt sexuellt ofredande	311
8.14.3	Sexuellt ofredande som fridskränkingsbrott eller olaga förföljelse	320
8.15	Köp av sexuell tjänst.....	322
8.16	Utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling	328
8.17	Övriga brott i 6 kap.	334
9	Spårsäkring efter sexualbrott.....	335
9.1	Bakgrund och uppdraget.....	335
9.1.1	Inledning.....	335
9.1.2	Socialstyrelsens utredning om hälso- och sjukvårdens spårsäkring vid sexualbrott	335
9.1.3	Uppdraget.....	337
9.2	Spårsäkring och rekommendationer avseende hälso- och sjukvårdens spårsäkring	338
9.2.1	Inledning.....	338
9.2.2	Spårsäkringssats efter sexuella övergrepp.....	338
9.2.3	Nationellt centrum för kvinnofrid vid Uppsala universitet	339
9.2.4	Omhändertagande av offer för sexuella övergrepp och spårsäkring enligt NCK:s handbok	340
9.3	Gällande rätt m.m.	341
9.3.1	Inledning.....	341
9.3.2	Övergripande lagstiftning.....	341
9.3.3	Lagstiftning m.m. inom hälso- och sjukvårdens område	342
9.3.4	Lagstiftning m.m. inom Polismyndighetens område	353
9.3.5	Lagstiftning m.m. som avser andra aktörer	356

9.4	Samtycke till undersökningar och spårsäkring i samband med omhändertagande av offer för sexuella övergrepp.....	358
9.4.1	Inledning.....	358
9.4.2	Bestämmelser om samtycke i patientlagen	358
9.4.3	Bestämmelser om samtycke vid undersökningar och spårsäkring efter en polisanmälan om sexualbrott	359
9.4.4	Bestämmelser om samtycke avseende barn.....	360
9.5	Sekretess och tystnadsplikt för hälso- och sjukvårdspersonal.....	363
9.5.1	Inledning.....	363
9.5.2	Gällande rätt	363
9.6	Personuppgiftsbehandling m.m. vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring.....	365
9.6.1	Inledning.....	365
9.6.2	Bakgrund.....	365
9.6.3	Rättsliga utgångspunkter vid personuppgiftsbehandling.....	367
9.6.4	Dataskyddsförordningen m.m.....	369
	Brottsdatalagen	379
9.7	Dokumentation i patientjournalen enligt patientdatalagen	384
9.8	Tillsyn.....	385
9.8.1	Hälso- och sjukvården.....	385
9.8.2	Polismyndigheten.....	386
9.9	Hälso- och sjukvårdens ansvar för spårsäkring vid omhändertagande av offer för sexuella övergrepp	386
9.10	Överväganden och förslag.....	387
9.10.1	Ny lag om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott.....	387
9.10.2	Spårsäkring och hälso- och sjukvård	391
9.10.3	Regionen ska åläggas ansvaret för hälso- och sjukvårdens spårsäkring	395
9.10.4	Regionen ska ansvara för spårsäkring samt för att proverna och fynden sparas i två år.....	400

9.10.5	Förhållandet till hälso- och sjukvårdslagstiftning	405
9.10.6	Information till patienten	412
9.10.7	Samtycke till spårsäkring	413
9.10.8	Förhållandet till sekretessbestämmelser	419
9.10.9	Utlämnande av proverna och fynden från en spårsäkring	420
9.10.10	Behandling av personuppgifter samt dokumentation i patientjournalen	422
9.10.11	Tillsyn över hälso- och sjukvårdens spårsäkring	433
9.10.12	Bemyndiganden	435
9.11	Konsekvenser av nollalternativet	438
10	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	439
10.1	Ikraftträdande	439
10.2	Övergångsbestämmelser	439
11	Förslagets konsekvenser	441
11.1	Inledning	441
11.2	Vilka berörs av våra förslag	441
11.2.1	Personer som åtalas för brott, brottsoffer m.fl. ..	441
11.2.2	Rättsväsendet, inklusive de brottsbekämpande myndigheterna samt andra myndigheter	443
11.2.3	Offentliga försvarare och målsägandebiträden....	443
11.3	Den kommunala självstyrelsen	444
11.4	Ekonomiska konsekvenser	445
11.4.1	Inledning	445
11.4.2	Förslagen om ändringar i 6 kap. BrB (avsnitt 4–8)	445
11.4.3	Finansiering	466
11.4.4	Spårsäkring	467
11.5	Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet	471

11.6	Jämställdhet.....	472
11.7	Konsekvenser för barn.....	474
11.8	Konsekvenser för företag	476
11.9	Övriga konsekvenser	476
12	Författningskommentar	477
12.1	Förslaget till lag om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott	477
12.2	Förslaget till lag om ändring i rättegångsbalken (1942:740).....	484
12.3	Förslaget till lag om ändring i brottsbalken (1962:700)	486
12.4	Förslaget till lag om ändring i patientskadelagen (1996:799).....	505
12.5	Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355).....	507
12.6	Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	507
	Särskilt yttrande	509
	Bilagor	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2020:5	515
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2020:75	529

Sammanfattning

Uppdraget

Den 30 januari 2020 beslutade regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att

- se över bestämmelsen om sexuellt ofredande och överväga om ett grovt brott bör införas,
- analysera och se över principerna för och bestämmelserna som rör straffansvaret för sexualbrott på distans samt för utnyttjande av barn för sexuell posering,
- analysera om samlagsbegreppet i 6 kap. brottsbalken behöver förändras,
- se över straffskalorna för sexualbrotten i 6 kap. och lämna förslag på de förändringar som kan behövas för att dessa i tillräcklig mån ska spegla brottets allvar, och
- utreda vissa frågor om spårsäkring efter sexualbrott.

Den 9 juli 2020 beslutade regeringen genom tilläggsdirektiv att även ge utredaren i uppdrag att föreslå förändringar i straffskalan för köp av sexuell tjänst som innebär att minimistraflet höjs från böter till fängelse.

Samlagsbegreppet

Uppdraget i denna del har varit att analysera om samlagsbegreppet i 6 kap. behöver förändras med hänsyn till intresset av att lagstiftningen ska vara så könsneutral som möjligt och i det sammanhanget

analysera lämpligheten att använda vaginalt samlag som jämförelsenorm för avgränsning av de allvarligaste sexualbrotten.

Begreppet samlag i brottsbalken avser endast vaginala samlag. Anala och orala samlag anses vid tillämpningen av våldtäktsbestämmelsen utgöra ”annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag”.

Vi anser att dagens samlagsbegrepp behöver ändras så att det inte längre utgår från en heterosexuell norm utan blir mer könsneutralt. Därför föreslår vi att det uttryckligen ska anges i straffbestämmelserna om våldtäkt och våldtäkt mot barn att de avser vaginalt, oralt och analt samlag. På det sättet blir straffbestämmelserna mer könsneutrala. Avsikten är dock inte att förändra tillämpningsområdet.

Förslaget medför behov av ändringar i vissa andra straffbestämmelser som även i fortsättningen bara ska ta sikte på vaginala samlag.

Distansbrotten

Uppdraget

Uppdraget i denna del har varit att se över och analysera principerna för sexualbrott på distans. Med distansbrott har vi avsett brott som begås utan att gärningsmannen och offret befinner sig på samma plats. Behovet av denna översyn grundar sig i att samhället på relativt kort tid har blivit mer digitaliserat och internet har blivit en arena för utnyttjande av människor, inte minst av barns och ungdomars sexuella integritet.

Högsta domstolen har behandlat distansbrotten i två avgöranden. I det första, NJA 2015 s. 501, anförde domstolen att straffansvar enligt bestämmelsen om sexuellt övergrepp mot barn kan föreligga om gärningsmannen på ett betydande sätt påverkat eller styrt händelseförloppet. I målet dömdes en man för sexuellt övergrepp mot barn efter att han förmått barnet att utföra sexuella handlingar på sig själv. Mannen närvarade i realtid via Skype.

I det andra, NJA 2018 s. 1103, konstaterade Högsta domstolen att en förutsättning för att rekvisitet ”genomföra” skulle vara uppfyllt är att gärningsmannen i realtid på något sätt deltar i övergreppet. Gärningsmän som genom påtryckningar förmår offret att utföra sexualhandlingar på sig själv i enrum för att senare skicka dessa till gärningsmannen kan därför inte straffas för våldtäkt eller

sexuellt övergrepp (eller motsvarande brott mot barn). Eftersom det hade förelegat ett tidsuppdelat förlopp i det aktuella målet kunde den tilltalade inte dömas för sexuellt övergrepp.

Vi har gjort våra överväganden utifrån dessa avgöranden och senare års omfattande underrättspraxis på området.

Problem med dagens lagstiftning

Vid den genomgång av rättspraxis som vi gjort, har vi funnit att dagens lagstiftning ger ett tillräckligt starkt straffrättsligt skydd för våldtäkt och sexuellt övergrepp (samt motsvarande brott mot barn) när en person på distans förmår andra att utföra sexuella handlingar som inte är frivilliga eller offret är under 15 år och gärningsmannen tar del av övergreppet i realtid. Vi menar dock att det straffrättsliga skyddet vid distansbrotten är alltför begränsat när det gäller gärningar där gärningsmannen inte tagit del av det sexuella övergreppet i realtid. Enligt vår bedömning är det en brist att gärningsmannen då inte kan dömas för de allvarligaste sexualbrotten.

Principer

I uppdraget har ingått att ta ställning till vilka principer som ska gälla för sexualbrotten på distans. Vi har formulerat följande principer.

- För straffansvar bör det inte ha någon betydelse vem som utför den sexuella handlingen.
- Det bör vara graden av kränkning som avgör rubriceringen.
- Det bör inte krävas närvaro i realtid.
- Brottets fullbordan vid distansbrotten bör inte förutsätta att övergreppet dokumenterats.

Den framtida regleringen

För att straffbestämmelserna om våldtäkt och sexuellt övergrepp (samt motsvarande brott mot barn, de mindre grova brotten och de oaktsamma brotten) ska överensstämma med principerna ovan krävs ändringar av dessa straffbestämmelser.

Vår bedömning är att rekvisitet ”genomföra” ska vara kvar i de aktuella straffbestämmelserna. Därtill ska rekvisitet ”förmå” läggas till i lagtexten. Därmed inkluderas ageranden som innebär att gärningsmannen på något sätt har påverkat offret att genomföra en handling. Det ska alltså föreligga ett samband mellan gärningsmannens agerande och den sexualhandling som offret utför.

Eftersom förmå är ett relativt lågt ställt krav krävs det en kvalificering för att kriminaliseringen inte ska bli för långtgående. Straffansvar ska därför förutsätta att gärningsmannen genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmått offret till den sexuella handlingen. Bedömningen av om handlandet varit otillbörligt ska göras utifrån en helhetsbedömning som utgår från syftet med gärningsmannens agerande och om handlandet går utöver vad som är acceptabelt. Om gärningsmannen är vuxen och offret är ett barn eller en person med nedsatt förmåga att värja sig mot påtryckningar kan relativt begränsade påtryckningar anses vara otillbörliga.

Vidare ska det krävas att gärningsmannens påverkan leder till att offret på något sätt utstår den sexuella handlingen. Vi har här valt att använda begreppen ”företa eller tåla”. Detta omfattar såväl den situationen att handlingen utförs av offret som att handlingen genomlids av offret utan något val.

Vi föreslår därför att ett tillägg görs i straffbestämmelserna om våldtäkt, sexuellt övergrepp, våldtäkt mot barn och sexuellt övergrepp mot barn med innebörd att sådant straffansvar ska gälla även den som i annat fall genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmår en person som inte deltar frivilligt, eller ett barn under 15 år, att företa eller tåla en sådan handling. Det föreslagna tillägget träffar också sexuellt utnyttjande av barn, oaktsam våldtäkt och oaktsamt sexuellt övergrepp.

Sexuellt ofredande

Uppdraget

Utredningens uppdrag i den här delen har varit att analysera tillämpningsområdet för sexuellt ofredande och bedöma om straffbestämmelsen är ändamålsenligt utformad. Vi har särskilt haft att ta ställning till frågan om smygfotoografering på visst avstånd ska kriminaliseras. Inom ramen för straffskaleöversynen (se nedan) har vi också haft att överväga om en särskild straffskala för grovt sexuellt ofredande bör införas.

Straffbestämmelsens innehåll

Straffbestämmelsen om sexuellt ofredande tar sikte på handlingar som till sin art är mindre kvalificerade än de som bedöms som sexuella handlingar och rymmer därmed ett stort antal handlingar. Efter en genomgång av underrättspraxis från de senaste åren har vi, till stor del på grund av de senaste årens praxis från Högsta domstolen, funnit att straffbestämmelsen i allt väsentligt är ändamålsenlig.

I syfte att tydliggöra att barn åtnjuter ett särskilt skydd mot sexuella kränkningar föreslår vi dock att samtliga sexuella ofredanden som riktas mot barn under 15 år regleras i en särskild straffbestämmelse som ska benämnas sexuellt ofredande mot barn och där böter inte ska ingå i straffskalan.

Smygfotoografering

I enlighet med vårt uppdrag har vi bedömt om smygfotoografering i större utsträckning ska utgöra sexuellt ofredande. Ett sådant behov skulle kunna grunda sig i de ökade möjligheterna att dokumentera olika situationer som de senaste årens tekniska utveckling har medfört.

Det finns dock inte något generellt förbud mot att fotografera någon utan dennes samtycke. Straffansvar för sådant agerande föreligger endast under vissa särskilda omständigheter. Högsta domstolen har i NJA 2017 s. 393 funnit att smygfotoografering som sker i omedelbar närhet av offret kan utgöra ett sådant tydligt intrång i

dennes rätt att bestämma över sin kropp att det ska bedömas som sexuellt ofredande. Dessutom ger straffbestämmelserna om kränkande fotografering, olaga integritetsintrång, barnpornografibrott och ofredande visst skydd mot smygfotografering och mot att dokumentationen senare sprids vidare.

Av stor vikt för bedömningen om tillämpningsområdet för sexuellt ofredande ska vidgas vid smygfotografering är den särställning som fotografering har inom ramen för det grundlagsstadgade skyddet för yttrande- och informationsfrihet.

Sammantaget har vi inte funnit att det finns förutsättningar att utvidga tillämpningsområdet för sexuellt ofredande på det sätt vi haft att överväga.

Utnyttjande av barn för sexuell posering

Uppdraget i denna del har avsett att ta ställning till vilka principer som bör gälla för brottet och om straffbestämmelsen behöver ändras.

Syftet med straffbestämmelsen är att skydda barn från att utnyttjas för sexuell posering – dvs. medverkan i eller utförande av en sexuell handling eller ohöjld exponering av sexuell innebörd. Skyddsintresset är dock inte att mera allmänt skydda barn från att beskådas eller avbildas helt eller delvis nakna. Avgörande för straffansvar måste vara att det rör sig om sexuell posering. Poseringen ska för en vuxen person ha en klar och otvetydig sexuell karaktär.

För att avgöra om poseringen är av sådan karaktär måste en bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet alltid göras. Att ett barn utför vardagliga sysslor när barnet är lättklätt eller naket, utan påverkan eller instruktioner från gärningsmannen, kan som regel inte anses vara av sådan karaktär.

Om det däremot rör sig om en sexuell posering som för en vuxen har en klar och otvetydig sexuell innebörd är det enligt vår bedömning irrelevant hur barnets kropp försatts i den situationen.

Vi har funnit att straffbestämmelsen i stort är ändamålsenlig. Om barnet varit passivt och alltså inte kan anses ha utfört eller medverkat i poseringen har dock straffbestämmelsen inte bedömts vara tillämplig. Detta anser vi vara en brist. Vi föreslår därför att även den som försatt barnet i, eller utnyttjar att barnet befinner sig i, en situation som innebär sexuell posering, ska dömas för utnyttjande av barn för

sexuell posering. Genom detta tillägg inkluderas även ageranden där barnet av någon anledning varit helt passivt och försatts i den sexuella poseringen av gärningsmannen eller någon annan.

Översyn av straffskalorna för sexualbrotten

Uppdraget

Vårt uppdrag i den här delen har varit att göra en översyn av straffskalorna för samtliga brott i 6 kap. och lämna förslag på de förändringar som kan behövas för att dessa i tillräcklig mån ska spegla brottets allvar. Därtill ska vi föreslå förändringar i straffskalan för köp av sexuell tjänst som innebär att minimistraflet höjs från böter till fängelse. Vi har även haft i uppdrag att analysera och ta ställning till om det ska införas ett nytt brott benämnt grovt sexuellt ofredande.

Skälet för en sådan översyn har enligt direktiven varit att det har skett förändringar av straffskalorna för andra brott, bl.a. de allvarliga våldsbrotten. En översyn behöver därför göras i syfte att säkerställa att straffsystemet uppfyller kraven på ekvivalens och proportionalitet. Ett ytterligare skäl hänger samman med samhällets förändrade och skärpta syn på sexualbrotten som kommer till uttryck i den allmänna debatten och genom riksdagens tillkännagivanden.

Utredningens generella överväganden

Straffen för de allvarligaste våldsbrotten har skärpts de senaste åren, bl.a. till följd av att synen på sådana brott skärpts. Enligt vår bedömning har även synen på sexualbrotten skärpts. Några generella straffskärpningar som tar sikte på alla sexualbrott har inte skett. De senaste årtiondenas reformer av sexualbrotten har dock inneburit att fler typer av handlingar bedöms allvarligare vilket också inneburit att den straffrättsliga synen på dessa skärpts. Ett sådant exempel är att det sedan den 1 juli 2018 inte krävs att otillbörliga medel används för att en gärning ska rubriceras som våldtäkt. Vidare har den straffrättsliga synen på sexualbrott mot barn fått ett påtagligt genomslag i lagstiftningen, inte minst genom införandet av brottet våldtäkt mot barn. Enligt vår bedömning har den skärpta synen på sexualbrott i allt väsentligt fått ett genomslag i lagstiftningen. Vi har därför bedömt att

det inte av dessa skäl finns anledning att allmänt skärpa straffen för sexualbrotten. Det finns dock ett sådant behov för vissa brottstyper, såsom våldtäkt som är mindre grov, där den skärpta synen inte kan anses ha fått ett tillräckligt genomslag.

Vi har inte heller funnit att en generell straffskärpning skulle vara ändamålsenlig för att minska brottsligheten.

Vi har emellertid funnit att vi också måste beakta den parlamentariska aspekten såsom den kommit till uttryck genom de tillkännagivanden som riksdagen lämnat till regeringen beträffande flera av sexualbrotten. Därför har vi valt att lämna de förslag som tillgodoser vad riksdagen tillkännagett i den mån dessa inte medför oacceptabla konsekvenser.

Grovt sexuellt ofredande

När det gäller sexuellt ofredande innefattar uppdraget att överväga om ett grovt brott bör införas och under alla förhållanden lämna förslag på en sådan reglering. I den delen anser vi att ett grovt brott bör införas, såväl vid sexuellt ofredande som vid sexuellt ofredande mot barn, med ett minimistraff på sex månaders fängelse. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska särskilt beaktas om gärningsmannen med hänsyn till offrets låga ålder eller att fler än en deltagit i övergreppet eller annars visat särskild hänsynslöshet.

Våra förslag till straffskalor

Med de utgångspunkter som angetts ovan föreslår vi följande ändringar i straffskalorna för sexualbrotten.

- Minimistraffet för *våldtäkt* höjs från fängelse i två år till fängelse i tre år medan minimistraffet för *våldtäkt som är mindre grov* höjs från fängelseminimum till fängelse i sex månader.
- Minimistraffet för *sexuellt övergrepp* höjs från fängelseminimum till fängelse i sex månader och en särskild straffskala – fängelse i högst ett år – införs för *sexuellt övergrepp som är mindre grovt*.
- Minimistraffet för *grovt sexuellt övergrepp* höjs från fängelse i sex månader till fängelse i ett år.

- Minimistrafvet för *våldtäkt mot barn* höjs från fängelse i två år till fängelse i tre år.
- Minimistrafvet för *sexuellt övergrepp mot barn* höjs från fängelseminimum till fängelse i sex månader och en särskild straffskala – fängelse i högst ett år – införs för *sexuellt övergrepp mot barn som är mindre grovt*.
- Minimistrafvet för *grovt sexuellt övergrepp mot barn* höjs från fängelse i ett år till fängelse i ett år och sex månader.
- Böter utmönstras ur straffskalan för *utnyttjande av barn för sexuell posering*.
- Böter utmönstras ur straffskalan för *köp av sexuell tjänst*.
- Minimistrafvet för *utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling* höjs från fängelseminimum till fängelse sex månader och en särskild straffskala – fängelse i högst ett år – införs för *utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling, mindre grovt brott*.
- Samtliga fall av sexuella ofredanden mot barn under 15 år ska bedömas som *sexuellt ofredande mot barn* och straffskalan ska vara fängelse i högst två år. För *grovt sexuellt ofredande* och *grovt sexuellt ofredande mot barn* införs en särskild straffskala på fängelse i lägst sex månader och högst tre år.

Övriga straffskalor föreslås inte bli ändrade.

Spårsäkring efter sexualbrott

På begäran av Polismyndigheten är läkare inom den offentliga hälso- och sjukvården skyldiga enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen att utföra spårsäkring efter sexualbrott. Den regleringen är ändamålsenlig och bör behållas. Det finns inte heller anledning att ändra vad som gäller de brottsutredande myndigheternas hantering av spårsäkringsatserna i de fallen. Dock saknas det en skyldighet för hälso- och sjukvården att utföra spårsäkring utan en sådan begäran, t.ex. när en person på egen hand söker vård efter ett sexuellt övergrepp. Det finns således ingen tydlig reglering av ansvaret att utföra spårsäkring vid sexualbrott om den inte sker med stöd av 6 kap. 9 §

patientsäkerhetslagen och det saknas reglering av hur lång tid spårsäkringssatser ska sparas. Det finns även andra oklarheter vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring, såsom exempelvis om bestämmelserna inom hälso- och sjukvårdsområdet aktualiseras vid spårsäkringar, oavsett om en polisanmälan har gjorts av offret eller inte.

Uppdraget att överväga förbättringar rörande utredning av sexualbrott

Mot bakgrund av de oklarheter som finns vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring har vårt uppdrag varit att

- utreda hälso- och sjukvårdens ansvar för att utföra spårsäkring efter sexualbrott, bl.a. om det är hälso- och sjukvården eller någon annan aktör som bör åläggas att spara spårsäkringssatser viss tid, samt klargöra kostnadsansvaret för spårsäkringssatserna,
- ta ställning till hur tillsynen över spårsäkringen bör gå till,
- analysera om det bör regleras att spårsäkring endast får ske efter ett informerat samtycke från brottsoffret samt klargöra vad som gäller om brottsoffret inte längre vill att spårsäkringssatsen ska sparas,
- i det sammanhanget klargöra om det finns behov av att se över frågan om vårdnadshavarens samtycke till spårsäkring avseende barn, med utgångspunkten att en spårsäkring ska kunna utföras när det bedöms vara till barnets bästa och även i de fall vårdnadshavarens samtycke saknas,
- överväga och ta ställning till hur uppgifter från en spårsäkring bör dokumenteras samt analysera om den personuppgiftsbehandling som sker vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring behöver regleras ytterligare,
- lämna nödvändiga författningsförslag, och
- om det föreslås att ansvarsfördelningen mellan olika aktörer ska ändras, vid behov lämna förslag på ändringar i sekretessregleringen som möjliggör överföring av uppgifter mellan olika aktörer.

En ny lag om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott ska införas

Hälso- och sjukvården utför spårsäkringar i dag oavsett om ett sexualbrottsoffer kommer in till vården efter ett övergrepp med hjälp av polisen, som i sin tur begär att en spårsäkring utförs enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen, eller om offret uppsöker vården på egen hand efter övergreppet. Detta sker i enlighet med rekommendationerna i Nationellt centrum för kvinnofrids handbok om hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp. Vi anser att det inte finns något alternativ till utförare av spårsäkringen än hälso- och sjukvården. Spårsäkringen bör utföras i samband med det första besöket hos hälso- och sjukvården och i samband med det medicinska omhändertagandet eftersom det annars finns risk för kontaminering av spåren.

Vi har vidare bedömt att det behövs en särskild rättslig reglering för att klargöra ansvaret för hälso- och sjukvårdens spårsäkring i de fall det inte har gjorts en polisanmälan av sexualbrottsoffret samt för att stärka patientsäkerheten vid utförandet av spårsäkringar i allmänhet. För att hälso- och sjukvårdens arbetssätt vid omhändertagande av sexualbrottsoffer ska ges möjlighet att bli rättssäkert, jämlikt och enhetligt över hela landet föreslår vi därför att en ny lag om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott införs. I lagen ska regleras vem som ska ansvara för hälso- och sjukvårdens spårsäkring som inte utförs på begäran av polisen och vissa andra frågor med anknytning till detta. Bestämmelserna i lagen ska även, förutom när det gäller regleringen av ansvaret, tillämpas vid den spårsäkring som utförs av hälso- och sjukvården efter ett sexualbrott enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen. Vi föreslår inte en gemensam reglering av ansvaret för den spårsäkring som utförs enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen och den som ska framgå av den nya lagen.

Regionen ska ansvara för att erbjuda personer spårsäkring efter sexualbrott och spara proverna

Enligt vårt förslag ska regionerna ansvara för att erbjuda sexualbrottsoffer spårsäkring när den inte utförs på begäran av Polismyndigheten enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen. Därigenom finns det förutsättningar för att spårsäkringen blir en del av regionens upp-

byggda verksamhet med god kompetens, gott förtroende hos allmänheten, en vana att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet samt med bättre förutsättningar till en ändamålsenlig geografisk spridning i landet.

Regionen ska också ha en skyldighet att spara proverna och fynden från en spårsäkring i två år, i enlighet med rekommendationen i Nationellt centrum för kvinnofrids handbok om hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp, om de inte dessförinnan lämnats ut till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet. Skyldigheten hindrar emellertid inte hälso- och sjukvården från att spara spårsäkringssatserna under längre tid.

Bestämmelser till skydd för den enskilde

Enligt vår bedömning bör inte spårsäkring omfattas av definitionen av hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen, eftersom åtgärderna inte utförs i förebyggande syfte eller för att vårda eller behandla sjukdom eller skada. Den lagreglering som gäller för hälso- och sjukvårdsområdet kommer därmed inte att vara direkt tillämplig. I syfte att ge sexualbrottsoffret ett bra skydd när det gäller säkerhet och integritet föreslår vi däremot att patientskadlagen, patientdatalagen och patientsäkerhetslagen görs tillämpliga på den spårsäkring som omfattas av den föreslagna lagen.

Spårsäkring ska inte få utföras utan samtycke från den enskilde. Denna ska ges erforderlig information om detta och om hur proverna och fynden kommer att hanteras. Att ett samtycke till samtliga eller till vissa åtgärder vid en spårsäkring har lämnats ska dokumenteras i den journal som förs enligt patientdatalagen.

Om sexualbrottsoffret är ett barn ska barnets inställning till spårsäkringen så långt som möjligt klarläggas.

Hälso- och sjukvårdssekretessen enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen kommer att vara tillämplig vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring utan någon särskild reglering. Den sekretessen upphävs bl.a. vid våldtäkt, försök till våldtäkt samt alla brott mot barn. Detta innebär att hälso- och sjukvården på begäran av t.ex. åklagare eller polis i dessa fall ska lämna ut uppgifter som den förfogar över, om inte uppgiften är sekretessbelagd eller det skulle hindra arbetets behöriga gång (6 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen). Någon

utvidgning av gällande sekretessbestämmelser om utlämnande av uppgifter vid en spårsäkringssituation från hälso- och sjukvården till andra myndigheterna behövs inte.

En spårsäkringssats ska som utgångspunkt inte lämnas ut till brottsutredande myndigheter utan den enskildes samtycke. På motsvarande sätt som vid exempelvis utfärdande av rättsintyg bör emellertid undantag göras vid begäran om utlämnande från Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet vid misstankar om allvarigare sexualbrott eller misstankar om sexualbrott mot barn. En spårsäkringssats ska i övrigt inte lämnas ut av hälso- och sjukvården till någon annan än brottsutredande myndigheter oavsett den enskildes samtycke.

Personuppgiftsbehandling och dokumentation

Vid hälso- och sjukvårdens personuppgiftsbehandling i samband med spårsäkringen ska patientdatalagen tillämpas. Hälso- och sjukvårdens personuppgiftsbehandling aktualiseras först när uppgifter i samband med en spårsäkring förs in i patientjournalen eller annars behandlas automatiserat och inte i samband med hanteringen eller förvaringen av spårsäkringssatsen. Den personuppgiftsbehandling som följer med spårsäkringen omfattas som huvudregel av dataskyddsförordningen. Det är däremot möjligt att personuppgiftsbehandlingen i vissa delar av spårsäkringen även skulle kunna omfattas av brottsdatalagen. Dataskyddsregleringarna skulle i sådana fall kunna bli tillämpliga parallellt om personuppgiftsbehandlingen har olika syften. Vi har bedömt att oavsett om spårsäkringen utförs enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen eller med stöd av den föreslagna lagen bör det finnas rättslig grund för hälso- och sjukvårdens personuppgiftsbehandling.

Genom den föreslagna regleringen får hälso- och sjukvården stöd för att dokumentera uppgifter från en spårsäkring för de ändamål som framgår av patientdatalagen. Ändamålsbestämmelsen i patientdatalagen blir styrande för vilka uppgifter som patientjournalen får innehålla vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring.

Tillsyn över hälso- och sjukvårdens spårsäkring

Inspektionen för vård och omsorg ska vara ansvarig tillsynsmyndighet vid spårsäkringen. Tillsynen över personuppgiftsbehandlingen ska utövas av Integritetsskyddsmyndigheten.

Konsekvenser av utredningens förslag

De som främst berörs av våra förslag är de personer som misstänks och åtalas för sexualbrott, personer som utsätts för sexualbrott och myndigheterna inom rättsväsendet, regionerna och de som utför spårsäkring.

De ändringar som vi föreslår i 6 kap. kommer medföra kraftigt ökade kostnader för främst Kriminalvården. Kostnaderna kommer inte att täckas av befintliga anslag.

Enligt statistiken var 93 procent av de som anmälde en våldtäkt 2019 kvinnor medan 99 procent av de som dömdes för sexualbrott var män. Vi bedömer att förslagen i betänkandet kan ha en positiv effekt för att uppnå jämställdhet mellan kvinnor och män och utgör ett steg mot ett mer jämställt samhälle.

Ikraftträdande

Enligt vår bedömning kan förslagen träda i kraft den 1 januari 2023. Med hänsyn till att våra föreslagna straffskärpningar innebär en ökad belastning för Kriminalvården, är det dock nödvändigt att lagstiftaren ger den myndigheten realistiska möjligheter att hantera den ökade belastningen om förslagen genomförs.

Summary

Remit

On 30 January 2020, the Government decided to task an Inquiry Chair with

- reviewing the provision on sexual molestation and considering whether a gross crime should be introduced,
- analysing and reviewing the principles for and the provisions concerning criminal liability for sexual crimes committed remotely and for exploitation of a child for sexual posing,
- analysing whether the concept of sexual intercourse in Chapter 6 of the Penal Code needs to be changed,
- reviewing the range of punishments for sexual crimes in Chapter 6 of the Penal Code and submitting proposed amendments that may be required for these to sufficiently reflect the seriousness of the crime, and
- investigating certain questions on medical examinations to secure forensic evidence following sexual crimes.

On 9 July 2020 the Government decided, through additional terms of reference, to also task the Inquiry Chair with proposing amendments to the range of punishments for purchase of sexual services which involve raising the minimum penalty from fines to imprisonment.

The concept of sexual intercourse

The remit in this regard has been to analyse whether the term *samlag* (“sexual intercourse” in the English translation of the Penal Code) in Chapter 6 of the Penal Code needs to be amended considering the interest in the legislation being as gender neutral as possible and, in this context, to analyse the appropriateness of using vaginal intercourse as the comparative norm for determining the most serious sexual crimes.

The term *samlag* in the Penal Code only refers to vaginal intercourse. When the provision on rape (*våldtäkt*) is applied, anal and oral sex are considered to constitute “a comparable sexual act, that having regard to the nature of the violation and the circumstances in general, is comparable to enforced sexual intercourse”.

We consider that the current term *samlag* needs to be amended such that it no longer assumes a heterosexual norm and is made more gender neutral. Therefore, we propose that it be explicitly stated in the penal provisions on rape and rape of a child that the crime refers to vaginal, oral and anal intercourse. This will make the penal provisions more gender neutral. However, the intention is not to change the area of application.

The proposal will lead to a need to amend certain other penal provisions, which also in the future should only refer to vaginal intercourse.

Remote crimes

Remit

In this respect, the mandate was to review and analyse the principles underlying sexual crimes committed remotely. We have interpreted crimes committed remotely (*distansbrott*) as crimes committed without the perpetrator and the victim being in the same location. The need for this review has arisen due to society having become increasingly digitized in a relatively short time and the internet having become an arena for human exploitation, not least exploitation of the sexual privacy of children and young people.

The Swedish Supreme Court has addressed crimes committed remotely in two rulings. In the first, NJA 2015 p. 501, the Court

stated that criminal responsibility under the provision on sexual assault of a child (*sexuellt övergrepp mot barn*) may exist if the perpetrator significantly influenced or guided the course of events. In this case a man was convicted of sexual assault of a child after having induced the child to perform sex acts on themselves. The man was present in real time via Skype.

In the second case, NJA 2018 p. 1103, the Supreme Court found that a condition for the requirement “perform (*genomföra*) [a sexual act]” to be met is that the perpetrator views the assault in real time. A perpetrator who exerts pressure to induce the victim to perform sexual acts on themselves when alone and in private, in order to send these to the perpetrator later can therefore not be convicted of rape or sexual assault (or equivalent crimes against children). Because the course of events in the case in question involved a time delay, the accused was unable to be convicted of sexual assault.

We have made our considerations based on these rulings and recent extensive case law in this area in the lower courts.

The problem with the current legislation

In the review of case law that we have carried out, we have found that the current legislation provides sufficiently strong protection under criminal law for rape and sexual assault (and equivalent crimes against children) when a person remotely induces others to perform sexual acts that are not voluntary, or where the victim is under the age of 15 and the perpetrator views the assault in real time. However, we consider that the protection under criminal law for crimes committed remotely is far too limited regarding acts where the perpetrator did not view the sexual assault in real time. In our view, it is a shortcoming that in such cases, the perpetrator cannot be convicted of the most serious sexual crimes.

Principles

Our remit included forming an opinion on the principles that are to apply to sexual crimes committed remotely. We have formulated the following principles.

- For criminal responsibility to exist, it should not matter who performs the sexual act.
- The type of crime should be determined by the degree of abuse.
- Presence in real time should not be required.
- In crimes committed remotely, the assault should not need to be documented for it to constitute a crime.

Regulation in the future

Changes to the penal provisions on rape and sexual assault (and equivalent crimes against children, the less gross crimes and crimes of negligence) are required if they are to comply with the principles above.

Our assessment is that the criterion “*genomföra*” (perform) must remain in the penal provisions in question. Additionally the criterion “*förmå*” (induce) must be added to the text of the statute. This would include actions that involve the perpetrator in some way having influenced the victim to perform an act. In other words, there must be a link between the actions of the perpetrator and the sexual act performed by the victim.

Because “induce” is a relatively low criterion, qualification is needed to ensure that criminalisation is not too far-reaching. Therefore, criminal responsibility is to be contingent upon the perpetrator exerting illegal force or otherwise inappropriately inducing the victim to perform the sexual act. The assessment of whether the behaviour was inappropriate is to be made based on a holistic assessment incorporating the purpose of the perpetrator’s actions and whether the behaviour exceeds what is acceptable. If the perpetrator is an adult and the victim is a child or a person with reduced capacity to protect themselves from pressure, relatively limited pressure can be considered to be inappropriate.

Another criterion is that the influence of the perpetrator leads to the victim in some way enduring the sexual act. We have chosen to use the term “*företa eller tåla*” (undertake or tolerate). This covers both the situation in which the act is undertaken by the victim and the situation in which the act is endured by the victim without their having any choice.

We therefore propose that an addition be made to the penal provisions on rape, sexual assault, rape of a child and sexual assault of a child with the meaning that the criminal liability should apply to anyone who otherwise through illegal force or otherwise in an inappropriate manner induces a person who is not participating voluntarily, or a child under the age of 15, to undertake or tolerate such treatment. The proposed addition also covers sexual exploitation of a child (*sexuellt utnyttjande av barn*), negligent rape (*oaktsam våldtäkt*) and negligent sexual assault (*oaktsamt sexuellt övergrepp*).

Sexual molestation

Remit

The Inquiry's remit in this respect was to analyse the area of application for sexual molestation (*sexuellt ofredande*) and judge whether the penalty provision is appropriately worded. We have particularly been tasked with forming an opinion on the question of whether covert photography at a certain distance is to be criminalised. Within the remit of the review of the range of punishments (see below), we have also had to consider whether a separate range of punishments for gross sexual molestation should be introduced.

Content of the penalty provision

The penalty provision on sexual molestation targets acts that by their nature do not meet the full criteria to be judged to be sexual acts and thus covers a large number of acts. Following a review of case law in the lower courts in recent years, we have found, largely due to the recent case law of the Supreme Court, that the penalty provision is appropriate in all essentials.

However, in order to make it clear that children enjoy special protection against sexual abuse, we propose that all sexual molestation directed at children under the age of 15 years be regulated in a specific penal provision to be termed sexual molestation of children (*sexuellt ofredande mot barn*), where fines are not to be part of the range of punishments.

Covert photography

In accordance with our remit, we have formed an opinion on whether covert photography is to constitute sexual molestation to a greater extent. Such a need might be founded in the greater opportunities to document different situations brought by recent technological developments.

However, there is no general prohibition on taking photographs of anyone without their consent. Criminal responsibility for such actions only exists under certain special circumstances. In NJA 2017 p. 393 the Supreme Court has found that covert photography that takes place in the immediate vicinity of the victim may constitute such a clear encroachment on the victim's right to decide over their own body that it constitutes sexual molestation. In addition, the penal provisions on intrusive photography (*kränkande fotografering*), unlawful breach of privacy (*olaga integritetsintrång*), child pornography offence (*barnpornografibrott*) and molestation (*ofredande*) provide certain protection from covert photography and against the documentation subsequently being spread further.

In assessing whether the area of application for sexual molestation is to be extended to cover covert photography, the special position that photography has within the constitutional protection of freedom of expression and freedom of information carries great weight.

All in all, we have not found that there are grounds to expand the area of application of sexual molestation in the way we have been tasked with considering.

Exploitation of a child for sexual posing

The remit in this respect involves forming an opinion on the principles that should apply to the crime and whether the penalty provision should be changed.

The purpose of the penal provision is to protect children from being exploited for sexual posing (*sexuell posering*), which under the Swedish Penal Code refers to participation in or performance of a sexual act or undisguised exposure of sexual content. However, the protective interest is not to more generally protect children from being viewed or depicted entirely or partly naked. Criminal responsibility is

conditional on the case involving sexual posing. Posing is to have a clear and unambiguous sexual content for an adult.

To determine whether the posing is of this nature, an assessment must always be made of the circumstances in the individual case. The fact that a child is engaged in everyday activities while lightly clad or naked, without the influence or instructions of the perpetrator, can as a rule not be considered to be of such nature.

If, on the other hand, it is a matter of sexual posing that has a clear and unambiguous sexual content for an adult, in our view it is irrelevant how the body of the child is placed in that situation.

We have found that the penal provision is largely appropriate. However, if the child was passive and thus cannot be considered to have performed or participated in the posing, the penal provision has not been judged to be appropriate. We consider this to be a shortcoming. We therefore propose that the person who has placed the child in, or exploits the child being in, a situation that involves sexual posing, be convicted of exploitation of a child for sexual posing. This addition would also include actions where the child was completely passive for any reason and placed in the sexual pose by the perpetrator or another person.

Review of the range of punishments for sexual crimes

Remit

Our remit in this respect was to review the range of punishments for all crimes in Chapter 6 of the Penal Code and submit proposed amendments that may be required for these to sufficiently reflect the seriousness of the crime. Additionally we are to propose amendments to the range of punishments for the purchase of sexual services that involve raising the minimum penalty from fines to imprisonment. We have also been tasked with analysing and forming an opinion on whether a new crime should be introduced named gross sexual molestation (*grovt sexuellt ofredande*).

According to the terms of reference, the reasons for such a review are that changes have taken place to the range of punishments for other crimes, including serious violent crime. A review therefore needs to be carried out with the aim of ensuring that the penal system fulfils the requirements of equivalence and proportionality.

A further reason has to do with the changed, stricter view that society now takes of sexual crimes as expressed in public debate and announced by the Riksdag.

The Inquiry's general considerations

The penalties for the most serious violent crimes have been made tougher in recent years, partly as a result of a stricter view being taken of such crimes. We judge that a stricter view is now also being taken of sexual crimes. No generally stricter penalties have been introduced covering all sexual crimes. However, the sexual crime reforms of recent decades have meant more types of acts being judged to be more serious, which has also led to these acts being viewed more strictly under penal law. One such example is that since 1 July 2018, it has not been required that improper means (*otillbörliga medel*) are used for an act to be defined as rape. Furthermore, the view of sexual crimes against children under penal law has had a tangible impact on legislation, not least through the introduction of the crime of rape of a child (*våldtäkt mot barn*). In our view, the tougher view taken of sexual crimes has had an impact in legislation in all essentials. We have therefore judged that for these reasons there are no grounds to generally make the penalties for sexual crimes more stringent. However, there is such a need regarding certain types of crime, such as less gross cases of rape, where the tougher view cannot be considered to have had sufficient impact.

Nor have we found that making the penalties tougher in general would be appropriate to reduce criminality.

However, we have found that we must also take into account the parliamentary aspect as expressed in the announcements made by the Riksdag to the Government regarding several of the sexual crimes. Therefore, we have chosen to submit those proposals that address the announcements made by the Riksdag to the extent that these do not bring about unacceptable consequences.

Gross sexual molestation

Regarding sexual molestation, the remit includes considering whether a gross crime classification should be introduced and in all circumstances submitting proposals for such a regulation. In this regard, we consider that a gross crime should be introduced, both for sexual molestation and for sexual molestation of a child, with a minimum penalty of six months' imprisonment. When assessing whether the crime is gross, particular attention must be paid to whether the perpetrator showed particular ruthlessness in view of the young age of the victim or more than one person participated in the assault or otherwise.

Our proposals for the ranges of punishments

On the basis of the considerations above, we propose the following amendments to the ranges of punishments for sexual crimes.

- The minimum penalty for rape (*våldtäkt*) to be increased from two years' imprisonment to three years, while the minimum penalty for rape that is less gross (*våldtäkt som är mindre grov*) is to be increased from the minimum custodial sentence to imprisonment for six months.
- The minimum penalty for sexual assault (*sexuellt övergrepp*) to be increased from the minimum custodial sentence to six months' imprisonment and a special range of punishments – imprisonment for a maximum of one year – to be introduced for sexual assault that is less gross (*sexuellt övergrepp som är mindre grovt*).
- The minimum punishment for gross sexual assault (*grovt sexuellt övergrepp*) to be increased from six months' imprisonment to one year's imprisonment.
- The minimum punishment for rape of a child (*våldtäkt mot barn*) to be increased from two years' imprisonment to three years' imprisonment.
- The minimum punishment for sexual assault of a child (*sexuellt övergrepp mot barn*) to be increased from the minimum custodial sentence to six months' imprisonment, and a special range of

punishments – imprisonment for a maximum of one year – to be introduced for sexual assault of a child that is less gross (*sexuellt övergrepp mot barn som är mindre grovt*).

- The minimum punishment for gross sexual assault of a child (*grovt sexuellt övergrepp mot barn*) to be increased from one year's imprisonment to imprisonment for one year and six months.
- Fines are to be removed from the range of punishments for exploitation of a child for sexual posing (*utnyttjande av barn för sexuell posering*).
- Fines are to be removed from the range of punishments for purchase of sexual services (*köp av sexuell tjänst*).
- The minimum punishment for exploitation of a child through the purchase of a sexual act (*utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling*) is to be increased from the minimum custodial sentence to six months' imprisonment, and a special range of punishments – imprisonment for a maximum of a year – is to be introduced for exploitation of a child through the purchase of a sexual act, less gross crime (*utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling, mindre grovt brott*).
- All cases of sexual molestation of a child under the age of 15 are to be judged as sexual molestation of a child, and the range of punishments is to be imprisonment for a maximum of two years. For gross sexual molestation (*grovt sexuellt ofredande*) and gross sexual molestation of a child (*grovt sexuellt ofredande mot barn*), a separate range of punishments is to be introduced of imprisonment for a minimum of six months and a maximum of three years.
- It is proposed that other ranges of punishments should not be amended.

Medical examinations to secure forensic evidence after sexual crimes

At the request of the Swedish Police Authority, doctors in the public healthcare service are obliged under Chapter 6, Section 9 of the Patient Safety Act to conduct medical examinations to secure forensic evidence after sexual crimes. This ruling is appropriate and should be retained. Nor are there grounds to amend the provisions regarding the criminal investigation authorities' handling of the sexual assault evidence collection kits in these cases. However, there is no obligation for the healthcare service to conduct medical examinations to secure forensic evidence without such a request, e.g. when an individual voluntarily seeks treatment following sexual assault. Thus there is no clear regulation of the responsibility to conduct medical examinations to secure forensic evidence in sexual crimes unless this is subject to Chapter 6, Section 9 of the Patient Safety Act, and there is a no regulation of how long the sexual assault evidence collection kit is to be kept for. There is also a lack of clarity regarding other aspects of the healthcare service conducting medical examinations to secure forensic evidence, such as whether the provisions in the field of healthcare are to be applied when securing forensic evidence, regardless of whether the victim has reported the assault to the police.

The remit to evaluate improvements in the investigation of sexual crimes

In the light of the lack of clarity as regards medical examinations conducted by the healthcare service to secure forensic evidence, our remit was to

- investigate the responsibility of the healthcare service for medical examinations to secure forensic evidence following sexual crimes, including whether it is the healthcare service or another actor that should be ordered to keep the sexual assault evidence collection kit for a certain period of time, and clarify responsibility for the costs of sexual assault evidence collection kits,
- form an opinion on how supervision of medical examinations to secure forensic evidence should be conducted,

- analyse whether regulations should be introduced stating that medical examinations to secure forensic evidence may only be conducted with the informed consent of the victim of crime and clarify what is applicable if the victim no longer wishes the sexual assault evidence collection kit to be kept,
- in this context clarify whether there is a need to review the question of the consent of parents or guardians to medical examinations of children to secure forensic evidence, based on the fact that forensic evidence must be able to be secured when this is judged to be in the best interests of the child and also in cases where the consent of the parent or guardian has not been obtained,
- consider and form an opinion on how data from medical examinations to secure forensic evidence should be documented and analyse whether further regulation is needed regarding the processing of personal data that takes place when the healthcare service conducts medical examinations to secure forensic evidence,
- submit necessary proposals for legislation, and
- if it is proposed that the division of responsibility between different actors is to be amended, where necessary submit proposed amendments to secrecy rules that enable data to be transferred between different actors.

A new Act on medical examinations conducted by the healthcare service to secure forensic evidence following sexual crimes is to be introduced

The healthcare service currently conducts medical examinations to secure forensic evidence whether a victim of a sexual offence comes into the healthcare service following an assault with the help of the police, who in turn request a medical examination to secure forensic evidence under Chapter 6, Section 9 of the Patient Safety Act, or whether the victim seeks healthcare independently following the assault. This is in line with the recommendations of the National Centre for Knowledge on Men's Violence Against Women's *Handbook, National Action Programme for the Health Care and Medical Services' Reception and Care of Victims of Sexual Assault*. We consider

that there is no alternative than the healthcare service to carry out medical examinations to secure forensic evidence. The medical examination should be carried out as part of the first visit to the healthcare service and as part of medical treatment, as otherwise there is a risk of contamination of the evidence.

We have further judged that there is a need for special legal regulation to clarify responsibility for the healthcare service's medical examinations to secure forensic evidence in cases where the victim of sexual assault has not reported the case to the police, and to strengthen patient safety in medical examinations to secure forensic evidence in general. To enable the working method of the healthcare system in treating victims of sexual offences to comply with the rule of law, and be equitable and consistent across the whole country, we therefore propose that a new Act on medical examinations by the healthcare service to secure forensic evidence following sexual crimes be introduced. The Act is to regulate who is to be responsible for the medical examinations to secure forensic evidence conducted by the healthcare service that are not carried out at the request of the police, and certain other questions relating to this. Besides those provisions concerning regulation of responsibility, the provisions of the Act must also be applied to medical examinations conducted by the health service to secure forensic evidence following a sexual crime under Chapter 6, Section 9 of the Patient Safety Act. We do not propose a common regulation of responsibility for medical examinations to secure forensic evidence carried out under Chapter 6, Section 9 of the Patient Safety Act and that to be set out in the new Act.

The region is to be responsible for offering individuals the opportunity to have a medical examination to secure forensic evidence following sexual crimes and for saving the samples

According to our proposal, the regions are to be responsible for offering victims of sexual crimes the opportunity to have a medical examination to secure forensic evidence when this is not carried out at the request of the Swedish Police Authority under Chapter 6, Section 9 of the Patient Safety Act. This would thus ensure that securing forensic evidence becomes part of the region's expanded operations with good expertise, good public trust, established practice of working on the basis of science and tried and tested

experience, and improved likelihood of appropriate geographical spread across the country.

The region is also to be obliged to store the samples and the findings from medical examinations to secure forensic evidence for two years, in line with the recommendations of the National Centre for Knowledge on Men's Violence Against Women's *Handbook, National Action Programme for the Health Care and Medical Services' Reception and Care of Victims of Sexual Assault* unless these are handed over to the Swedish Police Authority or a public prosecution authority before that date. However, this obligation does not prevent the health-care service from saving the sexual assault evidence collection kit for a longer period.

Provisions to protect the individual

In our view, examinations of the victim to secure forensic evidence should not be covered by the definition of healthcare in the Health and Medical Services Act because the measures are not carried out for the purposes of prevention or as care or treatment of an illness or injury. The statutory regulation that applies in the field of healthcare services is thus not directly applicable. With the aim of providing the victim of a sexual crime with good protection in terms of safety and privacy, we propose, on the other hand, that the Patient Injury Act, the Patient Data Act and the Patient Safety Act be made applicable to the medical examinations to secure forensic evidence covered by the proposed Act.

Examinations to secure forensic evidence must not be carried out without the individual's consent. The individual is to be given the necessary information about this and about how the samples and findings will be processed. The fact that consent has been given for all or certain measures in an examination to secure forensic evidence must be documented in the patient notes kept under the Patient Data Act.

If the victim of sexual assault is a child, the child's view on the medical examination must be ascertained as far as possible.

Health and medical secrecy under Chapter 25, Section 1 of the Public Access to Information and Secrecy Act will be applicable to forensic evidence collection by the healthcare services without any

special regulation. This secrecy is revoked in cases of rape, attempted rape and all crimes against children. This means that, in these cases, the healthcare service is to disclose information that it possesses at the request of e.g. a prosecutor or the police, unless the information is subject to secrecy or this would prevent the due performance of the work (Chapter 6, Section 5 of the Public Access to Information and Secrecy Act). There is no need to expand the current secrecy provisions on the disclosure of information by the healthcare service to other agencies in a forensic evidence collection situation.

As a basic rule, the sexual assault evidence collection kit must not be handed over to the investigative authorities without the victim's consent. However, in the same way as the issuing of forensic medical reports, for example, exceptions should be made for requests for disclosure from the Swedish Police Authority or a public prosecution authority in the case of suspected more serious sexual crimes or suspected sexual crimes against children. A sexual assault evidence collection kit must not otherwise be handed over by the healthcare service to anyone other than the investigative authorities without the victim's consent.

Processing of personal data and documentation

The Patient Data Act is to apply to the processing of personal data by the healthcare service in conjunction with medical examinations to secure forensic evidence. The processing of personal data by the healthcare services only becomes relevant when data as part of an examination to secure forensic evidence is entered in the patient's medical records or is otherwise processed automatically and not in conjunction with the processing or storage of the sexual assault evidence collection kit. As a general rule, the processing of personal data that accompanies the collection of forensic evidence is covered by the General Data Protection Regulation. However, it is possible that in some parts of the medical examination to collect forensic evidence, the processing of personal data could also be covered by the Criminal Data Act. The data protection regulations could in such cases be applicable in parallel if the processing of personal data has different purposes. We have judged that whether or not the examination to collect forensic evidence is conducted in line with

Chapter 6, Section 9 of the Patient Safety Act or under the proposed new act, there should be legal grounds for the processing of personal data by the healthcare service.

The proposed regulation will give the healthcare service support in documenting data from a medical examination to secure forensic evidence for the purposes shown in the Patient Data Act. The provision on purpose in the Patient Data Act will be the governing provision on which data is allowed to be contained in the patient's medical records when the healthcare service conducts a medical examination to secure forensic evidence.

Supervision of medical examinations to secure forensic evidence by the healthcare service

The Health and Social Care Inspectorate is to be the responsible supervisory authority for medical examinations to secure forensic evidence. Supervision of the processing of personal data is to be exercised by the Swedish Authority for Privacy Protection.

Consequences of the Inquiry's proposals

Those who are primarily affected by our proposals are the people suspected of and prosecuted for sexual crimes, people who are the victims of sexual crimes and the agencies in the judicial system, the regions and those who conduct medical examinations to secure forensic evidence.

The amendments we propose in Chapter 6 will bring about a major increase in costs, especially for the Swedish Prison and Probation Service. The costs will not be covered by existing appropriations.

According to the statistics, 93 percent of people who reported a rape in 2019 were women, while 99 percent of people convicted of sexual offences were men. We judge that the proposals in the report may have a positive impact on attaining equality between women and men and constitute a step towards a more gender-equal society.

Entry into force

We judge that the proposals can enter into force on 1 January 2023. However, given that our proposals to make the penalties more stringent will mean an increased workload for the Swedish Prison and Probation Service, it is necessary that the legislator give that agency realistic opportunities to cope with the increased workload if the proposals are implemented.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott

Härigenom föreskrivs följande.

Lagens innehåll och tillämpningsområde

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om spårsäkring som utförs av hälso- och sjukvården med anledning av att en person har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott.

Bestämmelserna i lagen, förutom 3 och 4 §§, ska även tillämpas vid spårsäkring som utförs enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen (2010:659) efter ett sexualbrott.

Med spårsäkring avses enligt denna lag de åtgärder som vidtas och de prover som tas av hälso- och sjukvårdspersonal i samband med undersökningar av en person som har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott i syfte att säkra spår från förövare som kan komma att användas i en rättsprocess.

Den spårsäkring som avses enligt denna lag utgör inte hälso- och sjukvård i den mening som avses i 2 kap. 1 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Förhållandet till annan lag

2 § I patientskadelagen (1996:799), patientdatalagen (2008:355) och patientsäkerhetslagen (2010:659) finns ytterligare bestämmelser som är tillämpliga på spårsäkring som omfattas av denna lag.

Regionens ansvar

3 § Regionen ansvarar för att erbjuda en person som har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott spårsäkring.

Spårsäkring får endast utföras av regionen inom ramen för deras hälso- och sjukvårdsverksamhet och uppgiften får inte överlämnas till privata aktörer.

Det som sägs om regionen i denna lag gäller även en kommun som inte ingår i en region.

4 § Regionen är skyldig att spara proverna och fynden från en spårsäkring i två år om de inte dessförinnan lämnats ut till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet.

Information

5 § En person som har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott ska ges information om samtycke till spårsäkring och om utlämnande enligt 6 och 7 §§ innan en spårsäkring utförs. Information ska även lämnas om att proverna och fynden från spårsäkringen sparas hos hälso- och sjukvården i två år om de inte dessförinnan lämnats ut till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet efter polisanmälan.

Samtycke

6 § En spårsäkring får inte utföras utan samtycke från personen som har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott och utan att information har lämnats enligt 5 §. Att ett samtycke till samtliga eller till vissa åtgärder vid en spårsäkring har lämnats ska dokumenteras i den journal som förs enligt patientdatalagen (2008:355).

Avser spårsäkringen ett barn ska barnets inställning till spårsäkringen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

Utlämnande av proverna och fynden från en spårsäkring

7 § Proverna och fynden från en spårsäkring får inte lämnas ut av hälso- och sjukvården utan den enskildes samtycke till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet, om inte något annat följer av andra stycket.

Proverna och fynden från en spårsäkring som avser en målsägande ska dock på begäran lämnas ut till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet utan den enskildes samtycke efter att en polis-anmälan om brott har gjorts

1. vid misstanke om brott enligt 6 kap. brottsbalken för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i ett år eller försök till brott för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år, eller

2. vid misstanke om brott enligt 6 kap. brottsbalken mot någon som inte har fyllt arton år.

Tillsyn

8 § I patientsäkerhetslagen (2010:659) finns bestämmelser om att verksamhet som avser spårsäkring samt dess personal står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg.

Bemyndiganden

9 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om spårsäkring efter sexualbrott.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

2. Bestämmelsen i 4 § ska tillämpas endast på spårsäkringar som utförs efter ikraftträdandet.

1.2 Förslag till lag om ändring i rättegångsbalken (1942:740)

Härigenom föreskrivs att 27 kap. 20 d § rättegångsbalken ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

27 kap.

20 d §¹

Med hemlig rumsavlyssning avses avlyssning eller upptagning som

1. görs i hemlighet och med ett tekniskt hjälpmedel som är avsett att återge ljud, och

2. avser tal i enrum, samtal mellan andra eller förhandlingar vid sammanträden eller andra sammankomster som allmänheten inte har tillträde till.

Hemlig rumsavlyssning får användas vid en förundersökning om

3. brott för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i fyra år,

4. spioneri enligt 19 kap. 5 § brottsbalken,

5. brott som avses i 26 § lagen (2018:558) om företagshemligheter, om det finns anledning att anta att gärningen har begåtts på uppdrag av eller har understötts av en främmande makt eller av någon som har agerat för en främmande makts räkning och det kan antas att brottet inte leder till endast böter,

4. annat brott om det med hänsyn till omständigheterna kan antas att brottets straffvärde överstiger fängelse i fyra år och det är fråga om

a) människohandel enligt 4 kap. 1 a § brottsbalken,

b) grov människoexploatering enligt 4 kap. 1 b § tredje stycket brottsbalken,

c) våldtäkt enligt 6 kap. 1 § första stycket brottsbalken,

d) grovt sexuellt övergrepp enligt 6 kap. 2 § *andra* stycket brottsbalken, d) grovt sexuellt övergrepp enligt 6 kap. 2 § *tredje* stycket brottsbalken,

e) våldtäkt mot barn enligt 6 kap. 4 § första eller andra stycket brottsbalken,

¹ Senaste lydelse 2020:174.

- f) grovt sexuellt övergrepp mot barn enligt 6 kap. 6 § *andra* stycket brottsbalken, f) grovt sexuellt övergrepp mot barn enligt 6 kap. 6 § *tredje* stycket brottsbalken,
- g) grovt utnyttjande av barn för sexuell posering enligt 6 kap. 8 § tredje stycket brottsbalken,
- h) grovt koppleri enligt 6 kap. 12 § tredje stycket brottsbalken,
- i) grov utpressning enligt 9 kap. 4 § andra stycket brottsbalken,
- j) grovt barnpornografibrott enligt 16 kap. 10 a § sjätte stycket brottsbalken,
- k) grovt övergrepp i rättssak enligt 17 kap. 10 § tredje stycket brottsbalken,
- l) grovt narkotikabrott enligt 3 § narkotikastrafflagen (1968:64), eller
- m) grov narkotikasmuggling enligt 6 § tredje stycket lagen (2000:1225) om straff för smuggling
5. försök, förberedelse eller stämpling till brott som avses i 1–3, om en sådan gärning är belagd med straff,
6. försök, förberedelse eller stämpling till brott som avses i 4, om en sådan gärning är belagd med straff och det med hänsyn till omständigheterna kan antas att gärningens straffvärde överstiger fängelse i fyra år.

1.3 Förslag till lag om ändring i brottsbalken (1962:700)

Härigenom föreskrivs att 4 kap. 3 och 4 b § samt 6 kap. 1, 2, 4, 6–10, 11 och 14 §§ brottsbalken ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt prop. 2020/21:170 Föreslagen lydelse

4 kap.

3 §²

Den som begår en brottslig gärning som utgör

1. mord, dråp, misshandel, grov misshandel eller synnerligen grov misshandel enligt 3 kap. 1, 2, 5 eller 6 §,

2. människorov, olaga frihetsberövande, olaga tvång, grovt olaga tvång, olaga hot, grovt olaga hot, hemfridsbrott eller ofredande enligt 4 kap. 1, 2, 4, 5, 6 eller 7 §,

3. våldtäkt, grov våldtäkt, sexuellt övergrepp, grovt sexuellt övergrepp, våldtäkt mot barn, grov våldtäkt mot barn, sexuellt utnyttjande av barn, sexuellt övergrepp mot barn, grovt sexuellt övergrepp mot barn *eller* sexuellt ofredande enligt 6 kap. 1, 2, 4, 5, 6 eller 10 §,

3. våldtäkt, grov våldtäkt, sexuellt övergrepp, grovt sexuellt övergrepp, våldtäkt mot barn, grov våldtäkt mot barn, sexuellt utnyttjande av barn, sexuellt övergrepp mot barn, grovt sexuellt övergrepp mot barn, sexuellt ofredande, *sexuellt ofredande mot barn, grovt sexuellt ofredande eller grovt sexuellt ofredande mot barn* enligt 6 kap. 1, 2, 4, 5, 6 eller 10 §,

4. skadegörelse eller grov skadegörelse enligt 12 kap. 1 eller 3 §, eller

5. straffbart försök till brott enligt någon av 1–4 döms, om gärningen har bevittnats av ett barn som är närstående eller tidigare närstående till både gärningsmannen och den som gärningen begås mot, för *barnfridsbrott* till fängelse i högst två år. Om brottet är ringa, döms till böter eller fängelse i högst sex månader.

Om brottet är grovt, döms för *grovt barnfridsbrott* till fängelse i lägst nio månader och högst fyra år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om den gärning som har bevittnats

² Tidigare 4 kap. 3 § upphävd genom 2004:406.

har varit av mycket allvarlig art eller om gärningsmannen visat särskild hänsynslöshet.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 kap.

4 b §³

Den som förföljer en person genom brottsliga gärningar som utgör

1. misshandel enligt 3 kap. 5 § eller försök till sådant brott som inte är ringa,

2. olaga tvång enligt 4 kap. 4 § första stycket,

3. olaga hot enligt 4 kap. 5 § första stycket,

4. hemfridsbrott eller olaga intrång enligt 4 kap. 6 §,

5. kränkande fotografering enligt 4 kap. 6 a §,

6. olovlig identitetsanvändning enligt 4 kap. 6 b §,

7. olaga integritetsintrång enligt 4 kap. 6 c §,

8. ofredande enligt 4 kap. 7 §,

9. uppmaning till självmord eller oaktsam uppmaning till självmord enligt 4 kap. 7 a §,

10. sexuellt ofredande enligt 6 kap. 10 §,

10. sexuellt ofredande *eller sexuellt ofredande mot barn* enligt 6 kap. 10 § *första och andra stycket,*

11. skadegörelse enligt 12 kap. 1 § eller försök till sådant brott,

12. ringa skadegörelse enligt 12 kap. 2 §, eller

13. överträdelse av kontaktförbud med elektronisk övervakning eller överträdelse av kontaktförbud enligt 24 § lagen (1988:688) om kontaktförbud

döms, om var och en av gärningarna har utgjort led i en upprepad kränkning av personens integritet, för *olaga förföljelse* till fängelse i högst fyra år.

6 kap.

1 §⁴

Den som, med en person som inte deltar frivilligt, genomför ett samlag eller en annan sexuell handling som med hänsyn till

Den som, med en person som inte deltar frivilligt, genomför ett *vaginalt, analt eller oralt* samlag eller en annan sexuell hand-

³ Senaste lydelse 2021:225.

⁴ Senaste lydelse 2018:618.

kränkningens allvar är jämförlig med samlag, döms för våldtäkt till fängelse i lägst *två* år och högst sex år. Vid bedömningen av om ett deltagande är frivilligt eller inte ska det särskilt beaktas om frivillighet har kommit till uttryck genom ord eller handling eller på annat sätt. En person kan aldrig anses delta frivilligt om

ling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag, döms för våldtäkt till fängelse i lägst *tre* och högst sex år. *Detsamma gäller den som i annat fall genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmår en person som inte deltar frivilligt att företa eller tåla en sådan handling.* Vid bedömningen av om ett deltagande är frivilligt eller inte ska det särskilt beaktas om frivillighet har kommit till uttryck genom ord eller handling eller på annat sätt. En person kan aldrig anses delta frivilligt om

1. deltagandet är en följd av misshandel, annat våld eller hot om brottslig gärning, hot om att åtala eller ange någon annan för brott eller hot om att lämna ett menligt meddelande om någon annan,

2. gärningsmannen otillbörligt utnyttjar att personen på grund av medvetlöshet, sömn, allvarlig rädsla, berusning eller annan drogpåverkan, sjukdom, kroppsskada, psykisk störning eller annars med hänsyn till omständigheterna befinner sig i en särskilt utsatt situation, eller

3. gärningsmannen förmår personen att delta genom att allvarligt missbruka att personen står i beroendeställning till gärningsmannen.

Är brottet med hänsyn till omständigheterna vid brottet att anse som mindre grovt, döms för våldtäkt till fängelse i högst fyra år.

Är brottet med hänsyn till omständigheterna vid brottet att anse som mindre grovt, döms för våldtäkt till fängelse i *lägst sex månader och* högst fyra år.

Är brott som avses i första stycket att anse som grovt, döms för grov våldtäkt till fängelse i lägst fem och högst tio år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen har använt våld eller hot som varit av särskilt allvarlig art eller om fler än en förgripit sig på offret eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om gärningsmannen med hänsyn till tillvägagångs-

sättet eller offrets låga ålder eller annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet.

2 §⁵

Den som, med en person som inte deltar frivilligt, genomför en annan sexuell handling än som avses i 1 §, döms för sexuellt övergrepp till fängelse i högst två år. Vid bedömningen av om ett deltagande är frivilligt eller inte tillämpas 1 § första stycket *andra* och *tredje* meningarna.

Är brottet att anse som grovt, döms för grovt sexuellt övergrepp till fängelse i lägst *sex månader* och högst sex år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen har använt våld eller hot som varit av särskilt allvarlig art eller om fler än en förgripit sig på offret eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om gärningsmannen med hänsyn till tillvägagångssättet eller offrets låga ålder eller annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet.

Den som, med en person som inte deltar frivilligt, genomför en annan sexuell handling än som avses i 1 §, döms för sexuellt övergrepp till fängelse i *lägst sex månader och* högst två år. *Detsamma gäller den som i annat fall genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmår en person som inte deltar frivilligt att företa eller tåla en sådan handling.* Vid bedömningen av om ett deltagande är frivilligt eller inte tillämpas 1 § första stycket *tredje* och *fjärde* meningarna.

Är brottet med hänsyn till omständigheterna vid brottet att anse som mindre grovt, döms för sexuellt övergrepp till fängelse i högst ett år.

Är brottet att anse som grovt, döms för grovt sexuellt övergrepp till fängelse i lägst *ett* och högst sex år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen har använt våld eller hot som varit av särskilt allvarlig art eller om fler än en förgripit sig på offret eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om gärningsmannen med hänsyn till tillvägagångssättet eller offrets låga ålder eller annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet.

⁵ Senaste lydelse 2018:618.

4 §⁶

Den som, med ett barn under femton år, genomför ett samlag eller en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag, döms för våldtäkt mot barn till fängelse i lägst två och högst sex år.

Den som, med ett barn under femton år, genomför ett *vaginalt, analt eller oralt* samlag eller en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag, döms för våldtäkt mot barn till fängelse i lägst tre och högst sex år. *Detsamma gäller den som i annat fall genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmår barnet att företa eller tåla en sådan handling.*

Detsamma gäller den som begår en gärning som avses i första stycket mot ett barn som fyllt femton men inte arton år och som är avkomling till gärningsmannen eller står under fostran av eller har ett liknande förhållande till gärningsmannen, eller för vars vård eller tillsyn gärningsmannen ska svara på grund av en myndighets beslut.

Är brott som avses i första eller andra stycket att anse som grovt, döms för grov våldtäkt mot barn till fängelse i lägst fem och högst tio år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen har använt våld eller hot om brottslig gärning eller om fler än en förgripit sig på barnet eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om gärningsmannen med hänsyn till tillvägagångssättet eller barnets låga ålder eller annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet.

6 §⁷

Den som, med ett barn under femton år eller med ett barn som fyllt femton men inte arton år och som gärningsmannen står i ett sådant förhållande till som avses i 4 § andra stycket, genomför en annan sexuell handling än som avses i 4 och 5 §§, döms för

Den som, med ett barn under femton år eller med ett barn som fyllt femton men inte arton år och som gärningsmannen står i ett sådant förhållande till som avses i 4 § andra stycket, genomför en annan sexuell handling än som avses i 4 och 5 §§, döms för

⁶ Senaste lydelse 2018:618.

⁷ Senaste lydelse 2018:618.

sexuellt övergrepp mot barn till fängelse i högst två år.

Är brottet grovt, döms för grovt sexuellt övergrepp mot barn till fängelse i lägst ett och högst sex år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen är närstående till barnet eller i övrigt utnyttjat sin ställning eller missbrukat ett särskilt förtroende eller om fler än en förgripit sig på barnet eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om brottet med hänsyn till tillvägagångssättet eller barnets låga ålder eller annars inneburit ett hänsynslöst utnyttjande av barnet.

sexuellt övergrepp mot barn till fängelse i lägst sex månader och högst två år. Detsamma gäller den som i annat fall genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmår barnet att företa eller tåla en sådan handling.

Är brottet med hänsyn till omständigheterna vid brottet att anse som mindre grovt, döms för sexuellt övergrepp mot barn till fängelse i högst ett år.

Är brottet grovt, döms för grovt sexuellt övergrepp mot barn till fängelse i lägst ett år och sex månader och högst sex år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen är närstående till barnet eller i övrigt utnyttjat sin ställning eller missbrukat ett särskilt förtroende eller om fler än en förgripit sig på barnet eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om brottet med hänsyn till tillvägagångssättet eller barnets låga ålder eller annars inneburit ett hänsynslöst utnyttjande av barnet.

7 §⁸

Den som, i annat fall än som avses förut i detta kapitel, har samlag med eget barn eller dess avkomling, döms för samlag med avkomling till fängelse i högst två år.

Den som, i annat fall än som avses förut i detta kapitel, har vaginalt samlag med eget barn eller dess avkomling, döms för samlag med avkomling till fängelse i högst två år.

⁸ Senaste lydelse 2005:90

Den som, i annat fall än som avses förut i detta kapitel, har samlag med sitt helsyskon, döms för samlag med syskon till fängelse i högst ett år.

Vad som sägs i denna paragraf gäller inte den som förmåtts till gärningen genom olaga tvång eller på annat otillbörligt sätt.

Den som, i annat fall än som avses förut i detta kapitel, har *vaginalt* samlag med sitt helsyskon, döms för samlag med syskon till fängelse i högst ett år.

8 §⁹

Den som främjar eller utnyttjar att ett barn under femton år utför eller medverkar i sexuell posering, döms för utnyttjande av barn för sexuell posering till böter eller fängelse i högst två år.

Den som främjar eller utnyttjar att ett barn under femton år utför eller medverkar i sexuell posering, döms för utnyttjande av barn för sexuell posering till fängelse i högst två år. *Detsamma gäller den som försätter barnet i eller utnyttjar att barnet befinner sig i en situation som innebär sexuell posering.*

Detsamma gäller den som begår en sådan gärning mot ett barn som fyllt femton men inte arton år, om poseringen är ägnad att skada barnets hälsa eller utveckling.

Är brottet grovt, döms för grovt utnyttjande av barn för sexuell posering till fängelse i lägst sex månader och högst sex år. Vid bedömning av om brottet är grovt skall särskilt beaktas om brottet avsett en verksamhet som bedrivits i större omfattning, medfört betydande vinning eller inneburit ett hänsynslöst utnyttjande av barnet.

9 §¹⁰

Den som, i annat fall än som avses förut i detta kapitel, förmår ett barn som inte fyllt arton år att mot ersättning företa eller tåla en sexuell handling, döms för utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling till fängelse i högst fyra år.

Den som, i annat fall än som avses förut i detta kapitel, förmår ett barn som inte fyllt arton år att mot ersättning företa eller tåla en sexuell handling, döms för utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling till fängelse i *lägst sex månader och* högst fyra år.

⁹ Senaste lydelse 2005:90.

¹⁰ Senaste lydelse 2019:806.

Är brottet med hänsyn till omständigheterna vid brottet att anse som mindre grovt, döms för utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling till fängelse i högst ett år.

Vad som sägs i första stycket gäller även om ersättningen har utlovats eller getts av någon annan.

Vad som sägs i första och andra stycket gäller även om ersättningen har utlovats eller getts av någon annan.

10 §¹¹

Den som, i annat fall än som avses förut i detta kapitel, sexuellt berör ett barn under femton år eller förmår barnet att företa eller medverka i någon handling med sexuell innebörd, döms för sexuellt ofredande till böter eller fängelse i högst två år.

Detsamma gäller den som blottar sig för någon annan på ett sätt som är ägnat att väcka obehag eller annars genom ord eller handlande ofredar en person på ett sätt som är ägnat att kränka personens sexuella integritet.

Den som blottar sig för någon annan på ett sätt som är ägnat att väcka obehag eller annars genom ord eller handlande ofredar en person på ett sätt som är ägnat att kränka personens sexuella integritet döms, om gärningen inte är belagd med straff enligt 1–9 §, för sexuellt ofredande till böter eller fängelse i högst två år.

Den som sexuellt berör ett barn under femton år eller förmår barnet att företa eller medverka i någon handling med sexuell innebörd, döms, om gärningen inte är belagd med straff enligt 1–9 §, för sexuellt ofredande mot barn till fängelse i högst två år. Detsamma gäller den som begår en gärning enligt första stycket mot ett barn under femton år.

Är brott som avses i första stycket grovt döms för grovt sexuellt ofredande till fängelse i lägst sex månader och högst tre år. Är brott som avses i andra stycket grovt

¹¹ Senaste lydelse 2005:90.

döms för grovt sexuellt ofredande mot barn till samma straff.

Vid bedömningen av om brott enligt tredje stycket är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen med hänsyn till offrets låga ålder eller att fler än en deltagit i övergreppet eller annars visat särskild hänsynslöshet.

11 §¹²

Den som, i annat fall än som avses förut i detta kapitel, skaffar sig en tillfällig sexuell förbindelse mot ersättning, döms för köp av sexuell tjänst till böter eller fängelse i högst ett år.

Vad som sägs i första stycket gäller även om ersättningen har utlovats eller getts av någon annan.

Den som, i annat fall än som avses förut i detta kapitel, skaffar sig en tillfällig sexuell förbindelse mot ersättning, döms för köp av sexuell tjänst till fängelse i högst ett år.

14 §¹³

Den som har begått en gärning enligt 5 § eller 6 § första stycket mot ett barn under femton år eller enligt 8 § första stycket eller 10 § första stycket, ska inte dömas till ansvar om det är uppenbart att gärningen inte inneburit något övergrepp mot barnet med hänsyn till den ringa skillnaden i ålder och utveckling mellan den som har begått gärningen och barnet samt omständigheterna i övrigt.

Detsamma gäller den som har begått en gärning enligt 10 a § om den har syftat till en sådan gärning som anges i första stycket och som, om den hade fullbordats, enligt vad som anges där uppenbarligen inte skulle ha inneburit något övergrepp mot barnet.

Den som har begått en gärning enligt 5 § eller 6 § andra stycket mot ett barn under femton år eller enligt 8 § första stycket eller 10 § andra stycket, ska inte dömas till ansvar om det är uppenbart att gärningen inte inneburit något övergrepp mot barnet med hänsyn till den ringa skillnaden i ålder och utveckling mellan den som har begått gärningen och barnet samt omständigheterna i övrigt.

¹² Senaste lydelse 2011:517.

¹³ Senaste lydelse 2009:343.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

1.4 Förslag till lag om ändring i patientskadelagen (1996:799)

Härigenom föreskrivs att 5 § patientskadelagen (1996:799) ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt prop. 2020/21:57 *Föreslagen lydelse*

5 §¹⁴

I denna lag avses med

hälso- och sjukvård: sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar eller lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar eller lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel och sådan verksamhet som omfattas av lagen (2021:000) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659),

hälso- och sjukvård: sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter eller lagen (2023:000) om hälso- och sjukvårdens spår-säkring efter sexualbrott, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel och sådan verksamhet som omfattas av lagen (2021:000) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659),

vårdgivare: statlig myndighet, region eller kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) samt enskild som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

¹⁴ Senaste lydelse 2019:1298.

1.5 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355) ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt prop. 2020/21:57

1 kap.

3 §

I denna lag används följande uttryck med nedan angiven betydelse.

Uttryck

Hälso- och sjukvård

Betydelse

Verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, lagen (2021:000) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering.

Journalhandling

Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband

med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.

Patientjournal

En eller flera journalhandlingar som rör samma patient.

Sammanhållen journalföring

Ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare.

Vårdgivare

Statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

*Föreslagen lydelse***1 kap.****3 §¹⁵**

I denna lag används följande uttryck med nedan angiven betydelse.

Uttryck

Hälso- och sjukvård

Betydelse

Verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, lagen (2021:000) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar, *lagen (2023:000) om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott* samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering.

Journalhandling

Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om

¹⁵ Senaste lydelse 2019:1299.

	vidtagna eller planerade vårdåtgärder.
Patientjournal	En eller flera journalhandlingar som rör samma patient.
Sammanhållen journalföring	Ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare.
Vårdgivare	Statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

1.6 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt prop. 2020/21:57 *Föreslagen lydelse*

1 kap.

2 §¹⁶

Med hälso- och sjukvård avses i denna lag verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, lagen (2021:000) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

Med hälso- och sjukvård avses i denna lag verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, lagen (2021:000) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar, *lagen (2023:000) om hälso- och sjukvårdens spårsäkering efter sexualbrott* samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

¹⁶ Senaste lydelse 2019:1300.

2 Utredningens uppdrag och arbete

2.1 Vårt uppdrag

Den 30 januari 2020 beslutade regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att överväga ytterligare åtgärder för att förstärka det straffrättsliga skyddet när det gäller sexuella kränkningar. I uppdraget har bl.a. ingått att se över bestämmelsen om sexuellt ofredande och överväga om ett grovt brott bör införas, analysera och se över principerna för och bestämmelserna som rör straffansvaret för sexualbrott på distans samt för utnyttjande av barn för sexuell posering, analysera om samlagsbegreppet i 6 kap. brottsbalken behöver förändras, se över straffskalorna för sexualbrotten i 6 kap. brottsbalken och lämna förslag på de förändringar som kan behövas för att dessa i tillräcklig mån ska spegla brottets allvar samt utreda vissa frågor om spårsäkring efter sexualbrott (dir 2020:5).

Den 9 juli 2020 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv för utredningen. Av dessa följer att utredaren även har i uppdrag att föreslå förändringar i straffskalan för köp av sexuell tjänst som innebär att minimistraffet höjd från böter till fängelse.

2.2 Vårt arbete

Arbetet har bedrivits enligt sedvanlig metod för utredningsarbete. Sammanlagt har nio sammanträden med expertgruppen hållits. På grund av den globala spridningen av viruset SARS-CoV-2 (ofta benämnt Corona-viruset) hölls samtliga sammanträden utom två digitalt. Även övriga externa kontakter har skett via telefon eller digitalt, några fysiska möten har inte ägt rum (förutom ett studiebesök).

Genom expertgruppen har vi löpande utbytt information med de myndigheter som varit representerade. Vi har även haft flera kontakter med företrädare för olika myndigheter och organisationer, såsom Nationellt centrum för kvinnofrid, Sveriges kommuner och regioner, Integritetsskyddsmyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse, Rättsmedicinalverket samt olika hälso- och sjukvårdsverksamheter såsom exempelvis Akutmottagningen för våldtagna vid Södersjukhuset och det har gjorts ett studiebesök av en utredningssekreterarna på Kvinno-klinikens akutmottagning vid Skånes universitetssjukhus. Frivilligorganisationen Fatta har gett in ett yttrande.

Vi har studerat norsk, finsk och dansk lagstiftning gällande distansbrotten och i viss mån samlagsbegreppet där vi även studerat kanadensisk rätt. Med hänsyn till den rådande situationen har något studiebesök i annat land inte kunnat genomföras. Beträffande frågorna om straffbestämmelserna sexuellt ofredande och utnyttjande av barn för sexuell posering, översynen av straffskalorna samt spårsäkring har sådan genomgång inte varit relevant.

2.3 Betänkandets disposition

Utredningens lagförslag finns i *avsnitt 1*. I *avsnitt 2* redogörs för kommitténs uppdrag och arbete.

Avsnitt 3 utgör bakgrunden till våra överväganden och förslag. Avsnittet redogör för 6 kap. brottsbalkens straffbestämmelser följt av en överblick av utvecklingen av sexualbrottslagstiftningen. Därefter följer en kortare redogörelse över för ämnet relevanta unionsrättsliga och internationella förpliktelser och ett avsnitt om svensk jurisdiktion.

Avsnitt 4 innehåller utredningens analys av samlagsbegreppet i 6 kap. brottsbalken.

I *avsnitten 5–7* presenteras våra överväganden och förslag gällande distansbrotten, sexuellt ofredande respektive utnyttjande av barn för sexuell posering.

I *avsnitt 8* redovisas vårt uppdrag att se över straffskalorna för sexualbrotten.

I *avsnitt 9* presenteras våra överväganden och förslag gällande spårsäkring.

I *avsnitt 10* finns utredningens överväganden i fråga om ikraftträdande och övergångsbestämmelser.

Konsekvenserna av utredningens förslag behandlas huvudsakligen i *avsnitt 11*.

Avsnitt 12 innehåller en kommentar till de författningsförslag som redovisas i avsnitt 1.

3 Bakgrund

3.1 Inledning

I detta inledande avsnitt kommer vi att redogöra för 6 kap. brottsbalkens straffbestämmelser följt av en överblick av utvecklingen av sexualbrottslagstiftningen. Därefter följer en kortare redogörelse över för ämnet relevanta unionsrättsliga och internationella förpliktelser och ett avsnitt om svensk jurisdiktion.

3.2 Den gällande sexualbrottslagstiftningen

Sexualbrotten finns i 6 kap. Utgångspunkten för brotten i detta kapitel är att varje människa i varje situation har rätt att bestämma över sin egen kropp och sexualitet och att dennes önskan att inte ha samlag eller annat sexuellt umgänge ovillkorligen ska respekteras.

Sedan den 1 juli 2018 följer av 6 kap. 1 § att den som med en person som inte deltar frivilligt, genomför ett samlag eller en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförbar med samlag, döms för *våldtäkt* till fängelse i lägst två år och högst sex år. Vid bedömningen av om ett deltagande är frivilligt eller inte ska det särskilt beaktas om frivillighet har kommit till uttryck genom ord eller handling eller på annat sätt. En person kan aldrig anses delta frivilligt om deltagandet är en följd av misshandel, annat våld eller hot om brottslig gärning, hot om att åtala eller ange någon annan för brott eller hot om att lämna ett menligt meddelande om någon annan, gärningsmannen otillbörligt utnyttjar att personen på grund av medvetlöshet, sömn, allvarlig rädsla, berusning eller annan drogpåverkan, sjukdom, kroppsskada, psykisk störning eller annars med hänsyn till omständigheterna befinner sig i en särskilt utsatt situation, eller gärningsmannen förmår personen att delta genom att allvarligt missbruka att personen står i beroendeställning till gärningsmannen. Är brottet

med hänsyn till omständigheterna vid brottet att anse som *mindre grovt*, döms för våldtäkt till fängelse i högst fyra år. Är brottet att anse som grovt, döms för *grov våldtäkt* till fängelse i lägst fem och högst tio år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen har använt våld eller hot som varit av särskilt allvarlig art eller om fler än en förgripit sig på offret eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om gärningsmannen med hänsyn till tillvägagångssättet eller offrets låga ålder eller annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet.

Den som begår en gärning som avses i 1 § och är grovt oaktsam beträffande omständigheten att den andra personen inte deltar frivilligt, döms för *oaktsam våldtäkt* till fängelse i högst fyra år. Om gärningen med hänsyn till omständigheterna är mindre allvarlig, ska det inte dömas till ansvar (6 kap. 1 a §).

Den som, med en person som inte deltar frivilligt, genomför en annan sexuell handling än som avses i 1 §, döms för *sexuellt övergrepp* till fängelse i högst två år. Är brottet att anse som grovt, döms för *grovt sexuellt övergrepp* till fängelse i lägst sex månader och högst sex år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen har använt våld eller hot som varit av särskilt allvarlig art eller om fler än en förgripit sig på offret eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om gärningsmannen med hänsyn till tillvägagångssättet eller offrets låga ålder eller annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet (6 kap. 2 §).

Den som begår en gärning som avses i 2 § och är grovt oaktsam beträffande omständigheten att den andra personen inte deltar frivilligt, döms för *oaktsamt sexuellt övergrepp* till fängelse i högst fyra år. Om gärningen med hänsyn till omständigheterna är mindre allvarlig, ska det inte dömas till ansvar (6 kap. 3 §).

Barn, framför allt de som är under 15 år, har ett starkare rättskydd än vuxna genom särskilda bestämmelser i 6 kap. om sexualbrott mot barn. Ett barn under 15 år kan aldrig samtycka till att delta i en sexuell handling. Den som, med ett barn under femton år, genomför ett samlag eller en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag, döms för *våldtäkt mot barn* till fängelse i lägst två och högst sex år. Detsamma gäller den som begår en sådan gärning mot ett barn som fyllt femton men inte arton år och som är avkomling till gärningsmannen eller står under fostran av eller har ett liknande förhållande till gärnings-

mannen, eller för vars vård eller tillsyn gärningsmannen ska svara på grund av en myndighets beslut. Är brott som avses i första eller andra stycket att anse som grovt, döms för *grovt våldtäkt mot barn* till fängelse i lägst fem och högst tio år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen har använt våld eller hot om brottslig gärning eller om fler än en förgripit sig på barnet eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om gärningsmannen med hänsyn till tillvägagångssättet eller barnets låga ålder eller annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet (6 kap. 4 §). Är brottet med hänsyn till omständigheterna vid brottet att anse som mindre grovt, döms för *sexuellt utnyttjande av barn* till fängelse i högst fyra år (6 kap. 5 §).

Den som, med ett barn under femton år eller med ett barn som fyllt femton men inte arton år och som gärningsmannen står i ett sådant närstående- eller fostransförhållande till som avses i 4 §, genomför en annan sexuell handling än som avses i 4 och 5 §§, döms för *sexuellt övergrepp mot barn* till fängelse i högst två år. Är brottet grovt, döms för *grovt sexuellt övergrepp mot barn* till fängelse i lägst ett och högst sex år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen är närstående till barnet eller i övrigt utnyttjat sin ställning eller missbrukat ett särskilt förtroende eller om fler än en förgripit sig på barnet eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om brottet med hänsyn till tillvägagångssättet eller barnets låga ålder eller annars inneburit ett hänsynslöst utnyttjande av barnet (6 kap. 6 §).

Den som, i annat fall än som avses förut i kapitlet, har samlag med eget barn eller dess avkomling, döms för *samlag med avkomling* till fängelse i högst två år. Den som, i annat fall än som avses förut i kapitlet, har samlag med sitt helsyskon, döms för *samlag med syskon* till fängelse i högst ett år. Det gäller dock inte den som förmåtts till gärningen genom olaga tvång eller på annat otillbörligt sätt (6 kap. 7 §).

Den som främjar eller utnyttjar att ett barn under femton år utför eller medverkar i sexuell posering, döms för *utnyttjande av barn för sexuell posering* till böter eller fängelse i högst två år. Detsamma gäller den som begår en sådan gärning mot ett barn som fyllt femton men inte arton år, om poseringen är ägnad att skada barnets hälsa eller utveckling. Är brottet grovt, döms för *grovt utnyttjande av barn för sexuell posering* till fängelse i lägst sex månader och högst sex år. Vid bedömning av om brottet är grovt ska särskilt beaktas om brottet

avsett en verksamhet som bedrivits i större omfattning, medfört betydande vinning eller inneburit ett hänsynslöst utnyttjande av barnet (6 kap. 8 §).

Den som, i annat fall än som avses förut i kapitlet, förmår ett barn som inte fyllt arton år att mot ersättning företa eller tåla en sexuell handling, döms för *utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling* till fängelse i högst fyra år. Det gäller även om ersättningen har utlovats eller getts av någon annan (6 kap. 9 §).

Den som, i annat fall än som avses förut i kapitlet sexuellt berör ett barn under femton år eller förmår barnet att företa eller medverka i någon handling med sexuell innebörd, döms för *sexuellt ofredande* till böter eller fängelse i högst två år. Detsamma gäller den som blottar sig för någon annan på ett sätt som är ägnat att väcka obehag eller annars genom ord eller handlande ofredar en person på ett sätt som är ägnat att kränka personens sexuella integritet (6 kap. 10 §.)

Den som, i syfte att mot ett barn under femton år begå en gärning för vilken straff föreskrivs i 4, 5, 6, 8 eller 10 §, föreslår en träff eller stämmer träff med barnet, döms för *kontakt för att träffa ett barn i sexuellt syfte* till böter eller fängelse i högst två år (6 kap. 10 a §).

Den som, i annat fall än som avses förut i kapitlet skaffar sig en tillfällig sexuell förbindelse mot ersättning, döms för *köp av sexuell tjänst* till böter eller fängelse i högst ett år. Det gäller även om ersättningen har utlovats eller getts av någon annan (6 kap. 11 §).

Slutligen är det straffbart att främja eller på ett otillbörligt sätt ekonomiskt utnyttja att en person har tillfälliga sexuella förbindelser mot ersättning. I sådant fall döms för *koppleri* till fängelse i högst fyra år. Straffbestämmelsen om koppleri innehåller även straffbestämmelser om lägenhetsupplåtares ansvar i vissa fall när lägenheten används för tillfälliga sexuella förbindelser mot ersättning. Är ett koppleribrott att anse som grovt, döms för *grovt koppleri* till fängelse i högst två och högst tio år. Vid bedömning av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om brottet avsett en verksamhet som bedrivits i större omfattning, medfört betydande vinning eller inneburit ett hänsynslöst utnyttjande av annan.

I 6 kap. 13 § finns det en bestämmelse som innebär att kravet på uppsåt när det gäller ett barns ålder inte upprätthålls. Till ansvar som i detta kapitel är föreskrivet för en gärning som begås mot någon under en viss ålder ska dömas även den som inte haft uppsåt till men

varit oaktsam beträffande omständigheten att den andra personen inte uppnått den åldern.

I 6 kap. 14 § finns en ansvarsfrihetsbestämmelse vid vissa brott mot barn under 15 år enligt vilken det inte ska dömas till ansvar om det är uppenbart att gärningen inte inneburit något övergrepp mot barnet med hänsyn till den ringa skillnaden i ålder och utveckling mellan den som har begått gärningen och barnet samt omständigheterna i övrigt.

Kapitlets sista bestämmelse, 6 kap. 15 §, anger att för försök till våldtäkt, grov våldtäkt, sexuellt övergrepp, grovt sexuellt övergrepp, våldtäkt mot barn, grov våldtäkt mot barn, sexuellt utnyttjande av barn, sexuellt övergrepp mot barn, grovt sexuellt övergrepp mot barn, utnyttjande av barn för sexuell posering, grovt utnyttjande av barn för sexuell posering, utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling, köp av sexuell tjänst, koppleri och grovt koppleri döms det till ansvar enligt 23 kap. Detsamma gäller för förberedelse till koppleri samt för förberedelse och stämpling till och underlåtenhet att avslöja eller förhindra våldtäkt, grov våldtäkt, våldtäkt mot barn, grov våldtäkt mot barn, grovt utnyttjande av barn för sexuell posering och grovt koppleri.

3.3 Utvecklingen av sexualbrottslagstiftningen

3.3.1 Inledande kommentarer

Bestämmelser om sexualbrott – som förr ofta benämndes sedlighetsbrott – har funnits i svensk lagstiftning sedan mycket lång tid tillbaka, även om motiven för straffansvaret inte varit detsamma över tid. Sexualbrotten finns sedan BrB:s tillkomst i 6 kap. Huvudstadgandet har allt sedan dess utgjorts av straffbestämmelsen om våldtäkt men straffansvaret för det brottet har utvecklats och förändrats genom ett flertal reformer. Också de övriga straffbestämmelserna om sexualbrott har genomgått betydande förändringar.

Under 1980- och 1990-talen genomfördes flera reformer. För de överväganden som utredningen har att göra är särskilt de omfattande förändringar i lagstiftningen som genomfördes vid 2005, 2013 och 2018 av intresse.

3.3.2 2005 års ändringar

1998 års sexualbrottskommitté hade i uppdrag att göra en total översyn av bestämmelserna om sexualbrott. Kommittén redovisade sina förslag i betänkandet *Sexualbrotten – Ett ökat skydd för den sexuella integriteten och angränsande frågor* (SOU 2001:14).

Efter att de förslagen remitterats utarbetades inom justitiedepartementet en promemoria med ett utkast till ny sexualbrottslagstiftning som också den remitterades. Sedan Lagrådet yttrat sig över lagförslaget gjorde regeringen en del ändringar i förslaget. I prop. 2004/05:45 behandlade regeringen både de förslag som lämnats av 1998 års sexualbrottskommitté och förslagen i promemorian. Dessutom gjordes en bedömning av behovet av lagändringar för att Sverige skulle uppfylla Europeiska kommissionens rambeslut av den 22 januari 2001 om åtgärder för att bekämpa sexuellt utnyttjande av barn och barnpornografi. Sedan regeringens förslag till lagändringar i propositionen antagits av riksdagen, trädde ändringarna i kraft den 1 april 2005. Ändringarna – *2005 års sexualbrottsreform* – innebar att ett nytt 6 kap. infördes i BrB som ersatte det tidigare. Kapitlet fick namnet ”*Om sexualbrotten*”.

Syftet med ändringarna var att ytterligare förstärka och tydliggöra varje människas absoluta rätt till personlig och sexuell integritet och sexuellt självbestämmande, att lyfta och förstärka skyddet för barn och ungdomar mot sexuella kränkningar och att skapa klara och väl avgränsade bestämmelser för sexualbrotten.

Genom reformen sänktes kravet på våld eller hot vid våldtäktsbrottet. Dessutom utvidgades tillämpningsområdet till att avse även situationer där gärningsmannen otillbörligt utnyttjat att offret befunnit sig i situationer som inneburit svårigheter för offret att freda sin sexuella integritet även om något våld eller hot inte förekommit. Gärningar som hade begåtts mot offer som förhållit sig passiva, eller som inte kunnat uppfatta gärningen kom således att i vissa fall omfattas av straffbestämmelsen om våldtäkt i stället för att, som tidigare, bedömas som sexuellt utnyttjande. Efter lagändringen krävdes, sammanfattningsvis, att graden av våld eller hot hade varit av sådan karaktär att det utgjort en förutsättning för gärningens genomförande eller att gärningsmannen utnyttjat att offret befunnit sig i ett hjälplöst tillstånd och därmed saknade förmåga att freda sin sexuella integritet.

I enlighet med det förslag som 1998 års sexualbrottskommitté hade lämnat ersattes begreppet ”sexuellt umgänge” med begreppet ”sexuell handling”. Utredningen återkommer till omfattningen och innebörden av detta begrepp i kapitel 4.3.2.

3.3.3 2013 års ändringar

2008 års sexualbrottsutredning

Sedan det nya 6 kap. BrB hade varit i kraft några år tillsatte regeringen 2008 års sexualbrottsutredning för att utvärdera hur 2005 års sexualbrottsreform hade tillämpats. Utredningen skulle även utreda och ta ställning till om kravet på tvång som grund för straffansvar för våldtäkt borde ersättas med ett krav på bristande samtycke. Slutligen skulle utredningen analysera frågan om Sveriges tillträde till Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp och om det i så fall skulle krävas några lagändringar vid ett tillträde.

Uppdraget redovisades i betänkandet *Sexualbrottslagstiftningen – utvärdering och reformförslag (SOU 2010:71)*. Där drog utredningen slutsatsen att skyddet för den personliga och sexuella integriteten och självbestämmanderätten hade förstärkts och tydliggjorts genom 2005 års reform men att vissa ytterligare ändringar behövde genomföras för att förstärka skyddet för den personliga och sexuella integriteten. Ett av de problem som utredningen hade identifierat var gränsdragningen mellan brotten våldtäkt och sexuellt tvång. Utredningen gav förslag på förändringar som skulle förenkla denna gränsdragning. Därtill identifierade utredningen bl.a. vissa problem i utnyttjandesituationerna.

Utredningen bedömde att en ren samtyckeslagstiftning inte borde införas men föreslog en kompletterande samtyckesbaserad reglering som skulle vara subsidiär till bestämmelserna om våldtäkt och sexuellt tvång. Med hänsyn till de ändringar som genomfördes 2018 (se nedan 3.3.4) finns dock inte anledning att beröra detta ytterligare här.

Utredningen bedömde slutligen att Sverige borde tillträda Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp (”Lanzarotekonventionen”), se vidare om denna i avsnitt 3.5.3.

Prop. 2012/13:111, En skärpt sexualbrottslagstiftning

Regeringen behandlade 2008 års sexualbrottsutrednings förslag i prop. 2012/13:111. Där föreslog regeringen bl.a. att bestämmelsen om våldtäkt skulle utvidgas genom att fler fall av sexuella utnyttjanden kriminaliserades som våldtäkt genom att begreppet ”*hjälpöst tillstånd*” ersattes av det vidare begreppet ”*särskilt utsatt situation*”.

I syfte att ytterligare tydliggöra kränkningens betydelse vid bedömningen av om en sexuell handling är jämförlig med samlag föreslog regeringen vidare att straffansvaret för våldtäkt, förutom samlag, även skulle omfatta varje annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar – och inte som tidigare kränkningens art och omständigheterna i övrigt – var jämförlig med samlag.

För att ytterligare markera allvaret i sexualbrott som riktar sig mot barn föreslogs att tillämpningsområdet för grovt sexuellt övergrepp mot barn skulle utvidgas samt att straffminimum skulle höjas från fängelse i sex månader till fängelse i ett år.

Regeringen föreslog dessutom att Sverige skulle tillträda Lanzarotekonventionen samt lämnade de förslag till ändringar som enligt regeringen krävdes.

Sedan riksdagen antagit regeringens förslag trädde lagändringarna i kraft den 1 juli 2013 och Sverige tillträdde Lanzarotekonventionen den 1 oktober 2013.

3.3.4 2018 års ändringar

2014 års sexualbrottskommitté

I augusti 2014 beslutade dåvarande regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att bl.a. göra en översyn av våldtäktsbrottet varvid det särskilt skulle övervägas hur en samtyckesreglering lämpligen borde utformas, lämna förslag på hur ett särskilt oaksamhetsansvar för våldtäkt bör utformas, att granska och analysera hur de brottsbekämpande myndigheterna utreder ärenden om våldtäkt och hur rättsväsendet i övrigt hanterar sådana ärenden för att därefter överväga åtgärder för hur rättsväsendet ytterligare kunde förbättra sitt arbete inom området. Som en del i detta beslutade kommittén att även se över hur hälso- och sjukvården hanterade den delen av sitt uppdrag. Efter regeringsskiftet 2014 ombildades utredningen till en

parlamentariskt sammansatt kommitté. Senare kom uppdraget även att utvidgas till att bl.a. ta ställning till om straffet för de allvarliga fallen av våldtäkt och våldtäkt mot barn borde skärpas och analysera om den befintliga lagstiftningen erbjöd ett tillräckligt starkt skydd mot vissa sexuella övergrepp som sker via internet.

Kommittén redovisade sina förslag och bedömningar i betänkandet *Ett starkare skydd för den sexuella integriteten* (SOU 2016:60).

Kommittén fann att bestämmelserna om våldtäkt och sexuellt tvång skulle ändras och att straffansvar skulle föreligga om offret inte deltagit frivilligt. Vidare lämnade kommittén förslag om bl.a. att våldtäktsbegreppet borde utmönstras och ersättas med begreppet sexuellt övergrepp, ett förslag som dock inte genomfördes. Kommittén föreslog också att våldtäktsbrottet borde gradindelas ytterligare och att det skulle införas ett synnerligen grovt brott för sexuella övergrepp som riktades mot barn och vuxna, något som inte heller genomfördes. Därutöver föreslog kommittén ändringar i syfte att skärpa synen på sexualbrott mot barn som hade fyllt 15 år men inte 18 år samt att det skulle införas ett straffansvar även vid oaktsamhet. Kommittén lämnade dessutom vissa förslag rörande rättsprocessen och rättsväsendets hantering av sexualbrotten, varvid kommittén bl.a. föreslog att myndighetsuppdrag borde ges i vissa frågor som rörde spårsäkring vid utredningar om sexualbrott. Därvid skulle Socialstyrelsen få i uppdrag att se över om det var lämpligt att genom föreskrifter ålägga hälso- och sjukvården att spara prover från spårsäkringssatser i två år i enlighet med NCK:s rekommendationer.

Av särskilt intresse är de förslag och överväganden som kommittén lämnade i fråga om distansbrotten, dvs. sexuella övergrepp via internet. Kommitténs förslag i den delen kom inte att genomföras men frågeställningarna är i grunden desamma som denna utredning har att överväga. En närmare redogörelse över den analys och de förslag som kommittén lämnade finns i avsnitt 5.2.3 nedan.

Prop. 2017/18:177, En ny sexualbrottslagstiftning byggd på frivillighet

I prop. 2017/18:177 föreslog regeringen en genomgripande förändring av utgångspunkterna för straffansvaret vid de allvarligaste sexualbrotten. Regeringen föreslog att gränsen för straffbar gärning

skulle gå vid om deltagandet i en sexuell aktivitet var frivilligt eller inte och alltså inte, såsom tidigare, att straffansvaret förutsatte våld, hot eller utnyttjande av en särskilt utsatt situation. Detta innebar att regeringen, med vissa ändringar, godtog kommitténs förslag. Syftet med denna ändring var att förstärka och tydliggöra varje människas rätt till personlig och sexuell integritet och sexuellt självbestämmande.

Därutöver föreslog regeringen ett särskilt ansvar för vissa allvarliga sexualbrott vid grov oaktsamhet i förhållande till att målsäganden deltagit frivilligt, att minimistraffet för grov våldtäkt och grov våldtäkt mot barn skulle höjas från fängelse i fyra år till fängelse i fem år, att delvis nya bedömningsgrunder skulle införas för att bedöma om en våldtäkt skulle rubriceras som grov och att det straffrättsliga skyddet vid sexualbrott mot barn skulle stärkas vid oaktsamhet hos gärningsmannen i fråga om barnets ålder.

Däremot gick regeringen inte vidare med kommitténs förslag i fråga om distansbrotten. Utredningen återkommer till dessa delar i avsnitt 5.2.3.

Sedan riksdagen – som också tillkännagav för regeringen sin uppfattning i fråga om behovet av ytterligare reformering av sexualbrottslagstiftningen – hade antagit regeringens förslag, trädde ändringarna i kraft den 1 juli 2018.

3.4 Svenska domstolars behörighet

Vid distansbrotten, (vi återkommer till definitionen av distansbrott i avsnitt 5) förekommer det att gärningsmannen har befunnit sig i Sverige när denne begått brotten samtidigt som offren befunnit sig utomlands.

Bestämmelser om svensk domstols behörighet finns i 2 kap. BrB. Av 2 kap. 1 § framgår att svensk domstol är behörig att döma för brott som har begåtts i Sverige. Enligt 2 kap. 4 § anses ett brott begånget där den brottsliga handlingen företogs och även där brottet fullbordats eller, vid försök, där brottet skulle ha fullbordats.

Av praxis framgår att så snart någon del av den brottsliga gärningen har ägt rum här i Sverige så anses gärningen i sin helhet vara begånget i Sverige. Om brottet har begåtts i Sverige är svensk domstol också behörig att pröva de delar av handlingen som har skett utomlands. För att lokalisera ett brott till en viss stat räcker det alltså

att någon del av brottet har förövats där (jfr bl.a. rättsfallen NJA 1993 s. 292 och NJA 2008 s. 1135).

Detta innebär, för vår utredning, att när gärningsmannen befinner sig i Sverige när han utför handlingen ska handlingen i sin helhet anses var begången i Sverige, och svensk domstol är därmed behörig att pröva åtalet i sin helhet enligt svensk lag, även om offret befann sig utomlands vid gärningstillfället. Omständigheten att effekterna av gärningsmannens handlande uppkom utomlands är alltså irrelevant för bedömningen.

I en lagrådsremiss den 15 april 2021 har regeringen föreslagit att lagstiftningen om svensk straffrättslig domsrätt förtydligas, moderniseras och anpassas till folkrätten genom att det införs ett nytt 2 kap. i BrB med rubriken Om svensk domstols behörighet. Det finns dock inte förutsättningar för oss att gå in på det förslaget.

3.5 Unionsrättsliga och internationella förpliktelser

3.5.1 Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen)

Barnkonventionen trädde i kraft i Sverige den 2 september 1990 och gäller som svensk lag sedan den 1 januari 2020 (lag [2018:1197] om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter).

Barnkonventionen ger skydd åt alla som inte har fyllt 18 år (artikel 1) och syftar till att ge barn en starkare juridisk ställning. I barnkonventionen anges ett flertal rättigheter som alla barn har och som alltid ska beaktas vid beslut som rör barn. Vid dessa bedömningar ska man alltid utgå från vad som är bäst för barnet (artikel 3). De artiklar som är viktigast för våra överväganden är artikel 19 och 34. Artikel 19 anger att barn ska skyddas mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, inklusive sexuella övergrepp. Artikel 34 anger att barn ska skyddas från alla former av sexuellt utnyttjande och sexuella övergrepp. Eftersom detta innebär att alla lämpliga åtgärder ska vidtas får det förutsättas att sådana utnyttjanden och övergrepp normalt bör vara kriminaliserade och straffbelagda för att kraven enligt konventionen ska vara uppfyllda.¹ Det

¹ SOU 2020:63 s. 1341.

finns även tre fakultativa protokoll till konventionen varav särskilt det andra, som avser försäljning av barn, barnprostitution och barnpornografi (det antogs i Sverige den 19 februari 2007) kan vara av intresse.

I samband med att barnkonventionen skulle bli svensk lag år 2020 behandlades den utförligt i prop. 2017/18:186.

Våren 2018 gav regeringen Barnkonventionsutredningen i uppdrag att genomföra en kartläggning för att belysa hur svensk lagstiftning och praxis överensstämmer med barnkonventionen. I sitt betänkande SOU 2020:63 (särskilt s. 1341 ff.) fann utredningen att svensk lagstiftning och praxis i huvudsak överensstämmer med innebörden av artikel 34 i konventionen men ansåg att Sverige inte kunde anses uppfylla sina åtaganden i fråga om det straffrättsliga skyddet mot sexuella gärningar som begås genom digitala medier när gärningsmannen inte närvarar i realtid.

3.5.2 Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet, CETS nr 210 (Istanbulkonventionen)

Konventionen, som trädde i kraft i Sverige den 1 juli 2014, fördömer alla former av våld och beskriver våld mot kvinnor som ett uttryck för historiskt ojämlika maktförhållanden mellan kvinnor och män. Den slår fast att våld mot kvinnor är könsrelaterat på strukturell nivå.

I konventionen konstateras att kvinnor och flickor riskerar att utsättas för könsrelaterat våld och våld i hemmet i större utsträckning än män. Att förebygga våld mot kvinnor anses som avgörande för att kunna uppnå jämställdhet mellan kvinnor och män.

I artikel 3.a ges följande definition av våld mot kvinnor som ”... *ett brott mot de mänskliga rättigheterna och en form av diskriminering av kvinnor och avser varje fall av könsrelaterat våld som leder till, eller troligen kommer att leda till, fysisk, sexuell, psykisk eller ekonomisk skada eller fysiskt, sexuellt, psykiskt eller ekonomiskt lidande för kvinnor, inbegripet hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, oavsett om det sker i ett offentligt eller privat sammanhang.*” Den efterföljande artikeln, 3.b, definierar begreppet våld i hemmet enligt följande: ”... *varje fall av fysiskt, sexuell, psykiskt eller ekonomiskt våld som utövas inom familjen eller i hemmiljön eller mellan*

makar eller partner eller före detta makar eller partner, oavsett om förövaren delar eller har delat bostad med brottsoffret eller inte.”

De stater som har anslutit sig till konventionen har ett ansvar för att vidta nödvändiga lagstiftningsåtgärder och andra åtgärder för att förebygga, utreda, straffa och gottgöra våldshandlingar som omfattas av konventionen och som begås av icke-statliga aktörer (artikel 5.2.). Konventionen innehåller både civilrättsliga och straffrättsliga bestämmelser. Exempel på ågeranden som staterna har åtagit sig att kriminalisera är sexuellt våld (artikel 36). En särskild övervakningsmekanism är kopplad till konventionen.

Sveriges tillträde till konventionen behandlades i prop. 2013/14:208, varvid endast smärre lagändringar – som inte är av betydelse för vårt uppdrag – ansågs nödvändiga för ett tillträde.

3.5.3 Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp, CETS nr 201 (Lanzarotekonventionen)

Konventionens syfte är att förebygga och bekämpa sexuell exploatering och sexuella övergrepp mot barn, att skydda rättigheterna hos barn som utsatts för sexuell exploatering och sexuella övergrepp och slutligen att främja nationellt och internationellt samarbete i frågan (artikel 1). Med barn avses liksom i barnkonventionen alla människor under 18 år.

Konventionen innehåller bl.a. skyldigheter för medlemsstaterna att införa straffbestämmelser som ska skydda barn mot sexuella övergrepp, barnprostitution, barnpornografi, deltagande i pornografiska föreställningar, bevittnande av sexuella övergrepp och sexuella handlingar och kontaktsökande med barn i sexuellt syfte. Staterna är även skyldiga att vidta nödvändiga lagstiftningsåtgärder som innebär att den som begår något av de uppräknade brotten ådöms ett proportionerligt straff.

Sveriges tillträde till konventionen behandlades i prop. 2012/13:111, där regeringen bedömde att Sverige inte behövde genomföra några ändringar i 6 kap. för att kunna tillträda den. Sverige förbehöll sig dock rätten att inte tillämpa artiklarna 20.1.a och e beträffande framställning och innehav av pornografiskt material där barn, som uppnått åldern för sexuellt självbestämmande, deltar och där dessa bilder framställts och innehas av dem med deras samtycke och enbart för

deras privata bruk och att inte kriminalisera försök till gärningar som avses i artikel 22 och 23.

Konventionen trädde i kraft i förhållande till Sverige den 1 oktober 2013.

3.5.4 Europaparlamentets och rådets direktiv om bekämpande av sexuella övergrepp mot barn, sexuell exploatering av barn och barnpornografi samt om ersättande av rådets rambeslut (direktiv 2011/93/EU, 2004/68/RIF av den 13 december 2011)

I direktivet fastställs minimiregler för brottsrekvisit och påföljder när det gäller sexuella övergrepp mot och sexuell exploatering av barn, barnpornografi och kontaktsökning med barn för sexuella ändamål. Direktivet syftar även till att stärka åtgärderna för att förebygga sådana brott och förbättra skyddet för dess offer. Med barn avses också i detta direktiv varje person som är under arton år. Åldern för sexuellt självbestämmande anges i direktivet som den ålder under vilken det enligt nationell lag är förbjudet att ägna sig åt sexuella handlingar med ett barn.

Det är främst artiklarna 3–6, som anger de gärningar som ska vara straffbelagda och vilket på maximistraff länderna måste ha för dess gärningar, som är relevant för den här utredningen. Vi återkommer till frågan om maximistraff för grovt sexuellt övergrepp mot barn (jfr avsnitt 8.1 och 8.12.3).

Direktivet behandlades av regeringen i prop. 2012/13:194. Regeringen anförde att svensk rätt uppfyllde de flesta åtagandena i direktivet med undantag för vissa frågor om preskription och registerkontroll. För att Sverige skulle uppfylla även dessa delar av direktivet föreslog regeringen en ny lag om registerkontroll av personer som ska arbeta med barn.² Vidare föreslog regeringen att preskriptionstiden för dåvarande köp av sexuell handling av barn och för sexuell ofredande som begåtts mot ett barn skulle förlängas så att preskriptionstiden skulle börja löpa först den dag målsäganden fyller eller skulle ha fyllt arton år.³ Lagändringarna trädde i kraft den 18 december 2013.

² SFS 2013:852.

³ Jfr 35 kap. 4 § BrB.

4 Samlagsbegreppet

4.1 Uppdraget

Vårt uppdrag i denna del är att analysera om samlagsbegreppet i 6 kap. brottsbalken behöver förändras med hänsyn till intresset av att lagstiftningen ska vara så könsneutral som möjligt. Vi ska även analysera lämpligheten av att använda vaginalt samlag som jämförelsenorm för sexuella handlingar som är så kränkande att de faller under tillämpningsområdet för de allvarligaste sexualbrotten våldtäkt och våldtäkt mot barn.

Uppdraget innefattar inte frågan om våldtäkt och våldtäkt mot barn, dvs. de allvarligaste sexualbrotten, ska utvidgas. Tillämpningsområdet ska fortsättningsvis vara detsamma och straffbestämmelserna ska vara reserverade för de allvarligaste sexuella kränkningarna.

4.2 Relevanta bestämmelser i BrB och samlagsbegreppets innebörd

Med samlag avses i BrB endast vaginalt samlag. Begreppet samlag används i brottsbeskrivningarna dels som rekvisit för att beskriva den sexuella handlingen, dels som en jämförelsenorm för att – i förekommande fall – reglera vilka brottsliga gärningar som bör omfattas av straffansvaret för de allvarligaste sexualbrotten våldtäkt och våldtäkt mot barn.

Samlag som rekvisit förekommer i tre straffbestämmelser i 6 kap. – våldtäkt (1 §), våldtäkt mot barn (4 §) och samlag med avkomling respektive samlag med syskon (7 §). Beträffande våldtäkt och våldtäkt mot barn anger dessa straffbestämmelser ”*samlag eller annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag*”.

Samlagsbegreppet är även relevant vid tillämpningen av 1 a–3 och 5–6 §§ eftersom dessa straffbestämmelser hänvisar till vad som anges i 1 § respektive 4 §. Således är innebörden av ”*samlag och annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag*” av stor betydelse eftersom begreppet är avgörande för vilken straffbestämmelse som ska tillämpas.

Enligt Svenska Akademiens ordlista betyder samlag ”*sexuellt umgänge*” medan Nationalencyklopedin anger ”*Akt där två eller flera personer förenas sexuellt. Ett samlag kan vara vaginalt, analt eller oralt. Samlag är inte alltid penetrerande*”.

I redogörelsen nedan skriver vi genomgående ”våldtäkt” – med detta menar vi även straffbestämmelsen våldtäkt mot barn. Detta innebär att de förslag vi lämnar avser både 1 och 4 §§.

Samlag som rekvisit vid samlag med avkomling respektive samlag med syskon kommer att beröras bara om det har betydelse för våra överväganden.

4.3 Bakgrund

4.3.1 Äldre lagstiftningsprocesser

Frågan om vilka handlingar som ska omfattas av våldtäktsbestämmelsen, och därmed vilken norm lagstiftningen ska utgå från vid denna bedömning, har diskuterats och ändrats genom åren.

Fram till 1984 års lagändring omfattades endast vaginala samlag av straffbestämmelsen. Genom lagändringen år 1984 utvidgades straffbestämmelsen till att omfatta ”*samlag eller därmed jämförligt sexuellt umgänge*”.¹ Det var alltså först i samband med denna ändring som våldtäktsbestämmelsen kom att omfatta handlingar som riktades mot män och mellan personer av samma kön samt anala och orala samlag mellan man och kvinna. Regeringen anförde att handlingar som anala och orala penetrationer med hänvisning till kränkningen kunde vara lika allvarliga som vaginala samlag varför dessa skulle omfattas.

Den 1 juli 1998 ändrades åter lydelsen av våldtäktsbestämmelsen. Den nya lydelsen löd ”*samlag eller – – annat sexuellt umgänge, om gärningen med hänsyn till kränkningens art och omständigheterna i övrigt är jämförlig med påtvingat samlag*”. Regeringen sammanfattade

¹ Prop. 1983/84:105 s. 15–17.

ändringen på följande sätt: ”Det är alltså kränkningens art i stället för sexualhandlingen som sådan som lyfts fram.”²

4.3.2 2005 års ändringar

Frågan om vilka handlingar som skulle rymmas inom våldtäktsbestämmelsen behandlades av 1998 års sexualbrottskommitté. Enligt kommitténs förslag skulle sexuella handlingar som är allvarligt kränkande med hänsyn till tvångets art eller omständigheterna i övrigt omfattas. Vid bedömningen skulle vikt läggas vid arten och graden av den sexuella kränkningen som hade åstadkommit genom det påtvingade sexuella övergreppet. Vilken sexuell handling det hade varit fråga om skulle därmed inte ha någon avgörande betydelse.³ Enligt kommittén borde påtvingade vaginala samlag inte utgöra jämförelsenorm eller vara bestämmande för ”kränkningshöjden”. Kommittén menade att det förelåg en risk för att den sexuella handlingen i det enskilda fallet jämförs med ett samlag och ifrågasatte om ett påtvingat vaginalt samlag är mest representativt för vad som utgör en allvarligt kränkande sexuell handling.⁴ Kommitténs förslag utgick således inte från att samlag skulle vara någon jämförelsenorm för vilka handlingar som skulle omfattas av våldtäkt. Hänsyn skulle tas till den sexuella kränkningen och dess art.

Regeringen gick inte fram med kommitténs förslag att samlag skulle tas bort som jämförelsenorm. Regeringen underströk att bedömningen i första hand inte skulle utgå från en jämförelse mellan sexualhandlingar. Domstolarna skulle i stället göra en jämförelse mellan kränkningarna; om kränkningen genom den sexuella handlingen är lika allvarlig som den som kan uppkomma vid ett påtvingat samlag skulle handlingen omfattas av straffbestämmelsen om våldtäkt.⁵ Som en följd av detta togs inte jämförelsenormen bort. Våldtäktsbestämmelsen fick i stället följande nya lydelse ”*samlag eller – – en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens art och omständigheterna i övrigt är jämförlig med samlag*”. Någon egentlig utvidgning av straffbestämmelsen avsågs inte (jfr avsnitt 5.2.1 beträffande begreppet sexuell handling). Regeringen anförde att till det

² Prop. 1997/98:55 s. 135.

³ SOU 2001:14 s. 156.

⁴ SOU 2001:14 s. 158.

⁵ Prop. 2004/05:45 s. 46.

som skulle omfattas borde räknas bl.a. orala och anala samlag och att föra in föremål, fingrar eller en knytnäve i en kvinnas underliv. Vad gäller orala samlag skulle sådana omfattas oavsett om det är gärningsmannen eller offret som utför den orala handlingen. Även att föra in t.ex. föremål eller fingrar i anus på en person skulle omfattas.⁶

4.3.3 2013 års ändringar

Även 2008 års sexualbrottsutredning behandlade den aktuella frågan. Av vikt för utredningens arbete var att Högsta domstolen, i tiden efter 2005 års reform, hade meddelat två avgöranden, NJA 2008 s. 482 I och II. Målen rörde frågan vad som avsågs med ”*annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag*”. Avgörandena, framför allt nr II, har diskuterats och nedan följer därför en redogörelse av dessa fall. Både i fall I och II hade de tilltalade utnyttjat att målsägandena befann sig i ett hjälplöst tillstånd.

I det första avgörandet (I) hade den tilltalade fört in sina fingrar i en sovande kvinnas underliv. Kvinnan vaknade av detta och klargjorde då att hon inte var intresserad varpå den tilltalade slutade. Penetrationen medförde viss smärta. Högsta domstolen menade att ”*handlingen måste anses snarlik en kränkning innebärande att utsättas för ett påtvingat samlag*”. Handlingen var därför, trots att den varit kortvarig, jämförlig med samlag. Den tilltalade dömdes för mindre grov våldtäkt.

I det andra avgörandet var den tilltalade (som var i 50-årsåldern) målsägandens (en 17-årig pojke) chef. Händelsen ägde rum på ett hotellrum under en tjänsteresa och bestod i att den tilltalade med sin hand berörde målsägandens könsorgan. Högsta domstolen fann att den händelsen inte var jämförlig med samlag och anförde följande.

⁶ Prop. 2004/05:45 s. 135 f.

Att en gärningsman onanerar åt en annan person torde i de flesta fall inte utgöra ett sådant övergrepp som innefattar en kränkning jämförlig med den som uppstår vid ett påtvingat samlag (se prop. 2004/05:45 s. 59 och 141). Några skäl att bedöma den i målet aktuella handlingen på annat sätt har inte framkommit.

Sexualbrottsutredningen påpekade att fall II hade begränsat prejudikatvärde eftersom de närmare omständigheterna kring fallet inte var beskrivna.

I betänkandet anförs att jämförelsenormen sällan vållade några problem, särskilt när det rörde sig om handlingar som innefattade penetration.⁷ Utredningen hänvisade dock till NJA 2008 s. 482 II och att det kan uppstå tolkningsproblem när man ska bedöma om fallen med onani omfattas av våldtäktsbestämmelsen. Här konstaterade utredningen att en bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet av nivån på kränkningen alltid ska göras.

Vidare anfördes att problematiken med jämförelsenormen bestod i att det inte var helt tydligt enligt förarbeten och praxis att det var kränkningarna och inte sexualhandlingarna som i första hand skulle jämföras.

Utredningen instämde i den kritik som hade riktats mot 1998 års sexualbrottskommittés förslag och fann det därför inte lämpligt att föreslå en reglering utan jämförelsenorm. Utredningen anförde följande.

Inte heller vill vi inom ramen för denna utvärdering föreslå något annat sätt att formulera våldtäktsbestämmelsen på som innebär att samlaget överges som jämförelsenorm; de invändningar vi har mot rättstillämpningen i fråga om en ibland för tydlig fokusering på teknikaliteter är dessutom inte av det slag att det är nödvändigt med en helt ny regleringsmodell. För att åtgärda bristen föreslår vi i stället att samlaget behålls som jämförelsenorm, men att dagens reglering förändras genom att det tydligare lyfts fram att det är bedömningen av den sexuella kränkningen som ska vara det centrala i avgränsningen av våldtäktsbrottet.

Utredningen fann inte heller att begreppet samlag skulle ändras.

Utredningens förslag var att lagtexten i aktuellt hänseende skulle ha följande lydelse: ”*samlag eller – – – en annan sexuell handling som med hänsyn till den sexuella kränkningens allvar är jämförlig med påtvingat samlag*”. Exempel på omständigheter som borde ha bety-

⁷ SOU 2010:71 s. 266 f.

delse var övergreppets varaktighet, om övergreppet medfört smärta, sår eller annan kroppsskada, om övergreppet innebar en risk för offret att smitta överfördes från gärningsmannen, om gärningsmannen uttalat grova smädelser mot offret eller på annat sätt förnedrat offret eller om övergreppet bevitnats av andra personer eller dokumenterats i bild.⁸

Ett antal remissinstanser framförde kritik mot förslaget att låta samlag kvarstå som jämförelsenorm. Kortfattat rörde kritiken att en tillämpning av denna norm inte kunde säkerställa att lagstiftningen tillämpades lika för alla oavsett kön, könsidentitet eller sexuell läggning.

Regeringen delade utredningens uppfattning att en lagreglering utan jämförelsenorm skulle kunna leda till betydande svårigheter att avgränsa det straffbara området. Därtill menade regeringen att man ytterligare skulle markera och lyfta fram kränkningens betydelse vid bedömningen av vilka andra sexuella handlingar som bör omfattas av våldtäktsbestämmelsen.⁹ I syfte att ytterligare förtydliga att det i första hand inte ska göras någon jämförelse mellan sexualhandlingarna som sådana utan mellan kränkningarna skulle straffbestämmelsen ändras till ”*med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag*”. Regeringen menade att det inte fanns skäl att på nytt föra in ordet *påtvingat* i lagtexten.

Beträffande hur man skulle bedöma graden av kränkning vid gärningar riktade mot barn anförde regeringen i författningskommentaren till 4 § att en utgångspunkt måste vara att barn generellt sett är mer utsatta än vuxna. Detta medför att bedömningen av allvaret i kränkningen i det enskilda fallet kan falla ut olika beroende på om brottsoffret är ett barn eller en vuxen person. Även barnets ålder kan påverka bedömningen på så sätt att kränkningen generellt sett får anses vara större ju yngre barnet är.¹⁰

Regeringens förslag genomfördes.

⁸ SOU 2010:71 s. 269.

⁹ Prop. 2012/13:111 s. 36.

¹⁰ Prop. 2012/13:111 s. 114.

4.3.4 2018 års ändringar

2014 års sexualbrottskommitté föreslog att begreppet samlag skulle omfatta även orala och anala samlag. Skälet till detta förslag var att kommittén menade att lagstiftningen var förlegad och varken överensstämde med den allmänna uppfattningen eller modernt språkbruk. Avsikten med ändringen var inte att ändra hur sexualbrotten bedömdes eller rubricerades utan avsikten var att skapa en könsneutral bestämmelse.¹¹

Med samlag skulle avses handlingar som innebär att könsorgan har varit i kontakt, men även kontakt mellan könsorgan och mun samt könsorgan och analöppning. Kommittén underströk åter att fokus vid bedömningen av en gärnings allvar skulle vara graden av kränkning av offrets sexuella integritet snarare än vilken handling det rört sig om. Någon ändring i lagtexten skulle dock inte göras på annat sätt än att det i straffbestämmelserna om samlag med avkomling och samlag med syskon (7 §) uttryckligen skulle anges att straffansvaret där skulle föreligga endast vid vaginala samlag. Genom den ändringen i förening med förarbetsuttalanden skulle således uttrycket samlag vid våldtäkt och våldtäkt mot barn utvidgas till att avse även orala och anala samlag.

Regeringen delade kommitténs uppfattning att det var förlegat att begreppet samlag i våldtäktsbestämmelsen endast omfattade vaginala samlag och att samlag även borde omfatta orala och anala samlag. Dock menade regeringen att en sådan ändring som kommittén hade föreslagit förutsatte en ändring av straffbestämmelsen och att det inte var tillräckligt med uttalanden i förarbeten. Regeringen anförde att det inte fanns någon enhetlig definition av samlag och att det inte framstod som en lämplig lösning att lägga till ytterligare jämförelsenormer i lagtexten. Sammanfattningsvis ansåg regeringen att kommitténs förslag för att åstadkomma ett könsneutralt samlagsbegrepp inte var lämpligt att genomföra.

¹¹ SOU 2016:60 s. 221.

4.4 Praxis

Högsta domstolen har, utöver NJA 2008 s. 482 I och II, i ett antal avgöranden bedömt vilka handlingar som ska anses jämförliga med samlag – nedan benämnt ”jämförelseledet”. Någon praxis från Högsta domstolen som närmare berör gränsdragningen mellan handlingar som är respektive inte är jämförliga med samlag efter 2013 års ändringar finns inte. De rättsfall där Högsta domstolen funnit att den sexuella handlingen *inte* varit jämförlig med samlag måste därför läsas med beaktande av de senare ändringarna. Av Högsta domstolens hittillsvarande praxis följer att beröring av könsorgan och analöppning, även om beröringen inneburit viss smärta och riktats mot barn, med hänsyn till kränkningens art inte kan anses jämförlig med samlag. Inte heller handlingar som innebär att den tilltalade lagt sin penis mellan en åttaårings skinkor kunde jämföras med samlag. Högsta domstolen har i stället rubricerat dessa handlingar som sexuellt övergrepp mot barn.¹² Det är inte uteslutet att bedömningen i någon av de sistnämnda situationerna hade blivit en annan i dag. När den tilltalades agerande har innefattat flera beståndsdelar och pågått under en längre tid har gärningar som inneburit beröring av underliv och att slicka en kvinna i underlivet dock enligt underrättspraxis bedömts som jämförliga med samlag.¹³

Även om Högsta domstolen alltså inte uttalat sig särskilt i frågan efter 2013 års ändringar, finns viss hovrättspraxis som vi redovisat utförligare i avsnitt 5.3.5 om distansbrotten som bör beröras även här. Svea hovrätt har i dom den 16 april 2018 i mål nr B 11734–17 anfört att det måste anses som allvarligare ur kränkningssynpunkt att gärningsmannen för in sina fingrar i målsägandens underliv än när målsäganden på instruktion av denne penetrerar sig med sina fingrar. Hovrätten menade att samma uppdelning inte kunde göras vid penetration med främmande föremål eftersom det under alla förhållanden måste anses som extra kränkande att penetrera sitt underliv med främmande föremål. Detta på grund av att skaderisken vid penetration med föremål generellt fick anses vara större än vid penetration med målsägandens egna fingrar. Omständigheter som att den tilltalade hade följt händelseförloppet i realtid, att händelsen dokumenterats, att målsäganden utsatts för smärta, att den tilltalade ut-

¹² NJA 2006 s. 221 och NJA 2008 s. 1096 I.

¹³ RH 2011:3.

tryckt sig nedsättande om målsäganden i samband med den sexuella handlingen eller att det funnits en betydande risk för att målsäganden kunde ha exponerats för andra personer skulle också beaktas vid bedömningen.

I en annan dom från Svea hovrätt, den 22 oktober 2019 i mål nr B 8435–19, behandlades bl.a. frågan hur en gärning, som innebar varaktig och intensiv beröring med egna fingrar av en kvinnlig målsägandens underliv och som hade framkallat olustkänslor hos målsäganden skulle bedömas. Eftersom det inte hade förekommit någon penetration eller framkommit att målsäganden skulle ha orsakats någon smärta eller kroppskada fann hovrätten, med hänvisning till NJA 2008 s. 482 II, att gärningen skulle bedömas som sexuellt övergrepp och inte som våldtäkt. Gärningen var att rubricera som grov.

Med undantag för de hovrättsavgöranden som behandlar distansbrotten är domstolarna relativt kortfattade när de redogör för hur bedömningen om en sexuell handling ska omfattas av jämförelseledet ska göras. Vid sexualhandlingar som inte innefattar penetration görs regelmässigt jämförelser med penetration.

I sammanhanget bör även NJA 2013 s. 548 nämnas. I målet hade den tilltalade fört upp sina fingrar i sin frus underliv. Handlingen utfördes för att kontrollera om frun hade varit otrogen och den tilltalade hade inte haft något sexuellt syfte. Högsta domstolen dömde den tilltalade för våldtäkt och menade att syftet med handlingen saknade betydelse vid bedömningen.

Vi har inte funnit något avgörande från Högsta domstolen där en sexualhandling utan penetration har rubricerats som våldtäkt eller våldtäkt mot barn.

4.5 Vilka handlingar avses med begreppet ”annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag”?

Genom praxis och förarbeten står det klart att orala och anala samlag omfattas av jämförelseledet. Efter regeringens förtydliganden i prop. 2012/13:111 s. 38 och prop. 2017/18:177 s. 28 torde det även stå klart att handlingar som innebär att gärningsmannen med sin tunga berör en kvinnas underliv kan vara jämförlig med samlag oav-

sett om gärningsmannens agerande innefattar penetration eller inte. Högsta domstolens bedömning i NJA 2008 s. 1096 II får därmed anses överspelad.

Vad gäller ageranden där den tilltalade med sin hand berör målsägandens könsorgan utan penetration (jfr NJA 2008 s. 482 II) kan slutsatsen dras att sådant agerande som utgångspunkt inte bedöms som jämförligt med samlag. Det är dock inte uteslutet att även sådana handlingar skulle kunna bedömas som jämförliga med samlag.

Av den praxis som finns vid distansbrotten – och som vi i våra överväganden funnit goda skäl för – följer att tilltalade som har förmått målsäganden att penetrera sig med främmande föremål döms för våldtäkt medan gärningsmän som har förmått målsäganden att penetrera sig själv med sina fingrar har dömts för sexuellt övergrepp.¹⁴ Om en gärningsman penetrerar målsäganden antingen vaginalt eller analt, med sina fingrar eller ett föremål, är det däremot enligt fast praxis att bedöma som en sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag.

Det kan åter nämnas att det vid bedömningen av om en handling ska rubriceras som jämförlig med samlag alltid ska ske en helhetsbedömning av samtliga omständigheter.

4.6 Utländsk rätt

I avsnitt 5.5 finns en redogörelse för de grundläggande sexualbrotten i Norge, Finland och Danmark. Både Danmarks våldtäktsbestämmelse (§ 216 straffeloven) och den finska våldtäktsbestämmelsen (20 kap. 1 § strafflagen) utgår från samlagsbegreppet utan någon uppräkningslagtext vad begreppet innefattar.

Norge har valt en annan lösning. I § 291 straffeloven, som är Norges motsvarighet till våldtäktsbestämmelsen, anges

Med fengsel inntil 10 år straffes den som

- (a) skaffer seg seksuell omgang ved vold eller truende atferd,
- (b) har seksuell omgang med noen som er bevisstløs eller av andre grunner ute av stand til å motsette seg handlingen, eller

¹⁴ Som vi återkommer till flera gånger i avsnitt 4 har vi inte identifierat något rättsfall där målsäganden fyllt 18 år när vi gått igenom rättsfall rörande distansbrotten.

- (c) ved vold eller truende atferd får noen til å ha seksuell omgang med en annen, eller til å utføre handlinger som svarer til seksuell omgang med seg selv

Den straffbestämmelsen kompletteras med straffbestämmelsen ”*Minstestraff for voldtekt til samleie mv.*” (§ 292) som anger

Straffen er fengsel fra 3 inntil 15 år dersom voldtekten som nevnt i § 291 omfattet:

- (a) innføring av penis i skjede- eller endetarmsåpning,
- (b) innføring av penis i fornærmedes munn,
- (c) innføring av gjenstand i skjede- eller endetarmsåpning, eller
- (d) dersom lovbrøyteren har fremkalt en tilstand som nevnt i § 291 bokstav b for å oppnå seksuell omgang.

Till skillnad från Sverige, Finland och Danmark innehåller alltså den norska straffbestämmelsen en uppräknig av vilka handlingar som ska definieras som samlag (samlei).

En annan lagstiftning som är intressant är den kanadensiska, vilket också 2014 års sexualbrottskommitté uppmärksammade. Sexualbrotten regleras i *Criminal Code* (R.S.C., 1985, c. C-46). Vad som är intressant för frågan om samlagsbegreppet är att den kanadensiska straffbestämmelsen om *sexual assault* omfattar alla sexuella övergrepp, från sexuellt ofredande till grov våldtäkt. Straffbestämmelsen (Section 271 Sexual assault) har följande lydelse.

Everyone who commits a *sexual assault* is guilty of

- (a) an indictable offence and is liable to imprisonment for a term of not more than 10 years or, if the complainant is under the age of 16 years, to imprisonment for a term of not more than 14 years and to a minimum punishment of imprisonment for a term of one year; or
- (b) an offence punishable on summary conviction and is liable to imprisonment for a term not exceeding 18 months or, if the complainant is under the age of 16 years, to imprisonment for a term of not more than two years less a day and to a minimum punishment of imprisonment for a term of six months.

Straffansvar föreligger alltså för den som begår ”sexual assault”. Innebörden av begreppet har utvecklats av Kanadas högsta domstol. Av domstolens praxis framgår att tolkningen av vilka handlingar som omfattas av straffbestämmelsen ska vara vid. Det innebär att allt från beröring av t.ex. bröst eller könsorgan utanpå kläderna till en våld-

sam gruppvåldtäkt med samlag eller annan typ av penetration omfattas av samma bestämmelse.¹⁵

Representanter för 2014 års sexualbrottskommitté besökte under arbetet med betänkandet Kanada för att ta del av deras erfarenheter.¹⁶ Vid besöket framkom det att omständigheten att alla sexuella handlingar bedöms enligt samma bestämmelse i någon mån hade medfört negativa konsekvenser och att det framstod som stigmatiserande för de dömda att det av domen alltid framgår att den dömda har dömts för ”sexual assault” och att dessa lagföringar registreras i ett särskilt register för sexualbrottslingar. En annan nackdel som hade framkommit var att allmänheten inte verkade ha uppfattat brottet som särskilt allvarligt. Lagstiftningen medförde alltså pedagogiska svårigheter rörande kommunikation kring brottet.

4.7 Behöver samlagsbegreppet förändras?

Av både förarbeten och praxis framkommer det att domstolarnas bedömning av vilka handlingar som ska hänföras till våldtäktsbestämmelsen överlag fungerar väl. Vår bedömning är att nuvarande lagstiftning på ett i allt väsentligt tydligt sätt har kommit att avgränsa vilka gärningar som är respektive inte är jämförbara med samlag, även om det alltjämt kan antas föreligga vissa gränsdragningsfrågor. Eftersom det inte ingår i uppdraget att i allmänhet – vid sidan av uppdraget om sexualbrott på distans – ta ställning till vilka kränkningar som ska hänföras till våldtäktsbestämmelsen har utredningen frågat sig om det föreligger skäl att ändra en i detta avseende välfungerande straffbestämmelse där det finns en inarbetad praxis. Sådana resonemang – att det inte ska genomföras någon förändring eftersom tillämpningen fungerar väl – har förts fram i det tidigare lagstiftningsarbetet. Vår bedömning är likväl att det föreligger ett antal skäl till att samlagsbegreppet ska förändras.

Det första skälet till att begreppet behöver ses över är att dagens lydelse av samlagsbegreppet, som endast omfattar sexualhandlingar mellan personer av olika kön, utgår från en heterosexuell norm. Vi menar att det finns skäl att ifrågasätta denna norm. RFSL ansåg i sitt yttrande över SOU 2016:60 att ett utmönstrande av begreppet sam-

¹⁵ R v Chase, [1987] 2 SCR 293.

¹⁶ Se SOU 2016:60 s. 173.

lag och införandet av ett mer neutralt begrepp bättre hade kunnat säkerställa att lagen tillämpades lika för alla oavsett kön, könsidentitet, sexuell läggning eller vilken sexualhandling som förekommit. RFSL betonade även att omständigheten att man tar bort samlagsbegreppet eventuellt skulle kunna ha effekt på anmälningsbenägenheten hos de brottsoffer som inte tror sig ha möjligheter att anmäla på grund av att det övergrepp de varit med om inte följer den heteronormativa mallen för samlag. RFSL:s erfarenhet var att många offer förminskar och osynliggör det våld de varit med om vilket leder till att de inte får den hjälp de behöver och inte heller ett rättsligt avgörande. Liknande synpunkter hade framförts av organisationer även i det tidigare lagstiftningsarbetet. Dessa omständigheter talar för att straffbestämmelsen behöver ändras.

Detta behov illustreras väl av NJA 2008 s. 482 I och II. Förenklat rörde både det första och det andra fallet att den tilltalade med sin hand berörde målsägandens könsorgan. I det första fallet hade den tilltalade penetrerat målsäganden (en ung kvinna) med sina fingrar under en kortare tid, handlingen hade inneburit viss smärta. I det andra fallet hade den tilltalade med sin hand berört en påtagligt yngre manlig målsägandens könsorgan för att uppnå egen sexuell tillfredsställelse. I fall I rubricerades gärningen som mindre grov våldtäkt medan gärningen i fall II rubricerades som sexuellt övergrepp. Enligt vår bedömning borde det kunna vara lika kränkande för en man att bli utsatt för en gärning av det slag som var föremål för prövning i fall II som det som kvinnan utsattes för i fall I. Det bör understrykas att rättsfallet NJA 2008 s. 482 II inte måste förstås så att den här typen av gärningar aldrig kan nå upp till jämförlig med samlag utan det ska ske en individuell bedömning. Praxis kan emellertid alltjämt uppfattas så att, trots att avsikten varit att tona ned mer tekniska bedömningar av enskilda sexualhandlingar, förekomsten av penetration alltjämt synes ha stor betydelse vid bedömningen av om en sexuell handling varit jämförlig med samlag.

Enligt vår bedömning framstår det som angeläget att straffbestämmelsen görs mer könsneutral. Vår bedömning är därmed, även om dagens straffbestämmelser i praktiken fungerar väl, att det är av vikt att frågan behandlas igen.

4.8 Olika alternativ

De senaste åren har det presenterats olika alternativ för hur straffbestämmelsen för de allvarligaste sexualbrotten ska avgränsas. Som vi visat ovan har andra länder valt andra lösningar än den svenska.

I syfte att klargöra vilket alternativ som är mest ändamålsenligt kommer vi nedan att redovisa ett antal möjliga alternativ att genomföra nu eller att överväga i särskild ordning. Mot bakgrund av vad regeringen framförde i prop. 2017/18:177 om det förslag som 2014 års sexualbrottskommitté lämnade kommer vi inte redogöra separat för ett sådant förslag igen.

Vår utgångspunkt när vi presenterar de olika alternativen nedan är, som vi nämnt, att vårt uppdrag inte är att i något genomgripande avseende förändra vilka gärningar som bör utgöra våldtäkt.

4.8.1 Alternativ 1 – en straffbestämmelse utan jämförelsenorm

Detta alternativ motsvarar vad 1998 års sexualbrottskommitté föreslog och innebär att man frångår anknytningen till samlagsbegreppet och i stället fokuserar på den sexuella kränkningen. Vid bedömningen om en gärning ska rubriceras som våldtäkt ska vikt läggas vid arten och den grad av sexuell kränkning som har åstadkommit genom det påtvingade sexuella övergreppet. Omständigheter som att ett övergrepp har haft ett utdraget förlopp eller att det innehållit mer utstuderade eller förödmjukande inslag ska tala för att handlingen varit allvarligt kränkande. Även faktorer som att övergreppet lett till smärta, sår, kroppsskada eller att det förelegat risk för att smitta överförts ska beaktas. Samtliga föreliggande omständigheter vid övergreppet bör således vid en samlad bedömning vara sådana att den sexuella handlingen anses allvarligt kränkande.

Om det har förekommit tvång bör även arten och graden av tvånget tillmätas betydelse för bedömningen. Kommittén anförde att ju mer ”avancerad” en sexuell handling varit desto mindre tvång bör krävas för att handlingen ska bedömas som allvarligt kränkande. Vid ett påtvingat samlag eller penetration med knytnäve bör det räcka med ett relativt lindrigt tvång. Om det däremot är frågan endast om en kort beröring eller kanske ingen direkt kroppslig beröring alls bör det krävas att tvånget varit av allvarligare art.

I likhet med vad Svea hovrätt anfört i mål nr B 11734–17 kan även omständigheter som att händelsen dokumenterats, att den tilltalade uttryckt sig nedsättande om målsäganden i samband med den sexuella handlingen eller att det funnits en betydande risk för att målsäganden kunde ha exponerats beaktas.

Vi ser två möjliga lösningar på detta alternativ.

A – Dagens uppdelning av straffbestämmelsen behålls

Detta alternativ är i linje med det som 1998 års kommitté lämnade och innebär att man behåller dagens olika straffbestämmelser men kvalificerar våldtäkt och våldtäkt mot barn på så sätt att de bör träffa sexuella handlingar som – på närmare angivet vis – är *allvarligt* kränkande, medan sexuellt övergrepp och sexuellt övergrepp mot barn ska avse övriga sexuella handlingar.

B – Ett gemensamt brott skapas för alla kränkningar genom att ändra strukturen i 6 kap. BrB

Detta alternativ skulle likna den kanadensiska lagstiftningen och innebär att alla sexuella kränkningar bestraffas enligt en gemensam straffbestämmelse.

Fördelen med detta alternativ är att rätten kan göra en friare helhetsbedömning där fler omständigheter kan vägas in. Detta alternativ hade dock förutsatt en så omfattande omstrukturering av 6 kap. att det inte kan anses ingå i vårt uppdrag. Därtill framstår ett sådant alternativ, med hänsyn till de påtagliga nackdelar som 2014 års sexualbrottskommitté redovisade, i sig inte som lämpligt. Mot bakgrund av detta kommer vi därför inte utveckla detta alternativ närmre.

4.8.2 Alternativ 2 – en straffbestämmelse med exempel i lagtexten på vad som är samlag

Enligt detta alternativ skulle man, i en uttömmande lista, ange vilka sexualhandlingar som omfattas av samlagsbegreppet. Detta alternativ liknar den norska lagstiftningen.

Den norska regleringen innebär att en strängare straffskala är tillämplig bl.a. när det varit fråga om vaginala, anala och orala samlag med penis. Därtill inkluderas vaginala och anala penetrationer med föremål. Penetration med fingrar omfattas inte.¹⁷ Detta medför bl.a. att handlingar som innebär att den tilltalade med sin hand berör målsägandens könsorgan (jfr NJA 2008 s. 482 I och II) bedöms lika oavsett om det förekommit penetration eller inte.

Vår bedömning är att det är möjligt att inkludera fler handlingar än vad Norge gjort, till exempel vaginala och anala penetrationer med fingrar eller att den tilltalade med sin hand berör målsägandens könsorgan.

4.8.3 Alternativ 3 – att i lagtexten lägga till ”vaginala, orala och anala” men att straffbestämmelsen i övrigt har kvar sin lydelse

Detta alternativ liknar det som föreslogs i SOU 2016:60 men med den skillnaden att det i lagtexten skulle anges vilka handlingar som omfattas av samlagsbegreppet. Ett sådant förslag lämnades av Svea hovrätt i remissvaret över betänkandet. Förslaget innebär att andra sexualhandlingar än vaginala, orala och anala samlag, liksom i dag, kommer att omfattas av *”en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag”*. För dessa handlingar kommer individuella bedömningar att göras och här kommer äldre förarbeten och dagens inarbetade praxis fortsatt kunna tillämpas.

Att lyfta ut orala och anala samlag från jämförelsedet och tydligt ange att dessa sexualhandlingar omfattas av begreppet samlag gör straffbestämmelsen mer könsneutral. Detta förslag torde även överensstämma bättre med allmänhetens uppfattning om vad ett samlag innebär och det skulle omfatta sexualhandlingar mellan personer av samma kön.

Att lagtexten utvidgas till att omfatta även orala och anala samlag innebär inte bara att själva samlagsbegreppet utvidgas och blir mer könsneutralt. Det innebär även att samlag som jämförelsenorm utvidgas eftersom jämförelsenormen utgår från fler typer av sexualhandlingar. Lagtexten skulle då få följande lydelse i relevant del: *Den som, med en person som inte deltar frivilligt, genomför ett vaginalt,*

¹⁷ Ot.prop. nr 28 s. 43.

analt eller oralt samlag, eller en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag [...].

Detta alternativ förutsätter ändringar även i 7 §. Vi återkommer till den frågan senare.

4.8.4 Alternativ 4 – en delvis mer könsneutral bestämmelse

Detta alternativ liknar alternativ 3 men innebär ingen förändring av begreppet samlag. Med begreppet samlag ska därmed fortsättningsvis avses endast vaginala samlag. I syfte att göra våldtäktsbestämelsen något mer könsneutral, även om det inte blir i enlighet med den allmänna uppfattningen eller modernt språkbruk, kan orala och anala samlag läggas till i våldtäktsbestämmelserna. Syftet med detta hade varit att i straffbestämmelserna markera att även orala och anala samlag ska anses vara av samma dignitet som vaginala samlag. 1 § skulle då få följande lydelse i relevanta delar: *Den som, med en person som inte deltar frivilligt, genomför ett samlag, ett oralt eller analt samlag, eller en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag [...].*

4.8.5 Överväganden

<p>Förslag: Bestämmelserna i 6 kap. 1 och 4 §§ ska utformas så orden ”vaginalt, analt eller oralt” läggs till före ordet samlag.</p>

Frågan är då vilket av dessa alternativ som är mest ändamålsenligt.

Alternativ 1A framstår i och för sig som tilltalande eftersom det enligt vår bedömning är det förslag som är mest könsneutralt och där det föreligger bäst möjligheter att göra en fri helhetsbedömning av samtliga omständigheter. Det skulle även innebära att fokus ytterligare flyttades från den sexuella handlingen till den kränkning som offret utsätts för. Penetration hade inte heller varit en lika central del av bedömningen som det är i dag.

Vår bedömning är dock, i likhet med vad som anförs i prop. 2004/05:45, att tillämpningen av en sådan bestämmelse skulle kunna leda till betydande svårigheter att avgränsa det brottsliga området. Det kan ifrågasättas om det på ett tillräckligt tydligt sätt skulle

ge uttryck för vad som krävdes för att straffansvar för de allvarligaste sexualbrotten skulle komma i fråga. Därtill är det vår uppfattning att bedömningen av vad som skulle vara en allvarlig kränkning i praktiken skulle behöva utgå från vissa normer och jämförelser. Om dessa normer inte anges i lagtext torde liknande normer komma att växa fram i praxis. Vår bedömning är att alternativet – i praktiken – hade inneburit att liknande jämförelser som dagens ändå hade gjorts. Det går då att fråga sig om det i realiteten blir någon skillnad.

Skulle jämförelsen utgå från fall där det har förekommit hot, tvång eller våld från gärningsmannen skulle det dessutom strida mot grundtanken med 2018 års reform som bl.a. syftade till att gränsen för straffbarhet ska dras vid om deltagandet i sexuell aktivitet är frivillig eller inte. Någon annan i detta sammanhang lämpligare jämförelsenorm kan vi inte finna. Mot bakgrund av dessa skäl är inte detta alternativ ändamålsenligt.

Fördelen med alternativ 2 är att någon individuell bedömning av vad som utgör samlag inte behöver göras eftersom detta regleras i en uttömmande lista. Straffbestämmelsen skulle även vara könsneutral och, beroende på hur lagtexten utformas, inte endast utgå från penetration. En klar nackdel med det här alternativet är att någon bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet inte kan göras. Sannolikt skulle även penetrationens betydelse för bedömningen förstärkas. Riskerna är även överhängande att man förbiser en situation som därmed inte kommer att utgöra samlag. Detta hade i praktiken inneburit att vissa gärningar som enligt dagens lydelse omfattas av våldtäktsbestämmelsen hade riskerats exkluderas från straffbestämmelsen och därmed bedömas enligt en annan straffbestämmelse. Mot bakgrund av detta menar vi att alternativet inte är ändamålsenligt.

Beträffande alternativ 4 är syftet med det alternativet att göra våldtäktsbestämmelserna något mer könsneutrala genom att lyfta ut orala och anala samlag från jämförelseledet och tydligt ange att dessa sexualhandlingar ska bedömas vara av samma dignitet som vaginala samlag. Detta alternativ leder inte till några följdändringar av 7 §. Nackdelen med förslaget är att begreppet samlag inte heller fortsättningsvis kommer att överensstämma med den allmänna uppfattningen om begreppets innebörd. Sammantaget anser vi därför att inte heller detta alternativ lämpligt.

Det alternativ vi anser vara mest ändamålsenligt är därför alternativ 3. Genom att lyfta fram att anala och orala samlag inkluderas i

samlagsbegreppet visar lagstiftaren att dessa sexualhandlingar i kränkningshänseende är lika allvarliga som vaginala samlag. Därmed framgår det tydligt av lagtexten att samlag kan genomföras såväl mellan personer av samma kön som av olika kön och genom kontakt mellan personers kön. Detta medför stora fördelar ur ett mångfaldsperspektiv i relation till sexualitet men även ur pedagogiskt perspektiv.

För övriga gärningar ska alltså samma bedömning som tidigare göras. Vad som är viktigt att poängtera är att jämförelsenormen enligt detta alternativ har utvidgats från vaginala samlag till vaginala, orala och anala samlag. Denna omständighet innebär att straffbestämmelsen även i det ledet är mer könsneutral. Vi menar att denna omständighet gör att det är lämpligt att använda samlag som jämförelsenorm.

Som poängterats i tidigare förarbeten måste emellertid domstolarna se till samtliga omständigheter som har betydelse för bedömningen av kränkningen och inte bara till sexualhandlingens tekniska karaktär som sådan. Precis som 2008 års sexualbrottskommitté redogjort för ska ett flertal omständigheter utöver den sexuella handlingen beaktas såsom övergreppets varaktighet, om övergreppet medfört smärta, sår eller annan kroppsskada, om övergreppet innebar risk för att smitta överförts, om gärningsmannen uttalat grova smädelser eller förnedrat offret eller om övergreppet dokumenterats. Vid bedömningen ska hänsyn även tas till offrets ålder. Vi menar att det krävs mindre avancerade gärningar för att en sexualhandling som riktats mot ett barn ska hänföras till jämförelseledet.

Vi vill i detta sammanhang särskilt framhålla att ageranden som innebär att gärningsmannen med sin hand berör offrets könsorgan, vid en helhetsbedömning, kan vara jämförlig med samlag. Att det inte förekommit någon penetration ska alltså inte vara avgörande för bedömningen (jfr NJA 2008 s. 482 I och II samt Svea hovrätts dom i mål nr B 8435–19).

En nackdel skulle kunna vara att våldtäktsbestämmelsen med den nu föreslagna lösningen blir ännu mer omfattande och komplex än i dag. Detta kan dock inte utgöra ett bärande skäl mot en ändring.

Vårt förslag blir därför att även anala och orala samlag uttryckligen ska anges i jämförelsenormen men att lagtexten – i nu berörda avseenden – i övrigt inte ska ändras.

Förslaget innebär inte att det ska tillföras några tillkommande handlingar till jämförelseledet. Förutom att anala och orala samlag

lyfts bort från jämförelseledet, och i stället likställs med vaginala samlag, ska alltså samma gärningar omfattas av jämförelseledet. Det kommer emellertid även i fortsättningen att vara en fråga för rättstillämpningen i vad mån en enskild sexuell handling omedelbart är att bedöma som ett vaginalt, analt eller oralt samlag eller om den i stället är att bedöma enligt jämförelseledet.

4.9 Följändring i 6 kap. 7 §

Förslag: I 6 kap. 7 § ska ordet ”vaginalt” läggas till före ordet samlag.

Begreppet samlag har i dag samma betydelse i våldtäktsbestämmelsen som i straffbestämmelsen om samlag med avkomling och samlag med syskon. Genom det förslag som vi lämnar kommer samlagsbegreppet i våldtäktsbestämmelserna få en vidare innebörd eftersom det även kommer inkludera anala och orala samlag.

Vårt uppdrag avser inte att överväga om straffansvaret vid samlag med avkomling eller syskon bör ändras. Vår utgångspunkt är därför att de straffbestämmelserna även fortsättningsvis endast ska avse vaginala samlag. Med hänsyn till de föreslagna ändringarna i fråga om våldtäkt och våldtäkt mot barn, måste därför uttryckligen anges i 7 § att det där är vaginala samlag som avses.

5 Distansbrotten

5.1 Inledning

5.1.1 Uppdraget

Uppdraget i denna del är att överväga och ta ställning till vilka principer som bör gälla för straffansvaret för sexualbrott på distans och analysera om utformningen av relevanta straffbestämmelser bör ändras med anledning av ställningstagandena eller om bestämmelserna behöver förtydligas.

Med distansbrott avser vi brott som begås utan att gärningsmannen och offret befinner sig på samma fysiska plats, till skillnad från de mer klassiska sexualbrotten (i den meningen att lagstiftningen i allt väsentligt är utformad med dessa i åtanke) där gärningsmannen och offret befunnit sig på samma fysiska plats. Vid distansbrott kan gärningsmannen t.ex. ta del av den sexuella handling som offret utför i realtid, via chattar och webbkamera, men det kan också förekomma att gärningsmannen mottar offrets dokumentation av övergreppet i efterhand.

På senare år har förekommit ett flertal domstolsavgöranden som rör distansbrott. Högsta domstolen har i de båda avgöranden som nämns i direktiven – NJA 2015 s. 501 och NJA 2018 s. 1103 – slagit fast ett antal utgångspunkter för bedömningen av den nuvarande lagstiftningen som utredningen har att förhålla sig till. Därutöver finns åtskilliga tingsrätts- och hovrättsavgöranden som behandlar distansbrott inom ramen för den nuvarande lagstiftningen. Av de rättsfall som utredningen har funnit har brotten i de allra flesta fall riktats mot barn under 15 år. Vi har inte sett något rättsfall där målsäganden hade fyllt 18 år vid övergreppet. Uppdraget inskränker sig dock inte till att endast överväga eventuella förändringar i de straffbestämmelser som riktar sig mot barn utan omfattar även brott riktade mot vuxna.

En fråga som enligt direktiven särskilt aktualiseras vid distansbrotten är om straffbestämmelserna om våldtäkt och våldtäkt mot barn behöver förändras för att säkerställa att de kan tillämpas även i fall när gärningsmannen förmår två andra personer att ha samlag med varandra. Frågeställningen är relevant inte bara vid distansfallen utan även vid fysiska sammanträffanden men bör ändå behandlas här.

5.1.2 Behovet av en översyn av distansbrotten

Den tekniska utvecklingen

Samhället har på relativt kort tid blivit alltmer digitaliserat, och internet är i dag i hög grad integrerat med vardagen. Dels innebär det en ökad spridning och användning av tekniska hjälpmedel, dels medför det nya möjligheter att interagera med andra, inte minst för unga. Enligt internetstiftelsens rapport "*Barnen och internet*" (25 november 2019) använder 90 procent av alla barn och ungdomar i åldern 11–19 år mobilen dagligen. Cirka 94 procent av barnen och ungdomarna i åldern 11–19 år använder datorn, den dagliga användningen är 65 procent. Surfplattan används av sju av tio barn (72 procent) även om den dagliga användningen bara är 27 procent. Internet är alltså en mycket stor del av barns och ungdomars vardag.

Som en följd av att barn och ungdomar är frekventa användare av internet är de särskilt utsatta för den typ av kränkningar som kan förekomma på internet. Detta ökar samhällets intresse av att skydda barn mot de handlingar som de kan utsättas för där och som kan skada deras hälsa och sexuella integritet (prop. 2016/17:214 s. 8).

Brottsutvecklingen

Det är uppenbart att den tekniska utvecklingen också medfört att internet blivit en arena för utnyttjande av människor, inte minst barn och unga vuxna, som innebär kränkningar av deras sexuella integritet. Under de senaste åren har domstolarna avgjort ett stort antal mål som rör distansbrott. Dessa har ofta rört att vuxna, inte sällan under falsk identitet, använt internet som ett sätt att kontakta barn och ungdomar. Kontakterna har senare övergått till att bli av sexuell karaktär där den unge har förmåtts delta i sexuella handlingar, antingen

direkt via webbkamera eller genom att de förmåtts att senare skicka foton och filmer till gärningsmannen (det har också förekommit att kontakterna lett fram till fysiska möten). När gärningsmannen väl har fått fotografier och filmer har denne, genom att hota att sprida materialet vidare, tvingat offret att fortsätta att genomföra sexuella handlingar (se t.ex. SOU 2016:60 s. 228).

En annan typ av förfaranden som har uppmärksammats de senaste åren är att personer i Sverige via internet ”beställer” virtuella våldtäkter utomlands (s.k. ”cam shows”). I dessa mål har det förekommit att gärningsmannen i Sverige betalar en person utomlands för att denne ska företa sexuella handlingar på ett offer. I dessa avgöranden har offren varit barn, och övergreppen har utförts av närstående till barnen. Gärningsmannen i Sverige har lämnat instruktioner, antingen löpande under tiden övergreppet pågår eller i förväg, som anger vilka slags sexuella handlingar som den andra personen ska utföra på offret.

En översyn behöver göras

Utgångspunkten när det gäller det straffrättsliga skyddet mot sexualbrott är – och måste vara – att varje människa i varje situation har en rätt att bestämma över sin egen kropp och sexualitet och att dennes önskan att inte ha samlag eller annat sexuellt umgänge ovillkorligen ska respekteras (se t.ex. prop. 2004/05:45 s. 21, prop. 2012/13:11 s. 9 och prop. 2017/18:177 s. 15).

Det straffrättsliga skyddet för den sexuella integriteten har successivt stärkts, såväl när det gäller det kriminaliserade området som synen på allvaret i sexuella kränkningar. Som ett led i denna utveckling är det nödvändigt att säkerställa att sexualbrottslagstiftningen ger ett tillräckligt skydd också när det gäller kränkningar som sker på andra sätt än vid fysiska sammanträffanden mellan gärningsman och offer.

Trots att ett omfattande lagstiftningsarbete pågått beträffande sexualbrotten under de senaste dryga 20 åren – när tekniken samtidigt utvecklats i riktning mot ett i hög grad digitaliserat samhälle och när elektronisk kommunikation blivit allmän – är det uppenbart att distansbrotten uppmärksammats först under de senaste åren. Dessutom bör framhållas att sexualbrotten under lång tid ansetts som s.k. egenhändiga brott och att den uppfattning som råder i dag, att det inte

längre förutsätts att gärningsmannen själv utför gärningen, fick genomslag på allvar först under 2000-talet. Först i tilläggsdirektiv till 2014 års sexualbrottskommitté gav regeringen i uppdrag att analysera om den befintliga lagstiftningen erbjuder ett tillräckligt starkt skydd mot vissa sexuella övergrepp som med hjälp av modern teknik sker via internet. Den kommittén övervägde den frågan och lämnade förslag som inte genomfördes (se avsnitt 5.2.3). Någon allmän, större översyn av distansbrotten har aldrig genomförts.

Mot bakgrund av den tekniska utvecklingen de senaste åren, och hur den präglat inte minst barns och ungdomars liv, menar vi att det föreligger ett behov av en översyn av hur distansbrotten ska bedömas. För att göra den bedömningen är det nödvändigt att belysa de kränkningar som sker på internet eller på annat sätt genom elektronisk kommunikation och jämföra detta med hur dagens lagstiftning tillämpas. Om det finns brister som innebär att nuvarande lagstiftning inte ger ett tillräckligt straffrättsligt skydd i dessa avseenden bör det övervägas ändringar som gör att lagstiftningen bättre stämmer överens med hur ageranden av dessa slag bör bedömas straffrättsligt.

De brott som är aktuella för denna översyn är i första hand brotten i 6 kap. 1–6 §§ brottsbalken, dvs. våldtäkt och sexuellt övergrepp samt våldtäkt mot barn och sexuellt övergrepp mot barn och därmed även de mindre grova graderna av våldtäktsbrotten samt oaktsam våldtäkt och oaktsamt sexuellt övergrepp.

5.2 Tidigare lagstiftningsarbete

5.2.1 2005 års ändringar

Vi har i avsnitt 3 översiktligt redogjort för det reformarbete som låg bakom lagändringarna som ledde till att det nya 6 kap. BrB infördes 2005.

Genom ändringarna kom våldtäktsbrottet (och även brottet sexuellt tvång) att utvidgas på så sätt att inte endast sexualhandlingar som gärningsmannen tvingat offret till genom hot, våld eller försättande i vanmakt omfattades utan även vissa situationer som innebar utnyttjande av offrets utsatta situation som tidigare var att bedöma som sexuellt utnyttjande. Vidare infördes det särskilda straffansvaret för våldtäkt mot barn som avsåg alla sexualhandlingar jämförbara med samlag med den som var under 15 år.

En ändring var att begreppet ”*sexuellt umgänge*” genomgående i kapitlet ersattes med ”*sexuell handling*”. Ändringen innebar bl.a. att det inte längre fordrades att en handling innefattade fysisk och varaktig kroppslig beröring för att den skulle kunna anses som en sexuell handling. Avgörande skulle i stället vara om handlingen *hade haft en påtaglig sexuell prägel och varit ägnad att kränka offrets sexualitet*. Begreppet, vars innebörd vi redogjort för i avsnittet om samlagsbegreppet, fick därmed en vid innebörd. En stor mängd olika sexuella handlingar som en person kan utsättas för skulle omfattas av begreppet. Regeringen överlät ett visst tolkningsutrymme till rätts-tillämpningen för att i varje enskilt fall bedöma om ett visst agerande skulle anses utgöra en sexuell handling.

Det straffbara handlandet kom att beskrivas på olika sätt beroende på vilket slags övergrepp det rörde sig om. Av särskild betydelse här är att vid utnyttjandefallen beskrevs det straffbara handlandet som att ”genomföra” sexualhandlingen. Avsikten var att täcka såväl de situationer där gärningsmannen tagit initiativet som när offret varit initiativtagare (prop. 2004/05:45 s. 136).

I propositionen hänvisade regeringen till den då tillgängliga forskningen, att det har en stark påverkan på offret om övergreppet har dokumenterats och att dokumentationen av övergreppet sparas och kan spridas. Ett särskilt brott om utnyttjande av barn för sexuell posering infördes (se vidare avsnitt 7). Några närmare överväganden med anledning av detta när det gällde t.ex. våldtäkt gjordes däremot inte. Regeringen underströk även att synen på och kunskapen om sexualbrotten förändras och utvecklas över tiden och att det därför är viktigt att lagstiftningen följer denna förändring (a. prop. s. 24).

5.2.2 2013 års ändringar

SOU 2010:71, Sexualbrottslagstiftningen – utvärdering och reformförslag

2008 års sexualbrottsutredning hade bl.a. i uppdrag att utvärdera hur 2005 års reform tillämpats. Det som är särskilt relevant för våra överväganden i denna del är utredningens utvärdering av hur begreppet ”*sexuell handling*” hade tolkats och tillämpats i praktiken.

Utredningen bedömde att begreppet sexuell handling hade tillämpats på ett ändamålsenligt sätt och kunde inte identifiera några

särskilda gränsdragningsproblem. Refererad praxis rörande brott som begåtts där offret och gärningsmannen inte befunnit sig på samma fysiska plats saknades däremot. Utredningen fann dock några få orefererade avgöranden, däribland Svea hovrätts dom den 22 december 2009 i mål nr B 7212-09. I avgörandet dömdes en man för grovt sexuellt tvång efter att han hade förmått målsäganden att utföra en sexuell handling när han närvarade via webbkamera.

Enligt utredningen borde emellertid beskrivningen av sexualhandlingen vid våldtäkt och våldtäkt mot barn ändras eftersom lagstiftarens ambition att tydliggöra att jämförelsen inte skulle göras utifrån sexualhandlingen utan kränkningen inte hade fått fullt genomslag (se vidare nedan).

Utredningen bedömde även att synen i rättstillämpningen på sexualbrotten som *egenhändiga brott*, dvs. att gärningsmannen själv hade utfört den straffbara gärningen hade ändrats (se t.ex. RH 2004:8). I det hovrättsavgörandet hade en våldtäkt genom tvång ansetts kunna begås i medgärningsmannaskap och straffansvaret som gärningsman förutsatte alltså inte att den tilltalade själv hade utfört sexualhandlingen. Avgörandet gällde en person som genom att utöva tvång mot offret främjade att en annan gärningsman utförde själva sexualhandlingen. Utredningen delade bedömningen att sexualbrotten inte längre var att anse som egenhändiga brott när grunden var tvång.

Om det straffbara handlandet bestod i att *genomföra* sexualhandlingen, innebar lagtextens utformning enligt utredningen hinder mot straffansvar i gärningsmannaskap för den som inte själv utförde sexualhandlingen (dvs. sådana gärningar var alltjämt att anse som egenhändiga brott). I dessa fall ansåg dock utredningen att annan medverkan än genom att utföra sexualhandlingen kunde bedömas som medhjälp (a. bet. s. 195). Detta hade däremot inte att göra med frågan om sexualhandlingen som sådan.

Utredningen såg inte några principiella straffrättsliga hinder mot en rättstillämpning som innebär att begreppet sexuell handling tillämpas på situationer där en person tvingar en annan, eller flera andra, till sex även om personerna inte träffas personligen (a. bet. s. 195). Exempelvis kunde det gälla situationer så som i det av utredningen redovisade opublicerade hovrättsavgörandet där offret tvingas att onanera på sig själv inför en webbkamera eller mobiltelefonkamera. Ett annat exempel kunde enligt utredningen vara att gärningsmannen via någon

sådan kamera genom tvång förmår två personer att genomföra ett samlag eller annan sexuell handling.

Utredningen ansåg sammanfattningsvis att begreppet ”*sexuell handling*” var ändamålsenligt och inte behövde ändras.

Prop. 2012/13:111, En skärpt sexualbrottslagstiftning

Regeringen behandlade 2008 års sexualbrottsutrednings förslag i prop. 2012/13:111, *En skärpt sexualbrottslagstiftning*. Som nämnts i avsnitt 3 utvidgades bl.a. tillämpningsområdet för våldtäkt genom att det tidigare kravet på hjälplöst tillstånd i utnyttjandefallen ändrades till särskilt utsatt situation. Beskrivningen av det straffbara handlandet vid olika gärningsformer ändrades inte.

Det som är av särskilt intresse för distansbrotten är regleringen av vilka handlingar som skulle omfattas av straffbestämmelsen om våldtäkt (och därmed även våldtäkt mot barn).

Enligt lagstiftningen i dess tidigare lydelse omfattade straffbestämmelsen om våldtäkt samlag (vilket alltså avser endast vaginala samlag) eller annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens art och omständigheterna i övrigt är jämförlig med samlag (vilket bl.a. innefattar orala och anala samlag). Utredningen hade dock bedömt att lagstiftningens syfte att avgränsningen av de gärningar som skulle medföra ansvar för de allvarigaste sexualbrotten, dvs. våldtäkt och våldtäkt mot barn, inte skulle göras utifrån en jämförelse mellan sexualhandlingar utan mellan kränkningarna inte hade fått fullt genomslag. Regeringen instämde i detta. Vi har i avsnittet som rör samlagsbegreppet redogjort för regeringens ställningstaganden i frågan. Regeringen föreslog sammanfattningsvis att det avgörande för bedömningen av vilka sexuella handlingar som skulle anses jämförliga med samlag skulle vara *kränkningens allvar* – och inte som tidigare kränkningens art och omständigheterna i övrigt. Förslaget genomfördes.

5.2.3 2018 års ändringar

SOU 2016:60, Ett starkare skydd för den sexuella integriteten

2014 års sexualbrottskommitté hade i första hand att överväga och föreslå en samtyckesbaserad sexualbrottslagstiftning. Vid sidan av detta hade kommittén genom ett tilläggsdirektiv (dir. 2015:5) fått i uppdrag att även analysera om den befintliga lagstiftningen erbjöd ett tillräckligt starkt skydd mot vissa sexuella övergrepp som med hjälp av modern teknik skedde via internet.

Kommittén föreslog att begreppet våldtäkt (och våldtäkt mot barn) skulle utmönstras och ersättas av andra begrepp. Eftersom detta inte genomfördes användes utredningen i redovisningen nedan begreppet våldtäkt även vid beskrivningen av kommitténs förslag.

I betänkandet redogjorde kommittén för den utveckling som hade skett under de senaste åren, då det i praxis hade förekommit flera uppmärksammade mål i domstolar där vuxna, ofta under falsk identitet, hade använt internet som ett sätt att komma i kontakt med barn och ungdomar. I de avgöranden som kommittén hade tagit del av hade kontakterna sedan utvecklats till sexuell karaktär och innefattade sexuella övergrepp av skiftande karaktär. Av kommitténs praxisgenomgång framkom att domstolarna, som en följd av att tillvägagångssättet var förhållandevis nytt, bedömt räckvidden för straffstadgandena i 6 kap. BrB olika och att det förelåg ett behov av en översyn av lagstiftningen.

Under tiden som kommitténs arbete pågick meddelade Högsta domstolen ett avgörande (NJA 2015 s. 501) där domstolen fann att straffansvar för sexuellt övergrepp mot barn inte förutsätter att gärningsmannen själv har utfört den sexuella handlingen eller att denne fysiskt har befunnit sig på samma plats som offret. I rättsfallet konstaterade Högsta domstolen att det, för att dömas för sexuellt övergrepp mot barn, är tillräckligt att gärningsmannen förmår målsäganden att utföra sexuella handlingar på sig själv inför en webbkamera och att gärningsmannen tar del av detta under tiden handlingen utförs. Utredningen återkommer i avsnitt 5.3.2 med en närmare redogörelse för rättsfallet.

Kommittén konstaterade att frågan om kriminaliseringens omfattning avseende sexuella handlingar som sker utan kroppslig beröring från gärningsmannens sida till viss del hade lösts genom avgörandet men att det krävdes vissa ändringar i lagtexten. När det

gällde beskrivningen av det straffbara handlandet hade kommittén genomgående valt att uttrycka detta med ”*den som genomför*”. Redan därigenom ansåg kommittén att övergrepp på distans, med den tolkning som Högsta domstolen gjort av formuleringen, omfattades.

För att det ändå inte skulle råda någon tvekan om att skyddet för den sexuella integriteten och självbestämmanderätten skulle vara garanterad när gärningsmannen och offret inte befann sig på samma fysiska plats ansåg kommittén att det behövdes kompletterande bestämmelser. Det föreslogs därför att samma ansvar skulle dömas ut om genomförandet består i att personen, som inte deltar frivilligt eller som är under 15 år, utför handlingen på sig själv eller någon annan. Vid brotten mot barn som inte har fyllt 15 år behövdes dock ingen hänvisning till huruvida deltagandet har skett frivilligt eller inte. Syftet med denna ändring var att tydliggöra att sexuella handlingar som sker via telefon, internet eller andra medier skulle omfattas av bestämmelsen om våldtäkt mot barn (s. 234 f.).

NJA 2015 s. 501 innebar alltså att gärningar som sker på distans, det vill säga utan någon fysisk beröring mellan gärningsman och offer, kan omfattas av begreppet ”*genomföra – – – sexuell handling*”. Det bör dock påpekas att Högsta domstolen inte uttalade sig generellt om alla sexualbrott utan endast om sexuellt övergrepp mot barn av sådant slag som var föremål för prövning i målet.

Remissyttrandena avseende distansbrotten

De flesta remissinstanserna tillstyrkte kommitténs förslag om en komplettering för att förtydliga straffansvaret vid distansbrott. Jönköpings tingsrätt instämde i att det var motiverat att i lagtext klarlägga att sexualbrott kan utföras på distans. Tingsrätten ansåg att man skulle överväga om de sexualbrott som begås på distans skulle få en egen brottsrubricering med en egen straffskala eftersom de menade att en sådan gärning inte var lika straffvärd som en exempelvis ett fullbordat samlag.

Svea hovrätt hade ingen erinran mot att det i lagtexten tydliggjordes att gärningsmannaskap vid sexualbrott inte förutsätter fysisk delaktighet. Hovrätten ifrågasatte dock om kommitténs förslag var nödvändigt och ändamålsenligt för att uppnå syftet. Enligt hovrätten kunde ett förtydligande leda till inskränkningar i möjligheten att

döma i medgärningsmannaskap enligt medverkansläran i andra fall än de som följde av förtydligandet. Vidare pekade hovrätten på att det genom den föreslagna lydelsen inte framgick huruvida genomförandet förutsatte någon aktivitet alls från gärningsmannen. Också Hovrätten över Skåne och Blekinge ansåg att den föreslagna straffbestämmelsen borde innehålla en beskrivning och begränsning av gärningsmannens handlande.

Prop. 2017/18:177, En ny sexualbrottslagstiftning byggd på frivillighet

Med utgångspunkt i kommitténs förslag föreslog även regeringen en reglering av sexualbrotten där gränsen för straffbar gärning ska gå vid om deltagandet i en sexuell aktivitet är frivilligt eller inte.

Däremot valde regeringen inte att gå vidare med kommitténs förslag i den del som rörde sexualbrott på distans. Regeringen bedömde att innebörden av NJA 2015 s. 501 var att rekvisitet ”*genomför en annan sexuell handling ... med*” innefattade att en person förmår någon annan att själv onanera och att en gärning av det aktuella slaget omfattas av det normala betydelseområdet för uttrycket att genomföra en sexuell handling med en person. Regeringen betonade att det enligt avgörandet inte förutsattes att gärningsmannen själv har utfört den sexuella handlingen eller att denne fysiskt har befunnit sig på samma plats som offret (a. prop. s. 44).

Regeringen menade att problemet med brott på distans var löst genom Högsta domstolens avgörande och att det därmed saknades behov av att i lagtexten tydliggöra att gärningsmannaskap vid sexualbrott inte förutsätter fysisk delaktighet. I förtydligande syfte skulle dock lagtexten beträffande våldtäkt mot barn ändras från ”*har samlag*” till ”*genomför ett samlag*”. Motsvarande ändring skulle även ske beträffande sexuellt övergrepp mot barn. I övrigt konstaterade regeringen att det inte förelåg något hinder mot att prövningen av kränkningens allvar i distansfallen gjordes på sedvanligt sätt med utgångspunkt i de förarbetsuttalanden som gjorts i fråga om bedömningen av den sexuella kränkningen. Regeringen uttalade att den nya lydelsen inte var avsedd att innebära någon förändring i fråga om vilka sexuella handlingar som kunde medföra straffansvar.

I författningskommentaren till bestämmelsen om våldtäkt (s. 79) anges bl.a. följande som är relevant för bedömningen av distansbrotten.

Straffansvaret omfattar även situationer då genomförandet av samlaget eller den sexuella handlingen består i att personen, som inte deltar frivilligt, utför handlingen på sig själv eller med någon annan än gärningsmannen. Det som avses är sådana övergrepp som sker utan kroppslig beröring från gärningsmannens sida. Sexualbrott kan alltså utföras på distans (jfr NJA 2015 s. 501). I nämnda rättsfall tog gärningsmannen del av övergreppet i realtid via webbkamera. Något krav på att den sexuella handlingen ska ha skett inför gärningsmannen uppställs dock inte i lagtexten. Det förhållande att ett övergrepp på distans dokumenteras är en omständighet som kan ha betydelse för vilken kränkning en sexuell handling innebär. Bestämmelsens nya lydelse är inte avsedd att innebära någon förändring i fråga om vilka sexuella handlingar som kan medföra straffansvar. Tidigare praxis kan därmed fortsätta att tillämpas.

5.3 Praxis

5.3.1 Inledande kommentarer

För att kunna analysera och se över principerna för straffansvaret för sexualbrott på distans kommer vi först att belysa utvecklingen i praxis under senare år.

Det första centrala avgörandet från Högsta domstolen som rör distansbrotten är NJA 2015 s. 501. Vi har tidsmässigt avgränsat praxisgenomgången till avgöranden som meddelats efter NJA 2015 s. 501. Redovisningen syftar till att visa hur domstolarna de senaste åren har bedömt olika handlingar och hur de beaktar olika kränkningar. Högsta domstolens avgörande i NJA 2018 s. 1103 fick dock den följd att en del bedömningar som domstolarna gjort med stöd i regeringens uttalanden i prop. 2017/18:177 kan ha blivit överspelade. Det bör vidare noteras att samtliga redovisade domar förutom NJA 2018 s. 1103 och den som redovisas i avsnitt 5.3.7 avser brott enligt lagstiftningen före 2018 års ändringar, vilka dock inte inskränkt straffansvaret i någon del varför avgörandena alltjämt är av intresse.

5.3.2 NJA 2015 s. 501

I detta mål hade Riksåklagaren gjort gällande att den tilltalade hade förmått en 12-årig flicka att smeka sina bröst och onanera inför gärningsmannen via webbkamera. Högsta domstolen fann att den åtalade gärningen innefattade ett straffbart handlande enligt bestämmelsen om sexuellt övergrepp mot barn. I rättsfallet uttalade Högsta domstolen att det genom lagmotiven framstod som klart att avsikten varit dels att det ska anses som en sexuell handling att en person förmår en annan att själv onanera, dels att ett sådant handlande kan uppfylla kravet i 6 § på att gärningsmannen genomför en sexuell handling med ett barn. Enligt domstolen fick gärningen också anses vara omfattad av det normala betydelseområdet för uttrycket att genomföra en sexuell handling med en annan person. Följaktligen stred det inte mot legalitetsprincipen att tillämpa straffbestämmelsen på det sätt som lagstiftaren avsett.

Högsta domstolen konstaterade beträffande rekvisitet *genomföra* att den innebörd och användning uttrycket har i vanligt språkbruk inte innefattar något absolut krav på att en person har varit fysiskt aktiv för att kunna anses ha genomfört något. Det avgörande borde i stället vara om personen på ett betydande sätt påverkat eller styrt händelseförloppet. En sådan påverkan borde enligt domstolen kunna ske såväl genom handgriplig aktivitet från personens sida som genom muntliga anvisningar i form av t.ex. framförande av önskemål, övertalning eller hot i syfte att styra hur andra personer agerar.

5.3.3 Svea hovrätts dom den 19 april 2016 i mål nr B 1328-16

I målet var två personer åtalade för ett flertal gärningar. Den del av domen som inledningsvis är av intresse för utredningen rör åtalspunkten 4 där de båda tilltalade var åtalade för grov våldtäkt mot barn.

Vid gärningstillfället befann sig den ena tilltalade (B) på samma fysiska plats som målsäganden medan den andra tilltalade (A) närvarade genom webbkamera. A instruerade B vad denne skulle utföra på målsäganden varpå denne, efter instruktion från A, utförde sexuella handlingar med målsäganden, vilka var att jämföra med samlag. B dömdes för grov våldtäkt mot barn. Hovrätten fann att A,

genom att aktivt understödja och mana på B före och under övergreppet samt i realtid ta del av övergreppet genom Skype, hade varit så aktiv och drivande att han var att anse som gärningsman tillsammans och i samförstånd med B. Även A dömdes därför för grov våldtäkt mot barn.

I andra åtalspunkter (se t.ex. åtalspunkten 5) dömdes B för grov våldtäkt mot barn medan A – som i dessa delar torde ha haft en mer tillbakadragen roll jämfört med åtalspunkten 4 och inte heller medverkat aktivt i alla skeenden – dömdes för medhjälp till våldtäkt mot barn.

5.3.4 Svea hovrätts dom den 15 december 2017 i mål nr B 9189-17 (RH 2018:6)

I målet hade den tilltalade förmått en 12-årig flicka att utföra oralsex på sin 12-åriga pojkvän vid två tillfällen. Den tilltalade tog del av handlingarna via webbkamera. Vid ett av tillfällena hade det orala samlaget pågått i 15 minuter och den tilltalade hade under förloppet uttryckt sig kränkande mot flickan. Vid det andra tillfället hade flickan haft pojkvännens penis i sin mun endast vid flyktiga tillfällen. Handlingarna hade föregåtts av hot och tjat mot flickan från den tilltalade. Pojkvännen hade ingen kännedom om att den tilltalade närvarade via webbkamera.

Hovrätten anförde inledningsvis att det inte förelåg något hinder mot att tillämpa det synsätt som kommit till uttryck i NJA 2015 s. 501 om ansvar för sexuellt övergrepp mot barn som skett via webbkamera även avseende våldtäkt mot barn. Hovrätten konstaterade sedan att den tilltalade genom sitt agerande hade haft en dirigerande och aktiv roll i händelseförloppet. Hovrätten fann att gärningen vid det första tillfället var att rubricera som våldtäkt mot barn eftersom den sexuella handlingen i kränkningshänseende var att jämställa med samlag. Den tilltalade dömdes för våldtäkt mot båda barnen. Vid det andra tillfället ansåg hovrätten att kränkningen inte var lika allvarlig och att handlingen inte kunde jämföras med ett samlag. Den tilltalade dömdes i stället för sexuellt övergrepp mot båda barnen, vilka brott bedömdes som grova med beaktande av målsägandenas låga ålder och tillvägagångssättet. Högsta domstolen meddelade inte prövningstillstånd i målet.

5.3.5 Svea hovrätts dom den 16 april 2018 i mål nr B 11734-17

Målet avsåg ett stort antal gärningar riktade mot flera målsägande. Vissa av dessa var under 15 år medan andra hade fyllt 15 men inte 18 år. Den tilltalade hade närvarat vid gärningarna via webbkamera.

Hovrätten konstaterade inledningsvis att de principer som Högsta domstolen hade slagit fast om sexuellt övergrepp mot barn i NJA 2015 s. 501 även gällde tillämpningen av samma rekvisit i bestämmelsen om våldtäkt mot barn (jfr RH 2018:6 ovan).

En av frågorna i målet var hur man skulle bedöma hur allvarlig en kränkning var och om en gärning kunde rubriceras som våldtäkt alternativt våldtäkt mot barn om den tilltalade förmått offret att onanera på sig själv med ett främmande föremål, som t.ex. en borste. Enligt hovrätten måste det i regel anses som allvarligare från kränkningssynpunkt att den tilltalade för in sina fingrar i målsäganden än när målsäganden på instruktion av honom eller henne penetrerar sig med sina fingrar. I det senare fallet bör målsäganden anses ha något mera kontroll över händelseförloppet än när gärningsmannen rent fysiskt utför penetrationen. Hovrätten fann att handlingar som bestod i att målsäganden hade förmåtts att penetrera sig själv med fingrarna skulle bedömas som sexuellt övergrepp eller sexuellt övergrepp mot barn (beroende på målsägandens ålder) medan de handlingar som bestod i att målsäganden hade penetrerat sig själv med ett främmande föremål skulle bedömas som våldtäkt eller våldtäkt mot barn. Se utförligare om avgörandet i avsnitt 4.4.

I en åtalspunkt hade den tilltalade förmått en målsägande (B) att utföra sexuella handlingar på en annan målsägande (A). Hovrätten anförde att B genom att tvingas smeka A:s underliv utsatts för en sådan allvarlig kränkning att den sexuella handlingen, trots att någon penetration inte hade förekommit, vid en samlad bedömning var att jämställa med samlag. Den tilltalade dömdes för våldtäkt mot barn för gärningen riktad mot målsägande B (som var 13 år vid brottet) och grov våldtäkt mot målsäganden A (som var elva år vid brottet).

I domen dömdes den tilltalade för ett stort antal brott, däribland våldtäkt, grovt sexuellt tvång (motsvarande sexuellt övergrepp), våldtäkt mot barn, grovt sexuellt övergrepp mot barn och sexuellt ofredande. Hovrätten underströk i sina skäl vad som anförts i prop. 2012/13:111 s. 111 ff. om att den omständigheten att måls-

äganden är ett barn kan få betydelse vid bedömningen av kränkningens allvar och att bedömningen om sexuell handling är jämförlig med samlag kan falla ut olika beroende på om handlingen riktar sig mot en vuxen person eller mot ett barn.

5.3.6 Hovrätten för Nedre Norrlands dom den 22 maj 2018 i mål nr B 284–18

I målet hade den tilltalade vid ett stort antal tillfällen betalat personer som befann sig i Filippinerna för att de skulle utföra sexuella handlingar på barn där. Den tilltalade tog del av övergreppen i realtid.

De handlingar som den tilltalade ”beställde” och betalade för varierade men ett stort antal handlingar var att jämföra med samlag.

Förutom frågan hur de sexuella handlingarna skulle rubriceras förekom ett antal relevanta frågor i målet. En av dem var om medgärningsmannaskap förutsätter ett rumsligt samband. Hovrätten besvarade den frågan enligt följande.

I det här målet har samtliga övergrepp ägt rum i realtid via internet med en gärningsman i Sverige och övriga gärningsmän i Filippinerna. Gärningarna har varit möjliga att genomföra tack vare användandet av internet och olika tekniska hjälpmedel i form av datorer och webbkameror samt vissa specifika applikationer och tillgång till särskilda chattrum. I en virtuell mening har detta inneburit att det vid gärningarna funnits ett rumsligt sammanhang. Bristen på ett rumsligt samband i en fysisk mening utgör därför inget hinder mot att döma [ME] i medgärningsmannaskap (– – –).

Även frågan hur den tilltalades delaktighet och uppsåt skulle bedömas lyftes och bedömdes i målet. Eftersom videofilmerna av övergreppen och den chattkonversation som hade pågått samtidigt som övergrepp hade sparats var det enligt hovrättens mening visat att det var den tilltalade som hade varit den som hade drivit på och styrt vad som skulle hända vid övergreppen. Det var även visat att det var den tilltalade som hade lämnat detaljerade förslag på vad gärningsmännen i Filippinerna skulle göra med barnen. Vid ett fåtal tillfällen hade dessa via chatten lämnat förslag på handlingar som kunde utföras på barnen. Den tilltalade menade att han i dessa fall saknade uppsåt till de handlingar som utfördes. I denna del anförde hovrätten följande.

Vid brott som utförts tillsammans och i samförstånd krävs det inte uppsåt till varje handling som de övriga gärningsmännen utför. Det är tillräckligt att gärningsmännen ömsesidigt samverkar i förhållande till utförandet av en gemensam gärning (— —). ME har inte vid något tillfälle protesterat eller på annat sätt visat sitt missnöje över de handlingar som utförts på barnen. Han har tvärt om vid samtliga tillfällen då barnen har utsatts för övergrepp som han inte specifikt efterfrågat uttryckt sig gillande och/eller uppmuntrande. ME:s agerande medför därför att hovrätten anser att det är styrkt att han även vid de tillfällen då han inte uttryckligen lämnat några instruktioner haft uppsåt till det som barnen utsatts för.

Hovrätten fann att den tilltalade var att betrakta som gärningsman och att han skulle dömas för att begått gärningarna tillsammans och i samförstånd med andra. Han dömdes för bl.a. grov våldtäkt mot barn och grovt sexuellt övergrepp mot barn.

Liknande bedömningar gjordes av Hovrätten för Västra Sveriges i dom den 22 februari 2019 i mål nr B 1082–19 där den tilltalade dömdes för bl.a. grov våldtäkt mot barn för brott som begåtts mot ett barn i Filippinerna av en närstående samtidigt som den tilltalade drivit på övergreppet via internet och hade betalat för övergreppen.

5.3.7 NJA 2018 s. 1103

I denna dom, som alltså meddelades ungefär ett halvår efter lagändringen den 1 juli 2018, prövade Högsta domstolen frågan om den som via internet har förmått någon att genom bl.a. penetration onanera på sig själv, filma detta och sedan överföra filmsekvenserna till gärningsmannen kunde dömas för sexuellt övergrepp mot barn.

Högsta domstolen uttalade att vid en tolkning av en lagbestämmelse är syftet med lagstiftningen samt praxis och uttalanden i den juridiska litteraturen viktiga hållpunkter men att det dock är straffbestämmelsens ordalydelse som sätter den yttersta gränsen för det straffbara området och därmed en gräns för det genomslag som motivuttalanden kan få. Den påstådda gärningen ska, utan att göra våld på språket, uppfylla samtliga rekvisit i lagtexten, annars strider det mot legalitetsprincipens analogiförbud att ändå tillämpa bestämmelsen.

Högsta domstolen övergick därefter till att jämföra den aktuella handlingen med den handling som aktualiserades i NJA 2015 s. 501 och anförde att skillnaden med den aktuella handlingen var att måls-

äganden här inte skulle onanera inför den tilltalade. Den åtalade gärningen bestod i ett tidsmässigt uppdelat förlopp där den tilltalade och målsäganden skulle vara närvarande under olika delar förloppet. Förloppet skulle avslutas med att den tilltalade tog del av en film avseende den del av förloppet som främst skulle kunna kvalificera för bedömningen sexuell handling. Domstolen redogjorde sedan för de senaste årens förarbeten.

Domstolen konstaterade efter det att det är paragrafens ordalydelse som sätter den yttersta gränsen för det straffbara området och anförde:

Att genomföra en sexuell handling med någon annan måste språkligt sett anses innefatta ett krav på att gärningsmannen är närvarande, inte på så sätt att gärningsmannen och målsäganden måste befinna sig på samma fysiska plats, utan i den bemärkelsen att gärningsmannen på något sätt deltar under den del av händelseförloppet som innehåller det agerande av målsäganden som kan kvalificera handlingen som sexuell. Att en person förmår någon annan att senare onanera i ensamhet kan därför inte – oavsett att avsikten är att händelseförloppet ska filmas och att gärningsmannen ska ta del av det sedan det avslutats – anses innebära att personen genomför en sexuell handling med den andre.

Gärningsmannen kunde därför inte dömas för sexuellt övergrepp av barn utan friades.

Genom denna motivering underkände alltså Högsta domstolen regeringens ståndpunkter i prop. 2017/18:177 om att problematiken kring distansfallen var lösta genom rättsfallet NJA 2015 s. 501. Detta innebar att problematiken hur man skulle bedöma gärningar som begåtts på distans kvarstod.

5.3.8 Hovrätten för Västra Sveriges dom den 20 april 2019 i mål nr B 1756–19

Även i detta mål var den tilltalade åtalad för att ha begått brott mot flera målsägande. Några av åtalpunkterna omfattade handlingar där den tilltalade hade förmått målsägandena att onanera på sig själva, i vissa fall med sina fingrar och i vissa fall med främmande föremål. Den tilltalade närvarade vid de olika gärningarna antingen via webbkamera eller så fick han filmer från händelsen skickade till sig senare.

I de fall där den tilltalade hade tagit del av handlingarna via webbkamera hade han förmått offren att penetrera sig med fingrar. Han dömdes för grovt sexuellt övergrepp mot barn för dessa gärningar.

I ett antal andra fall hade den tilltalade förmått målsägandena att filma sig själva när de penetrerade sig med främmande föremål. Målsägandena hade därefter skickat filmerna till den tilltalade. I dessa fall konstaterade hovrätten att de sexuella handlingarna var att jämföra med samlag. Med hänvisning till NJA 2018 s. 1103 fann hovrätten dock att den tilltalade inte kunde anses ha *genomfört* handlingarna med målsäganden och den tilltalade dömdes i stället för grovt utnyttjande av barn för sexuell posering. På motsvarande sätt dömdes den tilltalade för sådant brott även när målsäganden penetrerat sig själv med fingrarna och filmer av detta hade skickats till gärningsmannen.

5.3.9 Göta hovrätts dom den 26 april 2019 i mål nr B 754 19

Detta mål skiljer sig från övriga eftersom den tilltalade och de två målsägandena befann sig på samma fysiska plats vid gärningstillfället. Avgörandet rör alltså inte något distansbrott men är ändå relevant för vår bedömning.

I målet hade den tilltalade haft fysiskt samlag med en målsägande (en kvinna). Samtidigt som detta samlag pågick förmådde han, genom hot om våld, den andra målsäganden (en man) att ha samlag med den kvinnliga målsäganden.

En av frågorna i målet var huruvida den tilltalade kunde dömas för våldtäkt mot båda målsägandena. Hovrätten uttalade bl.a. följande.

Högsta domstolen har i rättsfallet NJA 2015 s. 501 klargjort gränserna för vad som kan omfattas av ordalydelsen med hänsyn till legalitetsprincipen. Av Högsta domstolens uttalanden framgår enligt hovrätten att det inte strider mot legalitetsprincipen att straffa den gärningsman som fått målsäganden att utföra handlingen på sig själv, eller för den delen på någon annan än gärningsmannen, för våldtäkt. Det framgår nu även uttryckligen av förarbetena bakom lydelsen i 6 kap. 1 § brottsbalken att straffbestämmelsen om våldtäkt är tänkt att omfatta sådana ageranden (prop. 2017/18:177 s. 79). Den omständigheten att [NR] inte kroppsligen berört NN14 utesluter således inte ansvar.

Den tilltalade dömdes för grov våldtäkt mot båda målsägandena.

5.3.10 Svea hovrätts dom den 22 oktober 2019 i mål nr B 8435–19

Också denna dom avser ett stort antal gärningar som begåtts mot barn. De delar som är relevanta för utredningen rör frågan hur man ska bedöma att en tilltalad närvarar i samma fysiska rum som målsäganden när denne företar handlingar på sig själv medan en annan tilltalad befinner sig på en annan fysisk plats och närvarar genom webbkamera. I några fall hade en av de tilltalade på plats förmått ett barn att penetrera sig själv med sina fingrar samtidigt som den andra tilltalade följde handlandet via webbkamera. I denna del dömdes båda de tilltalade för grovt sexuellt övergrepp mot barn.

I andra delar hade webbkamerashower spelats in, dvs. det fanns ingen tilltalad som närvarade via webbkamera under tiden offret utförde den sexuella handlingen. Avgörande för rubriceringen i dessa fall var huruvida den andra tilltalade hade närvarat i rummet med målsäganden när denne företog den sexuella handlingen. Hovrätten konstaterade att det var utrett att den ena tilltalade hade krävt att offret skulle utföra de sexuella handlingarna och lämnat instruktioner om hur de skulle utföras men att det inte var visat att den tilltalade hade befunnit sig i rummet när sexualhandlingarna hade utförts. Med hänvisning till Högsta domstolens ställningstagande i rättsfallet NJA 2018 s. 1103 kunde den tilltalade inte dömas för sexuellt övergrepp mot barn.

Åklagaren hade i andra hand gjort gällande att den tilltalade skulle dömas för medhjälp till grovt sexuellt övergrepp mot barn. I denna del konstaterade hovrätten följande.

Medverkansansvar, dvs. ansvar för medhjälp och anstiftan till brott, förutsätter att en straffbelagd handling har utförts. Det krävs inte att gärningsmannen kan straffas, men det beskrivna brottet måste rent objektivet sett ha blivit förverkligat – – –.

För att brottet sexuellt övergrepp mot barn ska ha skett krävs, som tidigare har nämnts, att någon har genomfört en sexuell handling med ett barn. Att ett barn har utfört en sådan sexuell handling som avses i bestämmelsen är alltså inte tillräckligt, utan det krävs att en gärningsman har genomfört den sexuella handlingen med barnet.

I de nu aktuella fallen är det inte utrett att någon gärningsman har genomfört sexuella handlingar med Sekretess Y i den mening som krävs för att brottet sexuellt övergrepp mot barn objektivet sett ska anses ha blivit förverkligat. Följaktligen kan ansvar för medhjälp till detta brott

inte komma i fråga. [C] ska alltså frikännas även från åtalet för medhjälp till grovt sexuellt övergrepp mot barn.

5.3.11 Svea hovrätts dom den 24 januari 2020 i mål nr B 5957–19

I avgörandet hade en läkare åtalats för ett mycket stort antal sexualbrott begångna mot barn. Flertalet hade begåtts vid läkarundersökningar och en del av dem när läkarbesöken ägde rum via videosamtal, dvs. distansbrott.

Den tilltalade hade bl.a. förmått barnens föräldrar att utföra handlingar på barnen som i vissa fall, beroende på nivån av kränkningen, bedömdes som sexuell handling och i vissa fall som sexuell beröring. Den tilltalade dömdes i denna del för sexuellt övergrepp mot barn och utnyttjande av barn för sexuell posering (varvid det inte dömdes särskilt för sexuellt ofredande). Högsta domstolen meddelade inte prövningstillstånd i målet.

5.3.12 Stockholms tingsrätts dom den 22 april 2020 i mål nr B 1790–18

I målet var den tilltalade åtalad för gärningar riktade mot 83 målsägande. Mannen var åtalad för att, via internet, ha förmått eller försökt förmå målsägandena att utföra sådana sexuella handlingar på sig själva som omfattas av straffbestämmelserna i 6 kap. 4 och 6 §§ BrB. Flertalet åtalspunkter avsåg försöksbrott.

Den tilltalade och målsägandena hade inte befunnit sig på samma fysiska plats utan kontakterna hade i huvudsak ägt rum via chattar på ett online-spel som saknade möjlighet till bild- eller videoöverföring. Förutom en målsägande som hade skickat dokumentation av övergreppen till den tilltalade hade de handlingar som målsägandena utfört, eller som den tilltalade försökt förmå målsägandena att utföra, inte utförts inför den tilltalade. Som man får förstå domen har den tilltalade närvarat via online-spelets chatt som alltså endast bestod av textöverföring.

Den tilltalade hade invänt att det inte är möjligt att dömas till ansvar för våldtäkt mot barn eller sexuellt övergrepp mot barn eller, i förekommande fall, försök till nämnda brott när kontakterna endast

varit genom en sådan chatt-funktion, eftersom genomföranderekvisitet då inte kan anses vara uppfyllt. Han gjorde också gällande att enbart innehållet i en chatt inte uppfyller rekvisitet ”att genomföra en sexuell handling med en annan person”. Enligt den tilltalade skulle det ha krävts någon form av bildöverföring.

Tingsrätten hänvisade till att det enligt NJA 2018 s. 1103 krävs att gärningsmannen på något sätt deltar under den del av händelseförloppet som innehåller det sexuella agerandet för att genomföranderekvisitet ska vara uppfyllt. Enligt tingsrätten krävdes därmed inte någon bildöverföring. Att den tilltalade inte kunde se den sexuella handlingen kunde i stället ha inverkan på brottsrubriceringen och bedömningen av gärningens straffvärde.

Tingsrätten bedömde alltså att närvaro via chattar är tillräckligt för att straffansvar ska föreligga och att den tilltalade inte måste ha kunnat se övergreppet (jfr rubriken 5.9.1 nedan).

Tingsrätten ansåg att försökspunkten generellt var nådd i de fall den tilltalade hade instruerat målsägandena att utföra en sexuell handling eller visa upp sig för honom via bild eftersom den tilltalade då hade vidtagit de aktiva åtgärder som från hans sida krävdes för att ett fullbordat brott skulle komma till stånd om händelseförloppet utvecklats på det sätt han tänkt sig. I de fall då det hade funnits en fara för att målsäganden skulle göra vad han instruerat eller bett om eller den faran varit utesluten endast på grund av tillfälliga omständigheter ansåg tingsrätten att ett straffbart försök förelåg.

Domen överklagades inte.

5.4 Olika former av deltagande i utförandet av brottet

5.4.1 Inledning

Det framstår numera som klart att sexualbrotten inte längre nödvändigtvis är att anse som egenhändiga brott. Detta innebär att det inte är en förutsättning för straffansvar att det är gärningsmannen som fysiskt utför de sexuella handlingar som utgör den brottsliga gärningen. I linje med detta, vilket tydligt framkommer i vår praxisgenomgång, finns inte heller i allmänhet något krav på att gärningsmannen och offret måste befinna sig på samma fysiska plats vid gärningstillfället.

För straffansvar måste dock gärningsmannens handlande vara sådant som kan inordnas under den straffbara handlingen såsom den beskrivits i respektive straffbestämmelse, dvs. det eller de handlingsverb som lagstiftaren använt. Detta hindrar inte att det handlande som anges i straffbestämmelsen får tolkas utifrån syftet med bestämmelsen. Straffbestämmelsens ordalydelse sätter dock den yttersta gränsen för det straffbara området.

Det straffbara handlandet enligt ett flertal av straffbestämmelserna i 6 kap. BrB uttrycks i dag som att gärningsmannen *genomför* den sexuella handlingen. Även före 2018 års ändringar användes det uttrycket i flera bestämmelser i kapitlet, bl.a. vid utnyttjandefallen av våldtäkt.

Som vi har redogjort för ovan konstaterade Högsta domstolen i NJA 2015 s. 501 att rekvisitet *genomföra* inte innebär något absolut krav på att en person har varit fysiskt aktiv. Avgörande för bedömningen bör i stället vara om personen på ett betydande sätt påverkat eller styrt händelseförloppet. Sådan påverkan kan ske på många olika sätt.

Som Högsta domstolen däremot funnit i NJA 2018 s. 1103 måste dock ett genomförande av en sexuell handling med någon annan språkligt sett anses innefatta ett krav på att gärningsmannen är närvarande, inte på så sätt att gärningsmannen och målsäganden måste befinna sig på samma fysiska plats, utan i den bemärkelsen att gärningsmannen på något sätt deltar under den del av händelseförloppet som innehåller det agerande av målsäganden som kan kvalificera handlingen som sexuell.

Vårt uppdrag är inte att överväga hur straffansvaret för sexualbrotten i allmänhet bör vara utformat. De överväganden som vi gör bör därför ta utgångspunkt i att det straffbara handlandet även i fortsättningen bör vara att gärningsmannen *genomför* den otillåtna handlingen. Vi måste emellertid ta ställning till i vilken utsträckning detta är tillräckligt för att upprätthålla ett tillräckligt straffrättsligt skydd även för distansbrotten.

Av de avgöranden som vi redovisat går det med en grov uppdelning att se två huvudsakliga tillvägagångssätt: Ett där den tilltalade förmått offret att utföra sexuella handlingar på sig själv och ett där den tilltalade förmått en annan person (ytterligare ett offer eller ytterligare en gärningsman) att utföra sexuella handlingar på offret.

I de fall den tilltalade har förmått offret att utföra handlingar på sig själv (och närvarat i realtid) har denne dömts som gärningsman (se bl.a. NJA 2015 s. 501). När den tilltalade har förmått en annan person att utföra handlingar på offret (och närvarat i realtid) har den tilltalade dömts som medgärningsman för att ha begått gärningen tillsammans och i samförstånd med annan (se t.ex. Hovrätten för Nedre Norrlands mål nr B 284–18) eller i något enstaka fall för medhjälp (se några av gärningarna i Svea hovrätts dom i mål nr B 1328-16).

5.4.2 Gärningsmannaskap och annan medverkan till brott

Någon definition av gärningsmannaskap finns inte i BrB. Gärningsman är normalt den som gör något, som kan beskrivas med det handlingsverb som straffbestämmelsen innehåller. Den som själv utför den brottsliga gärningen är alltså i allmänhet att anse som gärningsman. Således ska t.ex. den som tar något som tillhör annan dömas som gärningsman för stöld medan den som genomför en våldtäkt med en person som inte deltar frivilligt ska dömas för våldtäkt.

Vid sidan av det traditionella gärningsmannaskapet lämnar dock lagstiftningen ett betydande utrymme att bedöma även andra medverkandes handlande som brottsligt. Vid distansbrotten är detta av betydelse på så sätt att den som utför påverkan på distans inte själv utför någon sexuell handling på offret. Det hindrar dock inte att denne ändå kan anses som gärningsman. Som framgår av NJA 2015 s. 501 har det således ansetts möjligt att någon ”genomför” en sexuell handling med annan trots att denne inte utfört handlingen på offret. Å andra sidan har motsvarande handlingsverb inte av Högsta domstolen accepterats som grund för straffansvar när påverkan på offret inte skett samtidigt (eller i vart fall i tillräcklig anslutning till) att offret utfört sexualhandlingen på sig själv (och offrets handlande utgör självklart inte någon straffbar medverkan till brott mot sig själv). Avgörande för möjligheten att bedöma gärningsmannaskap är alltså hur det straffbara handlandet är beskrivet i straffbestämmelsen. Annan medverkan får då bedömas utifrån hur den förhåller sig till gärningsmannens handlande. Den centrala bestämmelsen avseende medverkansansvar är 23 kap. 4 § BrB som har följande lydelse.

Ansvar som i denna balk är föreskrivet för viss gärning skall ådömas inte bara den som utfört gärningen utan även annan som främjat denna med råd eller dåd. Detsamma skall gälla beträffande i annan lag eller författning straffbelagd gärning, för vilken fängelse är föreskrivet.

Den som inte är att anse som gärningsman döms, om han har förmått annan till utförandet, för anstiftan av brottet och annars för medhjälp till det.

Varje medverkande bedöms efter det uppsåt eller den oaktsamhet som ligger honom till last. Ansvar som är föreskrivet för gärning av sysselman, gäldenär eller annan i särskild ställning skall ådömas även den som tillsammans med honom medverkat till gärningen.

Vad som sägs i denna paragraf skall inte gälla, om något annat följer av vad för särskilda fall är föreskrivet

Beroende på hur en person deltagit i utförandet av ett brott kan personen alltså dömas som gärningsman, alternativt som medhjälpare eller anstiftare. Gemensamt för alla medverkansgrader är att en person endast kan dömas för de handlingar som denne har haft uppsåt till (eller i förekommande fall varit straffbart oaktsam i förhållande till).

Gärningsmannaskap och medgärningsmannaskap

Om flera personer har deltagit vid utförandet av brottet kan de beroende på omständigheterna bedömas som gärningsman, medgärningsman eller annan medverkande. I förarbetena har uttalats att det är upp till rättstillämpningen att avgöra huruvida en medverkande handlat på ett sådant sätt att han bör anses som gärningsman. Vanligtvis krävs det att den medverkande deltagit i utförandet av den brottsliga gärningen men även annan medverkande kan dömas som gärningsman när det ter sig naturligt.

Medgärningsmannaskap kan anses föreligga i följande situationer (se Zila, Brottsbalken [Lexino], kommentaren till 23 kap. 4 §).

- Om två eller flera personer, var och en, har uppfyllt alla rekvisit för ett brott under det att alla inblandade handlat i samförstånd. Ett exempel är om två personer tillsammans misshandlar en tredje person och de båda uppfyller alla brottsrekvisit för misshandel.

- Om två eller flera personer uppfyller rekvisiten för ett brott på så sätt att var och en uppfyller vissa av rekvisiten och tillsammans uppfyller de alla rekvisiten för brottet. Ett exempel är om två personer begår rån på så sätt att en av dem utövar våld mot offret och den andra tillgriper pengar. Har de handlat i samförstånd är båda två att betrakta som medgärningsmän till rån, trots att en av dem endast uppfyllt rekvisiten för misshandel och den andra endast uppfyllt rekvisiten för tillgreppsbrott.
- Om två eller (vanligtvis) flera personer uppfyller rekvisiten för ett brott på så sätt att de inblandade följer en viss uppdelning av uppgifter, som innebär att några av de deltagande uppfyller vissa av rekvisiten (tillsammans uppfyller alla rekvisiten för det aktuella brottet) medan någon av de medverkande kanske inte uppfyller något av rekvisiten, kan de, trots arbetsfördelningen, alla anses som medgärningsmän. En förutsättning är att de alla handlat tillsammans och i samförstånd.

Det kan också vara så att en eller flera personer faktiskt genomför den brottsliga gärningen men en annan person är att anse som gärningsman. Detta kallas *medelbar gärningsman* och tar sikte på situationer när en person använder sig av andra personer som ett osjälvständigt redskap. I dessa situationer döms den som egentligen är anstiftare som gärningsman. Relativt få handlanden bedöms i praktiken på detta sätt, det är vanligare att gärningsmannen i stället döms som anstiftare.

I fråga om gärningsmannaskap är Högsta domstolens uttalanden i NJA 2006 s. 535 centrala:

I betraktande av medverkansbestämmelsens konstruktion och tillkomsthistoria får det anses naturligt att den som endast främjar ett brott innan detta påbörjas i allmänhet inte är att anse som gärningsman. Förutsättningen för att gärningsmannans ansvar skall kunna åläggas även en sådan medverkande får normalt anses vara att förhållandena är sådana att han kan sägas ha utfört brottet genom en annan person. Sådana förhållanden kan föreligga när den andre närmast varit ett viljelöst offer i den egentlige gärningsmannens händer - - - haft en underordnad eller liknande ställning i enlighet med vad som nyss angetts om konverterat gärningsmannaskap eller åtminstone varit helt beroende av den egentlige gärningsmannens instruktioner (jfr NJA 1982 s. 525, åtalpunkt 6).

Flera personer kan vara gärningsmän samtidigt trots att inte alla, och kanske inte ens någon av dem, självständigt uppfyller hela brotts-

beskrivningen i ett straffbud, förutsatt att vad de gör tillsammans innebär att brottsbeskrivningen är uppfylld. De har med andra ord tillsammans utfört gärningen (medgärningsmannaskap). Om genomförandet av ett planerat brott innefattar en arbetsfördelning mellan gärningsmännen kan ansvar i gärningsmannaskap ådömas även den som mera perifert deltar i själva det brottsliga tilltaget. Ett exempel är att en person som håller vakt vid en inbrottsstöld kan vara att betrakta som gärningsman. Hur gränsen mellan gärningsmannaskap och medhjälp skall dras i nu berörda situationer har dock ansetts ibland vara oklart.

Av NJA 2002 s. 489 framgår att det även i fall där det inte går att i detalj utröna vad olika medverkande personer har gjort kan vara möjligt att med tillräcklig säkerhet dra slutsatsen att de utfört en brottslig gärning gemensamt och i samråd.

Det krävs att bevisningen beträffande varje tilltalad är tillräcklig för att slå fast att de medverkat i brottets utförande på ett sådant sätt att de är att betrakta som medgärningsmän (jfr t.ex. Wennberg i Juridisk Tidskrift 2002/03 s. 592 ff., särskilt s. 602 f.).

Beträffande uppsåt för medgärningsmannaskap hänvisas till referat av Hovrätten för Nedre Norrlands dom i mål nr B 284–18 ovan.

Anstiftan

Ansvar för anstiftan förutsätter att anstiftaren hos en annan person har framkallat beslut att begå ett brott. Om det inte föreligger någon kausalitet mellan framkallandet och att den andra personen begår brottet rör det sig inte om en straffbar anstiftan.

Medhjälp

När det slutligen kommer till ansvar för medhjälp har gränsen för att kunna dömas som medhjälpare lagts lågt i svensk praxis. Kortfattat kan man säga att en person kan dömas som medhjälpare om han eller hon på något sätt har främjat brottet, t.ex. dömdes en man för medhjälp till misshandel i NJA 1963 s. 574 för att ha hållit gärningsmannens rock när denne misshandlade en person. På motsvarande sätt dömdes en person i NJA 1984 s. 922 för medhjälp till misshandel för att han på gärningsmannens uppmaning stannat en bil före en misshandel.

Ansvar för medhjälp förutsätter att en straffbelagd gärning har utförts (jfr om detta vid distansbrott även Svea hovrätts dom i mål nr B 8435–19).

5.5 Nordisk rätt

5.5.1 Inledande kommentarer

Enligt direktiven ska utredningen inhämta information från t.ex. övriga nordiska länder om hur de har reglerat de frågor som uppdraget avser samt ta del av den kunskap och erfarenhet som de har på området. Med anledning av detta följer nedan en redogörelse över Norges, Danmarks och Finlands lagstiftning rörande sexualbrotten. Vi redogör, i de fall det varit möjligt, särskilt för hur länderna behandlat distansbrotten.

Både SOU 2010:71 och SOU 2016:60 innehåller redogörelser över nordisk rätt. Som konstaterats i SOU 2016:60 är den norska lagstiftningen mest lik den svenska, den innehåller bl.a. samtyckeslagstiftning. Med hänvisning till att den norska lagen är den nordiska lag som är mest lik den svenska kommer den norska lagstiftningen att ges störst utrymme i vår redogörelse.

5.5.2 Norsk lagstiftning

Lagstiftningen

Straffbestämmelserna om sexualbrott finns i Lov om straff (fortsättningsvis Straffeloven) från 2005 som dock trädde i kraft år 2015 då den ersatte den tidigare Straffeloven från år 1902. Sexualbrotten (Seksuallovbrudd) finns i 26 kapitlet.

Grundbestämmelsen om våldtäkt finns i § 291, medan en särreglering som avser brott där den sexuella handlingen har bestått i samlag finns i § 292. Av den bestämmelsen följer också vilka sexuella handlingar som ska anses som samlag. Det finns även en särskild bestämmelse för grov våldtäkt i § 293. Vid sidan av de sexualbrott som förutsätter att gärningsmannen har använt något otillbörligt medel finns i § 297 ett kompletterande straffansvar för den som genomför en sexuell handling med någon som inte har samtyckt till det.

Gränsen för sexuellt självbestämmande går vid 14 år i Norge. I § 299 regleras våldtäkt mot barn. På motsvarande sätt som för vuxna finns det en särreglering, § 300, som avser brott där den sexuella handlingen har bestått i samlag. Grov våldtäkt mot barn regleras i § 300. Norge har även särskilda straffbestämmelser för sexuellt umgänge med barn mellan 14 och 16 år.

Praxis

Hur Norge har hanterat distansbrotten kan belysas genom några avgöranden från Høyesterett.

Høyesteretts dom den 28 juni 2017, HR-2017-1282-A

Høyesterett behandlade i målet bl.a. hur man skulle bedöma omständigheten att den tilltalade och målsägandena inte hade träffats fysiskt vid övergreppen och hänvisade till lagens förarbeten (Innst. O. nr. 92 (1999–2000) s. 10 punkt 4.3.3):

Komiteen kan ikke se at slike forhold er mindre straffverdige enn om voldtektsmannen selv hadde utført overgrepene. Tvert imot vil en slik fremgangsmåte kunne fremstå som særlig ydmykende for offeret.

Høyesterett fann att allmänpreventiva hänsyn gör sig starkt gällande på området. Enligt domstolen bör sexuella övergrepp över internet inte generellt bestraffas mildare än andra former av övergrepp och den konkreta straffmätningen måste vara beroende av omständigheterna i det enskilda fallet. Distansbrotten skulle därmed inte bedömas mildare än andra former av övergrepp.¹ Vidare ansåg domstolen att det var försvårande att målsägandena hade utsatts för brotten i sina hem där de skulle vara trygga.

Målet belyser också synen i norsk lagstiftning på frågan om det bör ha någon betydelse om den tilltalade närvarat i realtid eller inte. I målet hade målsäganden förmåtts utföra sexuella handlingar (penetration med fingrar och hårborste) på sig själv och sedan, vid åtminstone fem tillfällen, skickat dokumentation av dessa övergrepp

¹ Høyesterett hänvisade bl.a. till den svenska rapporten *Barn och sexuella övergrepp via IT, Erfarenheter från Onlineprojektet på BUP-Elefant i Linköping* och till Europols rapport *Internet Organised Crime Threat Assessment*, se vidare avsnitt 5.6.

till den tilltalade. Høyesterett konstaterade att sexuell umgänge med barn under 14 år (dvs. gränsen för sexuell självbestämmande i Norge) alltid ska rubriceras som våldtäkt. Eftersom gärningen hade inneburit vaginal- och analpenetration skulle gärningen rubriceras enligt § 300 (voldtekt til samleie av barn under 14 år). Omständigheten att den tilltalade inte hade tagit del av övergreppet i realtid saknade därför betydelse.

Høyesteretts dom den 10 april 2019, HR-2019-721-A

I målet dömdes den tilltalade för att ha begått sexuella övergrepp mot 49 minderåriga målsägande. Samtliga gärningar hade skett över internet. Den tilltalade hade förmått offren, bl.a. genom hot att han skulle sprida fotografier och filmer av övergreppen, att penetrera sig själv med fingrar och med främmande föremål. Den tilltalade hade instruerat offren hur de skulle agera framför kameran medan han tittade på.

Frågan hur man skulle beakta allvaret av olika handlingar besvarades på följande vis av rätten:

Etter omstendighetene kan det ved overgrep mot barn være grunn til å legge noe mindre vekt på den rettslige klassifiseringen av de ulike overgrepstypene. Til illustrasjon viser jeg til Rt-2013-848 avsnitt 17 hvor det nevnes at særlig ved overgrep mot barn kan voldtekt ved bruk av fingre være like straffverdig som voldtekt til samleie. Se også Rt-2014-637 avsnitt 12 hvor det fremholdes at ved overgrep mot barn «vil andre sider ved den straffbare handling ofte få større betydning enn formen for den seksuelle omgang.

Høyesterett hänvisade även till vad domstolen hade anfört i avgörande HR-2017-1282-A (se ovan) om att gärningar som innebär att målsäganden utför handlingar på sig själv ska straffas lika strängt som andra former av våldtäkt. Även beträffande frågan om omständigheten att övergreppen hade skett via internet hänvisades till avgörande HR-2017-1282-A.

Høyesteretts dom den 18 december 2019 i mål HR-2019-2385-A

Även denna dom rör upprepade övergrepp mot barn på internet. Høyesterett har hänvisat till avgörandena ovan och bl.a. understrukt att gärningsmän som tvingar ett offer att utföra handlingar på sig själv i regel ska straffas lika strängt som vid andra former av våldtäkt. Av domen framgår också att domstolen ansett att gärningar mot barn bör bedömas något annorlunda – uppenbarligen strängare – än motsvarande gärningar mot vuxna.

5.5.3 Dansk rätt

Lagstiftningen

Sexualbrotten (Seksualforbrydelser) regleras i 24 kap. Straffeloven. Bestämmelsen om våldtäkt återfinns i § 216 och reglerar våldtäkt, våldtäkt mot barn (under 12 år) och grov våldtäkt.

Straffbestämmelsen om våldtäkt kompletteras med en bestämmelse som föreskriver straffansvar för den som har samlag med en person genom att utnyttja hans eller hennes psykiska ohälsa eller mentala utvecklingsstörning. Det finns även ett särskilt straffansvar för den som är anställd vid t.ex. kriminalvården, polismyndigheten, ett barn- och ungdomshem eller en psykiatrisk avdelning och som har samlag med någon som är intagen där. Även den som har samlag med annan genom att grovt missbruka att personen står i beroendeställning på grund av t.ex. anställnings- eller ekonomiska förhållanden kan dömas för brott. En person som vilseleder annan att genomföra ett samlag genom att t.ex. lura denne att samlaget genomförs med en annan person, kan också straffas.

De senaste åren har det genomförts ett antal ändringar av kapitlet om sexualbrott. år 2013 genomfördes en generell modernisering av kapitlet i syfte att sexualbrottslagstiftningen bättre skulle stämma överens med rådande värderingar.² Ändringarna innebär bl.a. att våldtäktsbestämmelsen skulle inkludera fler gärningar. Därtill skärptes synen på brott riktade mot barn. år 2016 genomfördes ytterligare förändringar av sexualbrott riktade mot barn, främst vad gäller

² ”Forslag til Lov om ændring af straffeloven, retsplejeloven, lov om tilhold, opholdsforbud og bortvisning og lov om restaurationsvirksomhed og alkoholbevilling m.v. (Seksualforbrydelser) 2012/1 LSF 141”.

straffnivåer. Frågan om distansbrott har inte behandlats vid dessa lagstiftningsprocesser.

Den 1 januari 2021 infördes en samtyckesbaserad lagstiftning i Danmark. Vi har inte kunnat finna något avgörande från högre instanser som rör distansbrotten.

5.5.4 Finsk rätt

Lagstiftningen

Straffbestämmelserna om sexualbrotten regleras i 20 kap. strafflagen. Grundbestämmelsen om våldtäkt finns i 1 § och grov våldtäkt i 2 §. För att dömas för våldtäkt krävs att gärningsmannen använt sig av våld, hot eller utnyttjat någons hjälplösa tillstånd. Utöver dessa straffbestämmelser finns bestämmelser om tvingande till sexuell handling, sexuellt utnyttjande och sexuellt antastande.

Gränsen för sexuellt självbestämmande går vid 16 år i Finland. Det finns särskilda bestämmelser för brott begångna mot barn i 6–7 b §§ samt 8 a–b §§.

I sammanhanget bör det nämnas att det i juli 2020 lämnades ett förslag på ny lagstiftning rörande sexualbrotten. Enligt förslaget ska ett centralt rekvisit för våldtäkt vara att personen inte deltar frivilligt. Därtill ska brott som riktas mot barn under 16 år urskiljas från övriga brott på ett tydligare sätt.³

Praxis

Vi har funnit ett avgörande från finska Högsta domstolen som rör distansbrott mot barn, rättsfallet KKO 2017:50.

En av de tilltalade hade fört ”*sexuellt färgade*” samtal utan bildkontakt med en 16-årig målsägande. De meddelanden som den tilltalade hade skickat till målsäganden ansågs ha väsentligt sexuell innebörd och förfarandet ansågs uppfylla rekvisitet för sexuellt utnyttjande av barn.⁴

³ Enligt uppgifter från finska Justitieministeriet är avsikten att ett lagförslag ska lämnas till parlamentet hösten 2021.

⁴ Straffbestämmelsen (6 §) har följande lydelse: ”Den som genom beröring eller på något annat sätt utsätter ett barn som är under 16 år för en sexuell handling som är ägnad att skada barnets utveckling eller förmår barnet att företa en sådan handling, ska för sexuellt utnyttjande av barn dömas till fängelse i minst fyra månader och högst sex år”.

5.5.5 Slutsatser

Som framgår av vår redogörelse av norsk, finsk och dansk rätt är det främst rättsutvecklingen i Norge som är intressant för oss. Särskilt intressant är Høyesteretts tolkning av straffbestämmelserna.

Av de rättsfall från Høyesterett vi har redogjort för kan man dra följande slutsatser.

- Att distansbrotten som huvudregel ska bedömas lika allvarligt som klassiska sexualbrott, och
- Att det är irrelevant för bedömningen när gärningsmannen tagit del av de sexuella handlingar som han förmått offret att utföra. Vid rubriceringen av gärningen ska omständigheten att gärningsmannen inte närvarar i realtid sakna relevans.

5.6 Studier hur distansbrotten påverkar offret

Det finns förhållandevis lite forskning på hur offer påverkas av övergrepp på nätet. Den mest omfattande rapporten är fördjupningsrapporten *”Barn utsatta för sexuella övergrepp på nätet”* (Jonsson, Svedin 2017). Därtill finns den äldre rapporten *”Barn och sexuella övergrepp via IT, Erfarenheter från Onlineprojektet på BUP-Elefanten i Linköping”* (Jonsson, Warfvinge och Banck, 2009). Slutligen har vi identifierat Europols rapport *”Internet Organised Crime Threat Assessment”* (publicerad 2016) som mycket kortfattat anger hur barn påverkas av distansbrott. Nedan följer en redogörelse över dessa rapporter. Vi har inte kunnat identifiera några studier som har analyserat hur vuxna påverkas av övergrepp på internet utan studierna nedan avser offer under 18 år.

5.6.1 Linköpings universitets rapport *”Barn utsatta för sexuella övergrepp på nätet”*

Rapporten är, på uppdrag av Allmänna Barnhuset, framtagen av Linköpings universitet (Barnafrid Nationellt kunskapscentrum). Rapporten tar upp ett flertal frågor – den frågeställning vi fokuserar på är *”Kan ett övergrepp som sker på nätet få lika allvarliga konsekvenser som övergrepp som sker utanför nätet?”*

Författarna till rapporten har varit tydliga med att resultaten i rapporten är nya och unika vilket innebär att de måste tolkas med försiktighet. De understryker dock att resultaten visar ett tydligt mönster – att barn som utsatts för sexuella övergrepp på nätet uppvisar psykisk ohälsa och posttraumatiska symtom i mycket hög grad. Detta talar för att övergrepp på nätet är lika allvarliga som övergrepp som sker utanför nätet. Av rapporten framgår att de barn som utsatts för distansbrott i betydligt högre grad rapporterar om våldsutsatthet för olika typer av våld och att många av dessa barn därför är polytraumatiserade (s. 47). De barn som utsatts för sexuella övergrepp på nätet var i stort behov av stöd och behandling för att kunna bearbeta övergreppen de hade utsatts för.

En viktig faktor som påverkade barnens mående var rädslan för att gärningsmannen ska sprida de fotografier och filmer som denne hade av dem. Denna rädsla påverkade starkt barnens mående.

Författarna till rapporten noterade sju faktorer som avgörande för barnens mående. Dessa sju faktorer är skuld (de känner att det är deras eget fel), skam (de känner sig lurade), svek (de känner att de har svikit), hot (de känner rädsla för vad förövaren ska göra), rädsla (de har ingen kontroll över vad som ska hända med bilderna/filmerna), oro (de känner ovisshet för vem som känner till övergreppen och vem som har sett övergreppen) samt vetskapen att övergreppen fortsätter i oändlighet eftersom bilderna och filmerna aldrig försvinner.

5.6.2 Barn och sexuella övergrepp via IT, Erfarenheter från Onlineprojektet på BUP-Elefanten i Linköping

Denna rapport publicerades 2009. Sedan dess har utvecklingen gått snabbt framåt och användandet av internet har ökat. Trots detta har vi valt att återge relevanta delar av rapporten. Arbetet som låg bakom rapporten syftade till att öka medvetenheten kring barn som varit utsatta för sexuella övergrepp på internet.

I rapporten anges att de barn som författarna till rapporten hade träffat visade upp samma symtom som barn som utsatts för ”klassiska” sexuella övergrepp. Flera barn hade drabbats av PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) som ledde till att de återupplevde de traumatiska händelsen i form av plågsamma minnesbilder, mar- drömmar eller andra fysiologiska reaktioner. Många barn hade haft ihållande sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter eller humör-

svängningar. Övergreppen hade även resulterat i att många barn hade svårt att lita på andra och att de hade hög grad av ångest. Barnen kände i stor utsträckning skam, skuld och oro.

Även denna rapport anger att barnen ofta oroade sig över och fokuserade mycket på den omständigheten att övergreppen hade dokumenterats och att denna dokumentation fanns sparad och ofta hade spridits.

5.6.3 Europols rapport ”Internet Organised Crime Threat Assessment 2016”

Europol lämnar varje år en rapport över utvecklingen av brott som begås på internet (”cybercrime”). Dessa årliga rapporter avser inte specifikt sexualbrott utan redogör för ett stort antal brott.

I den rapport som Europol publicerade år 2016 utvecklades hur sexualbrott som begås på distans påverkar offren. Studien är begränsad till barn. Rapporten är baserad på material som EU medlemsländerna och Europols egen personal har tillhandahållit.

I rapporten konstaterades (utan att någon källa angavs) följande.

There can be serious consequences for victims of this type of crime, including long-term psychological damage and an elevated risk of self-harm including suicide or suicide attempts. Therefore, the development of preventive campaigns to raise awareness and provide children with tools to protect themselves, and the knowledge to detect and deal with this phenomenon, are essential, especially in light of the fact that around 50% of victims prefer to discuss it with their peers.

Trots att Europol alltså inte har redovisat något underlag eller utvecklat sitt ställningstagande kan man konstatera att Europol har kommit fram till att denna typ av övergrepp får allvarliga konsekvenser för offren. Rapporten visar även att det finns internationellt stöd för att barn som utsatts för distansbrott starkt påverkas av detta.

5.6.4 Sammanfattning av utförda studier

Trots att det endast finns begränsade studier på området talar alla studier i samma riktning – att barn som utsatts för distansbrott påverkas starkt, troligtvis lika starkt som om de hade blivit utsatta för ”klassiska” sexuella övergrepp. De två svenska studierna redogör

även för att barnen starkt påverkas av att de vet att övergreppen finns dokumenterade och kunnat spridas vidare till en större krets människor. Dessa slutsatser är också i linje med den bedömning som norska Høyesterett gjort.

Det kan tilläggas att Stiftelsen Allmänna Barnhuset har fått i uppdrag av regeringen att genomföra en studie om ungdomars sexualitet, utsatthet för sexuella övergrepp, sexuell exploatering och sexuell exponering via digitala medier. Uppdraget ska slutföras den 15 juni 2021 och det har inte varit möjligt för oss att ta del av resultatet.

5.7 Rättsläget för sexualbrott på distans

5.7.1 Inledande kommentarer

För att åskådliggöra hur olika gärningar i dag har rubricerats av domstolarna följer nedan en sammanställning av det som går att utläsa i de avgöranden vi haft tillgång till. Det bör dock noteras att vi inte funnit något avgörande där offret fyllt 18 år och endast ett avgörande (Svea hovrätts dom i mål nr B 11734–17) där offren var mellan 15 och 18 år.

Särskilt efter NJA 2018 s. 1103 står det klart att det är av avgörande betydelse om gärningsmannen närvarat i realtid när offret utför handlingen. De situationer som prövats av domstolarna och som gällt närvaro i realtid har dessutom avsett närvaro genom bildöverföring (i vart fall att den tilltalade kunde se offret). Något överrättsavgörande där den tilltalade varit närvarande i realtid enbart genom en chattfunktion utan bildöverföring har vi inte funnit. I Stockholms tingsrätts dom i mål nr B 1790–18, som inte överklagades, har tingsrätten dock inte ansett att det varit en förutsättning att den tilltalade kunde se offret vid närvaro i realtid.

5.7.2 De särskilda typfallen

Offret penetrerar sig själv

Att offret, som var under 15 år, förmått att penetrera sig själv med främmande föremål har i Svea hovrätts dom i mål nr B 11734–17 bedömts som våldtäkt samt våldtäkt mot barn med hänsyn till att kränkningen varit så allvarlig att den varit jämförlig med samlag. Den

bedömningen förutsätter dock att gärningsmannen deltagit i realtid exempelvis via webbkamera. Det kan inte anses finnas något principiellt hinder mot att bedöma en motsvarande gärning mot ett offer som fyllt 15 år, eller som är äldre än 18 år, som våldtäkt, om kränkningen kan bedömas vara så allvarlig att den är jämförlig med samlag.

Om gärningsmannen i realtid, genom att närvara via webbkamera, förmått offret att själv företa en sexuell handling som inte är att jämföra med samlag, t.ex. penetration med egna fingrar, finns i enlighet med NJA 2015 s. 501 förutsättningar att bedöma gärningen som sexuellt övergrepp mot barn om offret är under 15 år. Det kan inte antas föreligga något hinder mot att bedöma motsvarande gärning mot ett offer som fyllt 15 år som sexuellt övergrepp (se t.ex. Svea hovrätts dom i mål nr B 11734–17 där offret var över 15 år men inte över 18 år och gärningsmannen dömdes för sexuellt övergrepp beträffande några åtalspunkter). Därvid bör noteras att frågan om handlandet utgör en sexuell handling i sig knappast påverkas av offrets ålder.

Om gärningsmannen inte närvarar i realtid, såsom om denne förmått offret att själv utföra de sexuella handlingarna samt dokumentera dessa och skicka bilderna eller filmerna till gärningsmannen, står det dock genom NJA 2018 s. 1103 klart att gärningsmannens handlande inte kan bedömas som våldtäkt, våldtäkt mot barn, sexuellt övergrepp eller sexuellt övergrepp mot barn trots att det i och för sig rör sig om sexuella handlingar. Det är då inte heller möjligt att döma för medhjälp till sådant sexualbrott om det inte kunnat fastställas att en annan person har genomfört den sexuella handlingen med offret (jfr även Svea hovrätts dom i mål nr B 8425–19). Gärningsmannens handlande har dock ansetts kunna bedömas som utnyttjande av barn för sexuell posering (se t.ex. Hovrätten för Västra Sveriges dom i mål nr B 1756–19). Gärningar av detta slag har dessutom ofta bedömts som grovt brott. Att det är offret själv som gör bildupptagningen torde inte, som straffbestämmelsen om utnyttjande av barn för sexuell posering är utformad (se närmare om detta i avsnitt 7), utgöra något hinder.

Om den som förmåtts utföra den sexuella handlingen på sig själv har fyllt 18 år finns däremot inte förutsättningar att döma för utnyttjande av barn för sexuell posering. Det framstår däremot inte som uteslutet att i sådana fall bedöma handlandet som sexuellt ofredande, om förutsättningar för det brottet i övrigt är uppfyllda. Vi har dock inte funnit att den frågan prövats av domstolarna.

Offret genomför en sexuell handling med annan

Att den tilltalade förmått ett barn att genomföra ett samlag eller en sexuell handling jämförlig med samlag med annat barn, eller förmått en vuxen person att genomföra sådana handlingar med barn, har i flera fall föranlett ansvar för den tilltalade för våldtäkt mot barn som gärningsman (se t.ex. RH 2018:6 och Hovrätten för Västra Sveriges dom i mål nr B 1082–19, där gärningen rubricerades som grov våldtäkt mot barn). En sådan bedömning måste dock förutsätta att den tilltalade haft ett sådant inflytande över handlandet att han eller hon är att betrakta som gärningsman. Se också Svea hovrätts dom i mål nr B 1328–16 och Hovrätten för Nedre Norrlands dom i mål nr B 284–18. Om den sexuella handlingen inte är jämförlig med samlag har den tilltalade i stället dömts för sexuellt övergrepp mot barn (RH 2018:6).

Något exempel från domstolspraxis där en person på distans förmått en annan att genomföra sexuella handlingar med en person som inte deltar frivilligt och som fyllt 15 år, eller som fyllt 18 år, har vi inte funnit. Däremot har Göta hovrätt i mål nr B 754–19 (se avsnitt 5.3.10) dömt en man för våldtäkt bestående i att en annan man hade samlag med en kvinna. Samtliga var över 18 år och samtidigt närvarande.

Inget av avgörandena har avsett fall där den tilltalade inte närvarat i realtid. Högsta domstolens bedömning i NJA 2018 s. 1103, som gäller tolkningen av genomföranderekvisitet, torde dock inte lägga hinder i vägen för ansvar i ett sådant fall om den tilltalade har haft ett sådant inflytande över den som faktiskt genomför samlaget med den andre att han eller hon enligt medverkansläran är att anse som gärningsman. Bristen på samtidighet torde däremot kunna påverka bedömningen huruvida den tilltalade verkligen haft ett tillräckligt inflytande.

Offret utför annan posering eller förmås att skicka bilder på sig själv

När ett barn som inte fyllt 15 år förmås skicka fotografier eller filmer på sig själv med sexuell innebörd, men handlandet inte når upp till nivån för sexuell handling, har det förekommit att gärningsmannen som förmått barnet att göra detta dömts för utnyttjande av barn för sexuell posering. Detsamma gäller om offret är ett barn mellan 15 och

18 år och poseringen var ägnad att skada barnets hälsa eller utveckling. Se Hovrätten för Västra Sveriges dom i mål nr B 1756–19.

Om däremot en person som fyllt 18 år förmåtts skicka fotografier eller filmer av sig själv med sexuell innebörd till en annan person torde gärningen på sin höjd kunna bedömas som sexuellt ofredande. Vi har dock inte funnit något sådant avgörande.

Försök till brott

I Stockholms tingsrätts dom i mål nr B 1790–18, dömdes den tilltalade för försök till våldtäkt mot barn och försök till sexuellt övergrepp mot barn när han hade försökt förmå offret att utföra sexuella handlingar (se närmare avsnitt 5.3.12). Domen överklagades dock inte och vi har inte funnit något överrättsavgörande som närmare berör förutsättningarna för försöksansvar vid distansbrott.

Viss ledning för bedömningen om försökspunkten har nåtts kan dock finnas i avgöranden som rör försök till utnyttjande av barn för sexuell posering. I Svea hovrätts dom den 1 mars 2016 i mål nr B 5801–15 dömdes den tilltalade för försök till utnyttjande av barn för sexuell posering för att ha kontaktat målsäganden, uppmanat denne att sätta på webbkameran och försökt få målsäganden att posera avklätt för honom genom att be målsäganden visa en dold kroppsdel. Den bedömningen talar för att försökspunkten vid distansbrott som avser sexuella handlingar skulle vara nådd i vart fall när gärningsmannen kontaktat offret, satt på webbkameran och försökt få offret att utföra sexuella handlingar på sig själv.

Ett sådant synsätt överensstämmer även med vad Agder Lagmannsrett anförde i det mål som Høyesterett i Norge prövade i fråga om straffmätning (mål HR-2019-2385-A). I målet hade den tilltalade uppmanat målsäganden att utföra sexuella handlingar men målsäganden utförde aldrig handlingarna eftersom hennes mamma kom in i rummet. Enligt lagmannsretten fanns skäl att anta att målsäganden skulle ha följt den tilltalades uppmaning om inte målsägandens mamma hade kommit in i rummet och avbrutit chatten och att det därmed var tillfälligheter som gjorde att brottet inte hade fullbordats.

5.7.3 Analys och slutsatser utifrån domstolsavgöranden

Högsta domstolens praxis

Av Högsta domstolens praxis följer att lagstiftningen redan i dag ger utrymme för att döma till ansvar vid sexualbrott på distans och att det alltså inte är en förutsättning för att det ska vara ett genomförande – med den terminologi som i dag i allmänhet används vid flera av de centrala sexualbrotten – att gärningsman och offer är fysiskt närvarande på samma plats. Genom detta följer också att handlingar som offret utför på sig själv på distans kan vara att bedöma som sexuella handlingar som kan medföra ansvar för sexuellt övergrepp eller sexuellt övergrepp mot barn; följaktligen medför inte heller genomföranderekvisitet i sig till att brottet ska anses som egenhändigt.

Dock följer också av Högsta domstolens praxis att det inte kan anses utgöra ett genomförande om offret utför sexualhandlingen på sig själv utan att gärningsmannen är närvarande, även om gärningsmannen förmått offret att utföra handlingen och kanske även krävt att få bildupptagning av det som offret gör på sig själv. Såvitt vi kan bedöma skulle det därvid inte ha varit någon skillnad om den föregående kontakten hade utgjorts av en fysisk kontakt mellan gärningsman och offer. Möjligen hade det vid en fysisk kontakt funnits ett större utrymme för att anse utförandet av sexualhandlingen som ett genomförande från gärningsmannens sida om denne befann sig nära offret som utförde handlingen på sig själv i enrum och där gärningsmannen ändå skulle kunna anses ha kontroll över situationen (jfr vad domstolen uttalat i NJA 2018 s. 1103 p. 17 om att ett genomförande bör avse att ”gärningsmannen på något sätt deltar under den del av händelseförloppet som innehåller det agerande av målsäganden som kan kvalificera handlingen som sexuell”). Om detta ger dock inte Högsta domstolens praxis något säkert svar. Inte heller framgår tydligt huruvida det krävs att gärningsmannens och offrets kontakt är sådan att de direkt uppfattar vad den andre gör och säger (med andra ord att gärningsmannen uppfattar vad offret gör i samma sekund som det sker). Enligt vår bedömning borde en viss teknisk fördröjning i överföringen knappast få den betydelsen att gärningsmannens handlande inte skulle anses som ett genomförande om det ändå är en pågående fortlöpande kontakt där gärningsmannen och målsäganden har möjlighet att interagera med varandra. Men något

tydligt ställningstagande i den delen från högsta instans finns alltså inte.

Vissa av dessa fall borde dock kunna bedömas som utnyttjande av barn för sexuell posering, sexuellt ofredande och olaga tvång (jfr 5.8.3). Det är alltså endast de brott som är kopplade till en sexuell handling som förutsätter att rekvisitet genomföra ska vara uppfyllt. Övriga nämnda brott förutsätter inte detta.

Kan sexuella handlingar som någon utför på sig själv anses jämförliga med samlag?

Av förarbetsuttalandena och Högsta domstolens praxis följer att en handling som offret utför på sig själv kan utgöra en sexuell handling i BrBs mening. Högsta domstolen har däremot inte prövat frågan huruvida en sexualhandling som någon utför på sig själv *i sig* kan vara sådan att den med hänsyn till kränkningens allvar är att jämföra med samlag och alltså kan grunda ansvar för våldtäkt eller våldtäkt mot barn.

Som vi redovisat ovan har frågan däremot prövats och besvarats jakande i flera av de hovrättsavgöranden som utredningen har tagit del av. Dessa har avsett situationer där unga flickor förmåtts att föra in främmande föremål såsom hårborstar i sitt underliv. Dessa sexualhandlingar har, med hänsyn till kränkningens allvar, bedömts vara jämförliga med samlag. Gärningsmannen har därvid ansetts ha genomfört handlingen med barnet och har dömts för våldtäkt mot barn. Motsvarande bedömning har gjorts i något fall när barnet hade fyllt 15 år och där gärningen bedömts som våldtäkt. Något avgörande som avsett offer som inte varit barn (dvs. som fyllt 18 år) har vi dock inte funnit. Det är också för oss okänt om det överhuvudtaget har väckts åtal i något sådant fall.

Enligt vår bedömning har hovrätternas bedömningar i redovisade fall fog för sig utifrån lagstiftningens utformning och syfte. Även om det inte finns något förarbetsuttalande som uttryckligen ger stöd för att en sexualhandling som någon utför på sig själv kan vara jämförlig med samlag (jfr dock prop. 2017/18:177 s. 44 f.) är en sådan bedömning väl förenlig med inte minst syftet med 2013 års ändringar där det i än högre grad än tidigare lyftes att det avgörande inte skulle vara sexualhandlingen som sådan utan att det var graden av kränkning som skulle vara avgörande för kvalificeringen. Därmed

skulle också de mest kränkande formerna av sådana handlingar som uppenbart utgör sexuella handlingar – när offret förmåtts att onanera på sig själv med främmande föremål – kunna anses som så kvalificerade att de är att jämförbara med samlag, även om offret utfört handlingen på sig själv. Även i avsaknad av något avgörande från Högsta domstolen så delar vi den bedömning som gjorts i de redovisade hovrättsavgörandena att lagstiftningen redan i dag medger att ett sexuellt handlande som offret utför på sig själv bedöms som jämförbart med samlag. För att så ska kunna anses vara fallet måste dock omständigheterna bedömas som påtagligt mer försvårande än om offret själv förmåtts att beröra sig med sina egna fingrar. Det ska dock understrykas att det alltid måste göras en bedömning i det enskilda fallet och att det inte kan uteslutas att även penetration med fingrar skulle kunna vara att jämföra med samlag.

Som vår praxisgenomgång visar har domstolarna utförligt redogjort för hur de olika sexuella handlingar som gärningsmannen förmår offret att företa ska bedömas och vilka omständigheter som ska beaktas vid dessa bedömningar, se t.ex. Svea hovrätts dom i mål nr B 11734-14 och Hovrätten för Västra Sveriges dom i mål nr B 1082-19. Inte minst frågan vilka sexuella handlingar som ska anses vara jämförbara med samlag, och därmed bedömas som våldtäkt eller våldtäkt mot barn, har analyserats noggrant av de olika domstolarna. Omständigheter som, på sätt Svea hovrätt utvecklat i den domen, föremålets art och den skaderisk som är förknippad med detta samt gärningsmannens agerande i anslutning till detta kan därvid antas vara av betydelse. Men redan offrets ålder måste vara av betydelse, med hänsyn till att bedömningen av kränkningens allvar kan antas vara större ju yngre offret är. Också graden av tvång eller hot – vid distansbrotten – måste kunna påverka den bedömningen. I detta ligger enligt vår bedömning att den sexuella handlingen, när offret är ett barn, skulle kunna anses med hänsyn till kränkningens allvar jämförbar med samlag, även om ett motsvarande handlande om offret var vuxet inte skulle anses jämförbar med samlag på samma sätt. På motsvarande sätt som vid sexuellt övergrepp måste dock förutsättas att det går att tala om ett genomförande, dvs. att gärningsmannen på något sätt är närvarande vid övergreppet.

En person förmår andra att ha samlag

Högsta domstolen har inte heller behandlat den situationen som tas upp i direktiven till utredningen, dvs. om straffbestämmelserna om våldtäkt och våldtäkt mot barn kan tillämpas även i fall av sexualbrott på distans där gärningsmannen förmår två andra personer att ha samlag med varandra. Med utgångspunkt i att sexualbrotten inte längre i allmänhet är att anse som egenhändiga brott framstår den bedömning som Svea hovrätt gjort i dom i mål nr B 1328-16, där den man som instruerade en annan man via webbkamera att utföra sexuella handlingar som var jämförliga med samlag dömdes för våldtäkt mot barn i gärningsmannaskap (samt i några fall såsom medhjälpare) som välgrundad utifrån BrBs medverkanslära.

Vi bedömer också att den bedömning som hovrätten gjort i RH 2018:6 att den tilltalade, som förmått en 12-årig flicka att ha oralsex med sin jämgamle pojkvän, såsom gärningsman gjort sig skyldig till våldtäkt mot barn framstår som välgrundad. Högsta domstolen gav inte heller prövningstillstånd. Avgörandet väcker dock frågor kring hur man bör se på gärningsmannaskap i den situationen. När det gäller flickans handlande hade den tilltalade genom tvång förmått henne att utföra oralsex på pojken. I det avseendet framstår det som riktigt att bedöma den tilltalade, som utnyttjat flickan som ett osjälvständigt redskap för brottets utförande, som gärningsman. Brottet riktade sig emellertid också mot flickan och pojken var överhuvudtaget inte medveten om att den tilltalade närvarade via webbkamera. Hovrätten bedömde att den tilltalade haft en dirigerande och aktiv roll i händelseförloppet, att flickan fick anses ha varit endast ett redskap för den tilltalade, att den tilltalades agerande hade varit avgörande för att den sexuella handlingen skulle ske och han uppfyllde därmed kravet på att ha genomfört det orala samlaget samt var att se som gärningsman både i förhållande till flickan och pojken. Det förhållandet att pojken vid tidpunkten för det orala samlaget inte var medveten om att han utsattes för ett sexuellt övergrepp ledde inte hovrätten till någon annan bedömning. Även om alltså hovrätten inte fann att den tilltalade utnyttjat pojken som ett redskap för brott mot flickan ansåg hovrätten att han var att anse som gärningsman även i den delen. Avgörande för bedömningen måste alltså ha varit att det var den tilltalade, och inte något av barnen, som i praktiken styrde händelseförloppet. Enligt vår

bedömning måste den slutsatsen vara godtagbar utifrån medverkansläran, såsom den kommit till uttryck i litteratur och praxis.

En fråga är emellertid om det krävs att den tilltalade, för att dömas som gärningsman, måste närvara i realtid, antingen i rummet eller t.ex. över webbkamera eller någon annan överföring. Vad Högsta domstolen uttalat i NJA 2018 s. 1103 kan inte anses som omedelbart relevant för denna fråga utan det avgörande bör i stället vara vilket inflytande eller påverkan den tilltalade haft över det handlande som faktiskt innebär ett genomförande av den sexuella handlingen. Straffrättens medverkanslära kan inte anses hindra ansvar såsom gärningsman, även om påverkan på den som faktiskt utför handlingen skett innan handlingen påbörjats. Det står dock klart att bedömningen måste göras i varje enskilt fall.

Gärningar där gärningsmannen varit oaktsam i förhållande till avsaknad av frivillighet eller till målsägandens ålder

Vi har inte funnit något avgörande om distansbrott där domstolen prövat frågan om ansvar för oaktsam våldtäkt eller oaktsamt sexuellt övergrepp (6 kap. 1 a och 3 §§), dvs. vid oaktsamhet i förhållande till avsaknaden av frivillighet. Enligt vår bedömning står det dock klart att bedömningen av förutsättningarna för straffansvar vid brott på distans bör göras på samma sätt som om gärningsmannen haft uppsåt till avsaknaden av frivillighet. Detsamma bör gälla i sådana fall när gärningsmannen inte haft uppsåt till men varit oaktsam i förhållande till målsägandens ålder (se 6 kap. 13 §).

5.7.4 Slutsatser

Av vår genomgång och analys följer att det redan i dag är möjligt att döma för våldtäkt, våldtäkt mot barn, sexuellt övergrepp, sexuellt övergrepp mot barn, utnyttjande av barn för sexuell posering och sexuellt ofredande som begåtts på distans. Gärningarna har inte sällan bedömts som grovt brott. När det gäller fall med en gärningsman och en målsägande, och målsäganden utför den sexuella handlingen på sig själv, förutsätts dock för ansvar att gärningsmannen har närvarat i realtid under tiden den sexuella handlingen företogs. Om gärningsmannen inte närvarar i realtid när offret utför den sexuella handlingen

på sig själv är det i dag endast möjligt att döma för utnyttjande av barn för sexuell posering eller sexuellt ofredande.

5.8 Problem som uppstår med dagens tillämpning

5.8.1 Inledande kommentarer

Som vi konstaterat i föregående avsnitt ger nuvarande lagstiftning i och för sig ett i flera avseenden gott straffrättsligt skydd även vid distansbrotten och de bedömningar domstolarna gjort i redovisade avgöranden framstår som godtagbara. Nuvarande lagstiftning synes t.ex. i tillräcklig grad medge straffansvar för våldtäkt och våldtäkt mot barn även i fall när en person på distans förmår andra att utföra sexuella handlingar som inte är frivilliga eller som begås mot barn under 15 år.

Det straffrättsliga skyddet vid distansbrotten, på sätt som framgår av NJA 2018 s. 1103, har dock visat sig vara mer begränsat än vad lagstiftaren antog vid den senaste lagstiftningsprocessen, jfr prop. 2017/18:177 s. 44. Detta talar i sig för att straffbestämmelserna behöver ändras. Problemen uppstår när, som i NJA 2018 s. 1103, gärningsmannen inte deltar under tiden offret företar den sexuella handlingen på sig själv. Dessa problem kan hänföras till flera faktorer och återges nedan.

5.8.2 Likvärdiga fall bedöms inte lika

Som framgått står det klart att omständigheten att det förelegat ett uppdelat förlopp, där offret och gärningsmannen närvarat under olika delar av förloppet, får en avgörande betydelse för den straffrättsliga bedömningen. Gärningar med ett uppdelat förlopp bedöms annorlunda och enligt andra straffbestämmelser än gärningar där gärningsman och målsägande närvarat samtidigt. Det gäller även om de påtryckningar eller hot som gärningsmannen utsätter offret för kan vara minst lika allvarliga vid det förra som vid det senare fallet. Också de sexuella handlingar som offret förmås företa eller tåla, kan framstå som minst lika straffvärda vid ett uppdelat förlopp som annars. Dessa förhållanden uppmärksammade också Högsta domstolen (se NJA 2018 s. 1103 p. 17). Det är tydligt att straffansvaret i

påtaglig mån skiljer sig åt även om omständigheterna vid gärningen är snarlika.

Sammanfattningsvis innebär detta att gärningsmän som förmår offer att företa eller tåla likadana handlingar på sig själva straffas olika beroende på om det föreligger en viss tidsförskjutning, dvs. likvärdiga fall straffas inte lika.

Här bör också uppmärksammas att gärningsmannen kan få del av dokumentationen oavsett om denne närvarar i realtid eller får bilder eller filmer skickade till sig i efterhand. Som vi har redogjort för ovan tyder forskningen på att barn som utsatts för ett distansbrott starkt påverkas av om övergreppen finns dokumenterade. Denna omständighet uppmärksammades av regeringen redan i prop. 2004/05:45. Att kränkningen således kan vara lika stor, eller rent av större, i de fall när barnet förmåtts att skicka bilder till den som förmått barnet till detta talar också för att övergrepp vid ett uppdelat förlopp bör ses lika allvarliga som övergrepp som utförs när gärningsmannen närvarar i realtid, vilket dock nuvarande lagstiftning inte medger.

5.8.3 Lagstiftningens syften tillgodoses inte fullt ut

Lagstiftningsarbetet under senare år har syftat till ett stärkt skydd för den sexuella integriteten, inte minst för brott riktade mot barn och ungdomar. Det bör särskilt nämnas att regeringen i samband med de senaste ändringarna underströk att våldtäktsbestämmelsens nya lydelse skulle medföra att det brottet kunde utföras på distans (prop. 2017/18:177 s. 79). Den bedömning som Högsta domstolen gjorde i NJA 2018 s. 1103 innebär dock att lagstiftningen inte kan tillämpas på det sätt som lagstiftaren avsåg. Barnkonventionsutredningen har också ifrågasatt om tillämpningen är förenlig med barnkonventionen.⁵

Att det inte är möjligt att döma för sexualbrott som förutsätter sexuella handlingar när gärningsman och målsägande inte närvarar samtidigt innebär dock inte att det saknas ett straffrättsligt skydd. I vissa fall kan dömas för t.ex. utnyttjande av barn för sexuell posering när den tilltalade förmått barn att utföra sexuella handlingar på distans, men inte närvarat vid övergreppet i realtid. Det innebär alltså att det i och för sig finns ett straffrättsligt skydd även vid de upp-

⁵ SOU 2020:63 s. 1343.

delade förloppen, när det gäller barn som är under 15 år eller i vissa fall under 18 år. Den straffbestämmelsen syftar emellertid, enligt förarbetena, till att skydda barn och ungdomar från att *utföra eller medverka i sexuell posering*. Genom införandet av straffbestämmelsen ville lagstiftaren undvika att barn och ungdomar utnyttjades i pornografiska sammanhang på sexklubbar eller för framställning av pornografi (prop. 2004/05:45). Bestämmelsen kan däremot inte primärt anses syfta till att skydda barn från den kränkning som den sexuella handlingen i sig innebär för barnet. Under alla förhållanden har inte den straffbestämmelsen tillkommit med beaktande av de former för utnyttjande av barn som teknikutvecklingen medfört. Mot bakgrund av straffbestämmelsernas olika skyddsintressen är det vår bedömning att det inte är ändamålsenligt att endast straffbestämmelsen om utnyttjande av barn för sexuell posering tillämpas när barn förmås utföra sexuella handlingar och gärningsmannen inte närvarar i realtid. Den ger dessutom ett mera begränsat skydd för barn som fyllt 15 år och inte något straffrättsligt skydd alls för offer som fyllt 18 år.

Vi bedömer vidare att det i vissa sådana fall finns förutsättningar att döma för olaga tvång enligt 4 kap. 4 § BrB. Olaga tvång är dock inte något sexualbrott som syftar till att skydda den sexuella integriteten varför ett sådant skydd enligt vår bedömning inte är tillräckligt.

Utnyttjanden vid ett uppdelat förlopp mot vuxna och de utnyttjanden av barn som fyllt 15 år vilka inte är straffbara som utnyttjande av barn för sexuell posering torde dock kunna utgöra en sådan kränkning av den sexuella integriteten som kan medföra ansvar för sexuellt ofredande (se närmare om det brottet i avsnitt 6). Inte minst med hänsyn till regeringens syn på distansbrotten i förarbetena till 2018 års ändringar kan det dock inte anses innebära ett tillräckligt straffrättsligt skydd utifrån lagstiftningens syfte att enbart bedöma dessa fall som sexuellt ofredande.

Enligt vår bedömning medför nuvarande tillämpning alltså att lagstiftningens syften inte tillgodoses fullt ut.

5.8.4 Bristande tydlighet i lagstiftningen

Ytterligare ett problem med dagens tillämpning är att det varken finns några avgöranden eller förarbetsuttalanden som ger svar på hur lång tid som kan förflyta från det att gärningsmannen utövar påtryckning på offret (dvs. förmår offret att utföra en gärning) till det att offret företar handlingen på sig själv för att det fortfarande ska kunna vara ett genomförande. Det är även svårt att, utifrån dagens lagtext, fastställa var en sådan gräns går och vad som ska vara avgörande för denna bedömning. Det finns alltså en osäkerhet i hur långt det straffrättsliga skyddet sträcker sig. Denna osäkerhet talar ytterligare för att överväga ändringar.

Som vi varit inne på synes det redan i dag finnas ett utrymme att döma den som förmår någon att ha samlag med barn under 15 år eller annars förmår två personer som inte medverkar frivilligt att ha samlag med varandra som gärningsman. Vårt uppdrag är att säkerställa att bestämmelserna om våldtäkt eller våldtäkt mot barn kan tillämpas i sådana fall. Den osäkerhet som trots allt föreligger i fråga om hur långt det straffrättsliga ansvaret sträcker sig i sådana fall talar också för att överväga ändringar.

5.8.5 Slutsats

Vi är alltså av uppfattningen att det föreligger ett reformbehov i den del där gärningsmannen inte närvarar i realtid när offret företar den sexuella handlingen. Nuvarande lagstiftning ger inte ett tillräckligt straffrättsligt skydd i dessa fall. Sexuella handlingar som sker på distans, oavsett om gärningsmannen deltar i realtid, bör därför i framtiden kunna medföra straffansvar på samma nivå som i dag gäller för de allvarligaste sexualbrotten i 6 kap. 1–6 §§ BrB och anses lika straffvärda.

5.9 Vilka principer bör gälla för sexualbrott som begås på distans

Bedömning: Vid sexualbrott på distans bör följande principer gälla.

1. För straffansvar bör det inte ha någon betydelse vem som utför den sexuella handlingen.
2. Det bör vara graden av kränkning som avgör rubriceringen.
3. Det bör inte krävas närvaro i realtid.
4. Brottets fullbordan vid distansbrotten bör inte förutsätta att övergreppet dokumenterats.

5.9.1 Inledande kommentarer

Enligt direktiven ska utredningen ta ställning till vilka principer som ska gälla för sexualbrott på distans och som alltså ska genomsyra alla bedömningar av distansbrotten. Detta behövs av flera skäl. Ett är att de handlingar som ska bedömas fortfarande utgör en relativt ny typ av sexualbrott som i olika avseenden skiljer sig från sexualbrotten såsom lagstiftaren tidigare haft att se på dem. Ett annat är att distansbrotten främst drabbat barn och ungdomar, vilka bör skyddas särskilt.

De principer som vi formulerat nedan är de principer som vi menar ska gälla för distansbrotten och som ska komma till uttryck i de respektive straffbestämmelserna.

Princip 1 – Vem som fysiskt utför den sexuella handlingen ska inte ha någon betydelse

För straffbarhet ska det inte vara avgörande om gärningsmannen fysiskt utför den sexuella handlingen eller om gärningsmannen får offret att utföra handlingen på sig själv eller får en tredje person att utföra den sexuella handlingen på offret.

Avgörande för bedömningen bör vara att gärningsmannen, om denne inte fysiskt har utfört den sexuella handlingen, har påverkat eller styrt händelseförloppet, dvs. att denne på ett otillbörligt sätt förmått offret eller annan att utföra en sexuell handling.

Att det inte bör vara avgörande för straffbarhet om gärningsmannen närvarat fysiskt, innebär dock inte att den frågan ska sakna betydelse i det enskilda fallet. Det står klart att det i enskilda fall måste anses mer straffvärt att det rört sig om ett fysiskt övergrepp, inte minst om det innefattat fysiskt våld. Men å andra sidan måste det finnas möjligheter i det enskilda fallet att beakta allvaret i den särskilda kränkning som t.ex. gärningsmannens rådighet över dokumentationen från övergreppet kan innefatta, även om det är offret som förmåtts utföra den sexuella handlingen på sig själv.

Princip 2 – Graden av kränkning bör avgöra rubriceringen

Det bör vara graden av kränkning som avgör hur en gärning ska rubriceras. Därför bör den *sexuella handlingen och den kränkning som den inneburit för offret* vara avgörande vid bedömningen gärningstypens allvar, oavsett om det rör sig om övergrepp på distans eller vid fysiska sammanträffanden. De motivuttalanden och praxis som finns angående bedömningen av kränkningens allvar bör alltså vara vägledande även för distansbrotten. Som vi har redogjort för ovan har även domstolarna utvecklat en tydlig praxis för vilka handlingar som är att bedöma som jämförliga med samlag och denna praxis ska alltjämt tillämpas. Detta synsätt överensstämmer även med den forskning som finns på området som visar att graden av kränkning kan vara lika omfattande om offret förmåtts utföra handlingar på sig själv som att gärningsmannen har utfört handlingarna direkt på offret.

Princip 3 - Närvaro i realtid ("samtidighet") bör inte krävas

I fråga om straffbarhet vid distansbrotten ska det inte vara avgörande om offret har utfört den sexuella handlingen på sig själv inför den tilltalade eller om offret efter påverkan av gärningsmannen utfört den sexuella handlingen i enrum. Gärningsmannen ska alltså inte behöva delta under tiden offret utför den sexuella handlingen. Avgörande för straffansvar bör i stället vara att gärningsmannen påverkat offret på ett dirigerande och aktivt sätt innan offret utför handlingarna på sig själv eller före det att en annan person utfört handlingarna på offret.

Vid bedömningen om straffansvar ska föreligga enligt den här principen ska alltså fokus vara *gärningsmannens agerande och hand-*

lande när denne förmått offret att företa eller tåla de handlingar som gärningsmannen krävt.

Den påtryckning som gärningsmannen utsätter offret för bör inte behöva vara omedelbart överhängande för offret. För straffansvar bör det vara tillräckligt att gärningsmannen i vart fall otillbörligen förmått offret att utföra de sexuella handlingarna under de förhållanden som i övrigt förutsätts för straffansvaret (såsom avsaknad av frivillighet vid våldtäkt och sexuellt övergrepp samt offrets ålder vid våldtäkt mot barn och sexuellt övergrepp mot barn). Detta innebär att offret inte behöver genomföra de sexuella handlingarna direkt efter gärningsmannens påtryckningar utan att det kan passera viss tid. Hur lång tid som kan passera för att straffansvar ska föreligga måste få variera. En bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet, där hänsyn tas till bl.a. hotets allvar och offrets utsatthet, ska alltid göras.

Princip 4 – Brottets fullbordan vid distansbrotten bör inte förutsätta att övergreppet dokumenterats

De situationer som särskilt uppmärksammats har rört fall där den tilltalade förmått ett barn att i ensamhet filma sig själv när barnet utfört sexuella handlingar på sig själv och sedan skickat bildfiler till den tilltalade. Det bör emellertid inte krävas för brottets fullbordan att offret på något sätt låtit gärningsmannen få del av dokumentationen av den sexuella handlingen. I stället bör för brottets fullbordan gälla att offret har utfört den sexuella handling som gärningsmannen förmått denne till (varvid det bör räcka att offret påbörjat den). Den omständigheten att gärningsmannen sedan kan ta del av dokumentation bör i stället kunna beaktas vid bedömningen av den enskilda gärningens allvar.

På motsvarande sätt bör det sakna betydelse om gärningsmannen och offret ser varandra. Detta innebär att det är irrelevant för bedömningen om kontakten mellan gärningsmannen och offret har skett över telefon, webbkamera, Skype med eller utan bild, chattfunktioner etc.

5.10 Den framtida regleringen av sexualbrott som sker på distans

5.10.1 Det krävs lagändringar för att principerna vid distansbrott ska kunna upprätthållas

Det är en grundläggande uppgift för samhället att skydda barn och vuxna mot alla former av sexuella kränkningar. Ett sexuellt övergrepp är ett extremt och oacceptabelt uttryck för bristande respekt för en annan människas självklara rätt till personlig och sexuell integritet och sexuellt självbestämmande. Ett heltäckande och tydligt straffrättsligt skydd är en förutsättning för att ett samhälle ska kunna förebygga och bekämpa dessa brott på ett effektivt sätt.

Enligt vår bedömning bör det säkerställas att det vid distansbrotten finns ett ändamålsenligt skydd på motsvarande nivå som dagens reglering av de allvarligaste sexualbrotten enligt 6 kap. BrB, dvs. i första hand våldtäkt, sexuellt övergrepp, våldtäkt mot barn, sexuellt utnyttjande av barn och sexuellt övergrepp mot barn samt i förekommande fall regleringen vid oaktsamhet i förhållande till ofrivilligheten. Genom att pröva de principer vi har ställt upp mot dagens reglering vill vi visa var ändringar krävs för att våra principer ska kunna tillämpas. I avsnitt 5.10.3 lämnar vi därefter de förslag som krävs.

Princip 1 – Vem som fysiskt utför den sexuella handlingen ska inte ha någon betydelse

Enligt NJA 2015 s. 501 behöver den tilltalade inte fysiskt utföra den sexuella handlingen på offret för att det ska vara fråga om ett genomförande. Vad Högsta domstolen anfört i det rättsfallet i fråga om sexuellt övergrepp mot barn bör även kunna tillämpas när det gäller våldtäkt och våldtäkt mot barn. I flera avgöranden har en sexuell handling som offret utfört på sig själv bedömts vara med hänsyn till kränkningens allvar att jämföra med samlag och vår uppfattning är att den tillämpningen är i enlighet med lagstiftningen redan såsom den är utformad i dag. Detta innebär att det inte krävs några ändringar av aktuella straffbestämmelser för att vår princip 1 ska tillgodoses i dessa fall.

Däremot finns det en viss osäkerhet huruvida den som på distans förmår en person att ha samlag eller utföra jämförbara sexuella hand-

lingar med någon annan, i vart fall utan att närvara i realtid, eller förmår två personer att ha sådana sexuella handlingar med varandra kan dömas för våldtäkt eller våldtäkt mot barn. Vår bedömning är att straffrättens medverkanslära i och för sig möjliggör straffansvar som gärningsman i inte obetydlig utsträckning när det gäller den som haft en tillräcklig påverkan på handlandet, även om han eller hon inte själv utför någon sexualhandling. För att – på sätt direktiven anger – *säkerställa* att straffbestämmelserna om våldtäkt och våldtäkt mot barn kan tillämpas även i fall när gärningsmannen förmår två andra personer att ha samlag med varandra bedömer vi dock att det krävs ändringar.

Princip 2 – Graden av kränkning bör avgöra rubriceringen

Som vi nämnt ovan i avsnitt 5.9.3 finns det redan i dag motivuttalanden och praxis som redogör för att det är graden av kränkning som avgör hur en gärning ska rubriceras. Vi menar att dessa ska gälla även i fortsättningen och att det inte krävs någon ändring i denna del.

Princip 3 – Närvaro i realtid bör inte krävas

Högsta domstolen har i NJA 2018 s. 1103 funnit att handlingsverket ”genomföra” hindrar ansvar för såväl våldtäkt och sexuellt övergrepp som våldtäkt mot barn och sexuellt övergrepp mot barn om det föreligger ett tidsmässigt uppdelat förlopp. Visserligen finns förutsättningar att bedöma gärningsmannens handlande som utnyttjande av barn för sexuell posering, när barnet är under 15 år eller i vissa fall under 18 år, och förmodligen som sexuellt ofredande i övriga fall. En tillämpning av de straffbestämmelserna kan dock inte anses ge ett adekvat straffrättsligt skydd med hänsyn till gärningarnas allvar. För att tillgodose vår princip 3 krävs därför lagändringar.

Princip 4 – Brottets fullbordan vid distansbrotten bör inte förutsätta att övergreppet dokumenterats

Fullbordanspunkten, inbegripet den eventuella effekt som bör krävas för brottets fullbordan, är beroende av hur den straffbara gärningen beskrivs i respektive straffbestämmelse. De sexualbrott som

förutsätter en sexuell handling är i dag att anse som fullbordade när den sexuella handlingen kommit till utförande. Något ytterligare moment, såsom att gärningsmannen får del av dokumentation, ställs inte upp och lagstiftningen måste utformas så att något sådant krav inte heller i framtiden ställs upp.

Rättsfallet NJA 2015 s. 501 avsåg visserligen en situation där gärningsmannen var närvarande över webbkamera och där alltså gärningsman och offer kunde se varandra. Varken Riksåklagarens gärningspåstående i målet eller Högsta domstolens motivering innebär emellertid att den omständigheten att det gick att se varandra hade någon betydelse för straffansvaret. I den mån de befintliga straffbestämmelserna kan tillämpas vid distansbrott är det alltså möjligt att bedöma även att gärningsmannen över exempelvis telefon eller genom chattfunktioner utan bild förmår offret att utföra sexuella handlingar som ett genomförande av den sexuella handlingen. Lagstiftningen måste dock utformas så att något krav på närvaro genom bild inte heller ställs upp i framtiden.

5.10.2 Olika alternativa lösningar

De alternativ som finns för att genomföra lagändringar är antingen ändringar i befintliga straffbestämmelser eller att införa särreglering för distansbrotten. En särreglering skulle innebära att det införs nya, subsidiära straffbestämmelser rörande gärningar med ett uppdelat förlopp.

Eftersom vi vill åstadkomma ett straffrättsligt skydd för distansbrotten på motsvarande nivå som i dag gäller för de enskilda sexualbrotten talar det mot en särreglering av distansbrotten. Som redogjorts för ovan lyftes frågan om distansbrotten skulle utgöra ett eget brott av en remissinstans vid förra lagstiftningsarbetet (prop. 2017/18:177 s. 43 f.). Regeringen ansåg inte att den lösningen var ändamålsenlig. Avsikten var då dessutom att sexualbrott som begås på distans ska omfattas av bestämmelserna om våldtäkt och sexuellt övergrepp (samt motsvarande bestämmelser för barn) om rekvisiten i bestämmelserna är uppfyllda. Även detta talar för att det är lämpligast att göra ändringar i dagens straffbestämmelser.

Genom att ändra i befintliga bestämmelser i stället för en särreglering minskar dessutom risken för omotiverade skillnader när

det gäller bedömningen av skyddsvärde och straffvärde och kan säkerställas att distansbrotten på ett allmänt plan bör anses som lika skyddsvärda och straffvärda som jämförliga handlingar som inte utförs på distans (jfr prop. 2017/18:177 s. 43). I första hand bör därför övervägas om reformbehovet kan tillgodoses genom ändringar i de befintliga bestämmelserna. Först om detta inte visar sig vara möjligt eller lämpligt, bör vi överväga en särreglering för distansbrotten.

5.10.3 Utredningens överväganden och förslag

Förslag: Straffansvaret för sexualbrott enligt 6 kap. 1–6 §§ ska, utöver vad som tidigare gällt, även omfatta den som i annat fall genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmår en person som inte deltar frivilligt eller som är under femton år att företa eller tåla en sådan sexuell handling som avses i respektive straffbestämmelse.

Genomföranderekvisitet bör behållas men kompletteras

I samtliga de straffbestämmelser som är av intresse för vår bedömning används i dag handlingsrekvisitet ”genomföra” för att beskriva gärningsmannens handlande med avseende på den ofrivilliga sexuella handling som offret utsätts för. Det handlingsrekvisitet infördes generellt i straffbestämmelserna, efter att tidigare ha använts för att beskriva det straffbara handlandet i utnyttjandefallen, som inte krävde våld eller hot, i syfte att åstadkomma en större enhetlighet och tydlighet beträffande terminologin. Ändringen skedde uppenbarligen också för att distansfallen skulle omfattas. Det är emellertid det handlingsrekvisitet som orsakat de problem med dagens tillämpning som medför att de befintliga straffbestämmelserna inte kan tillämpas vid ett uppdelat förlopp.

Högsta domstolens prövning i de båda vägledande avgörandena om distansbrott har avsett just tillämpningen av genomföranderekvisitet. Någon prövning av de handlingsrekvisit som tidigare gällde vid samlag enligt våldtäktsbestämmelsen (”*genom – – – våld eller genom hot om brottslig gärning tvingar en person till*” samlag) eller vid sexuella handlingar jämförliga med samlag mot den som fyllt

15 år ("... tvingar – – – till att företa eller tåla" en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag) har Högsta domstolen inte gjort.

Ett alternativ är att ersätta det nuvarande handlingsrekvisitet "genomföra" med något annat. Vi anser dock inte att så bör ske. Genom att behålla begreppet "genomföra" kommer nämligen straffansvar även fortsättningsvis att föreligga oavsett vem som har tagit initiativet till den sexuella handlingen. Detta är viktigt inte minst eftersom barn under 15 år aldrig kan samtycka till sexuella handlingar.

Även om begreppet *genomföra* har ifrågasatts, se t.ex. NJA 2015 s. 501, har det dock getts en i allt väsentligt tydlig innebörd såväl för de fall som avser sexualhandlingar vid fysisk kontakt som – i huvudsak – när det gäller sexualhandlingar på distans när gärningsman och offer är samtidigt närvarande. Nuvarande lagstiftning har ännu inte varit i kraft i tre år och det framstår inte som lämpligt att nu överväga en helt ny terminologi.

Vår bedömning är därför att handlingsrekvisitet "genomföra" alljämt bör användas. Därmed kommer distansbrott som sker i realtid även fortsättningsvis att omfattas av dagens lydelse enligt nuvarande praxis. För att åstadkomma ett tillräckligt straffrättsligt skydd vid distansbrotten måste beskrivningen av det straffbara handlandet kompletteras.

Det förslag som 2014 års sexualbrottskommitté lämnade för att åstadkomma ett heltäckande straffansvar vid distansbrotten var ett tillägg i lagtexten om att, i förhållande till ett genomförande av sexualhandlingen med någon som inte deltog frivilligt eller var under 15 år, "[d]etsamma gäller om genomförandet består i att personen, som inte deltar frivilligt, utför handlingen på sig själv eller med någon annan". Förslaget fick kritik av några remissinstanser för att det inte innehöll någon beskrivning eller begränsning av gärningsmannens handlande för att det skulle vara straffbart. Regeringen gick inte heller vidare med förslaget eftersom, enligt den bedömning som då gjordes, frågan om distansbrotten ansågs vara löst genom NJA 2015 s. 501.

Som rättsläget är nu finns det anledning att överväga om kommitténs förslag ändå borde genomföras. Den kritik som riktades mot det under remissomgången kvarstår dock. Efter NJA 2018 s. 1103 kan det dessutom ifrågasättas om det är lämpligt att överhuvudtaget

knyta straffansvaret till genomföranderekvisitet, även om detta sker genom någon slags utvidgning i lagtexten av den språkliga betydelsen av ett genomförande. Vi anser därför inte att det är en framkomlig väg att föreslå en modifierad variant av kommitténs förslag.

I stället anser utredningen att det är lämpligast att vid sidan av handlingsrekvisitet ”genomföra” föreskriva ett straffbart handlande som träffar de situationer som vi anser vara straffvärda men som faller utanför straffansvaret i dag. Det bör dock inte innebära en utvidgning i förhållande till vad kommittén avsåg med sitt förslag. Det bör därvid noteras att kommittén uttalade att eftersom gärningsmannen inte egenmäktigt på distans kan beröra den andre bör övergreppen regelmässigt komma att förutsätta att gärningsmannen förmår den utsatte att göra något genom användande av något sådant otillbörligt medel som angavs i lagtexten och som skulle utesluta frivillighet (varvid kan antas att kommittén i första hand föreställde sig användande av olaga tvång eller utnyttjande av beroendeställning).

Vid bedömningen bör också beaktas att vårt uppdrag i den del det avser att säkerställa att straffbestämmelserna om våldtäkt och våldtäkt mot barn kan tillämpas även i fall när gärningsmannen förmår två andra personer att ha samlag med varandra.

Hur bör gärningsmannens handlande beskrivas?

Det bör krävas någon slags påverkan från gärningsmannens sida för att straffansvar, vid sidan av ett genomförande, bör inträda. Vi har därför i första hand övervägt att använda rekvisitet **förmå**.

Begreppet förmå, som bl.a. används i straffbestämmelserna om utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling (9 §) och sexuellt ofredande (10 §), kan språkligt sett anses betyda *att påverka någon att genomföra något*. Begreppet användes även i de numera upphävda bestämmelserna om sexuellt tvång och sexuellt utnyttjande av person i beroendeställning (tidigare 2 och 3 §§).

Med begreppet bör förstås att få någon att göra något, dvs. det bör krävas någon form av handlande från gärningsmannens sida (se t.ex. SOU 2001:14 s. 233; jfr prop. 2004/05:45 s. 97). Vad som närmare bör förstås med begreppet förmå har nyligen behandlats i slutbetänkandet från Utredningen om starkare skydd mot barnäkten-

skap, tvångsäktenskap och brott med hedersmotiv, SOU 2018:69, s. 124. Utöver vad som sagts ovan tog den utredningen även upp att gärningsmannens handlande ska vara inriktat på ett visst resultat, ett handlande som oftast torde vara någorlunda lätt att identifiera och urskilja. I betänkandet angavs att när det kommer till att förmå någon att ingå äktenskap så räcker det med redan mycket subtila påtryckningar för att man ska anses ha påverkat någon. Av prop. 2019/20:131, *Ökat skydd mot hedersrelaterad brottslighet*, följer att regeringen i stora delar instämde i betänkandets slutsatser.

Begreppet ”förmå” används redan i dag i 6 kap. BrB och även i andra straffbestämmelser. Det begreppet framstår i sig som lämpligt för att beskriva det handlande som bör omfattas av straffansvaret när det inte är fråga om ett genomförande. För straffansvar bör alltså förutsättas ett aktivt agerande från gärningsmannens sida och det ska även föreligga ett samband mellan gärningsmannens agerande och den handling offret företar. Att passivt utnyttja att barnet utan någon slags påtryckning själv utför en sexuell handling bör dock, oavsett vilka moraliska aspekter som skulle kunna läggas till det, inte omfattas av straffansvaret. Om barnet därefter t.ex. ångrar sig och försöker avbryta men gärningsmannen förmår barnet att fortsätta, bör däremot även det sistnämnda omfattas av straffansvaret.

Som ett alternativ har vi övervägt att använda begreppet **främja**. Det begreppet får språkligt sett anses betyda att *skapa gynnsamma förutsättningar för* och används i 6 kap. BrB, dels i bestämmelsen om utnyttjande av barn för sexuell posering (8 §), dels i bestämmelsen om koppleri (12 §). Begreppet används även i fråga om medverkan till brott enligt 23 kap. 4 §. Vår bedömning är att begreppet ”främja” inte är lämpligt att använda i detta fall eftersom det snarare än att uttrycka någon slags otillbörlig påverkan ger uttryck för en positiv medverkan till något som den andre själv skulle vara beredd att göra.

Enligt vår bedömning bör därför begreppet förmå väljas för att beskriva gärningsmannens handlande.

Förmå är dock ett relativt lågt ställt krav och det krävs förhållandevis lite psykisk påverkan från en gärningsman för att denne ska anses ha förmått någon annan att utföra en handling. Frågan är därför om det bör krävas någon slags kvalificering för att kriminaliseringen inte ska bli alltför långtgående. Visserligen förutsätts för straffansvar, när målsäganden fyllt 15 år och det inte är fråga om ett sådant fostransförhållande eller liknande förhållande som avses i

6 kap. 4 § andra stycket BrB, att målsäganden inte ska ha deltagit frivilligt. Att enbart beskriva det straffbara handlandet som att förmå målsäganden att göra något skulle emellertid riskera att även vissa situationer som uppenbarligen inte bör träffas av en kriminalisering på en nivå motsvarande våldtäkt eller sexuellt övergrepp (eller motsvarande brott mot barn) ändå skulle komma att omfattas. Ett sådant fall skulle kunna vara om en ung person av några jämnåriga kamrater förmås att onanera i enrum trots att denne gett uttryck för att inte vilja göra detta. Utan en kvalificering av förmå-rekvisitet torde det också finnas risk för att kriminaliseringen skulle komma att omfatta det som är och enbart bör vara kriminaliserat som kopp-leri enligt 6 kap. 12 § BrB.

För straffansvar på den nivå som nu är i fråga bör därför krävas att gärningsmannen inte enbart får målsäganden att göra något med det lågt ställda krav på påverkan som ligger i begreppet förmå.

Att gärningsmannen genom olaga tvång – på det sätt som avses i 4 kap. 4 § BrB – förmår målsäganden att utföra en sexuell handling på eller med sig själv måste uppenbarligen träffas av straffansvaret. Detta var också den kvalificering av förmå-rekvisitet som användes i den tidigare straffbestämmelsen om sexuellt tvång. Att begränsa straffansvaret till sådana fall skulle emellertid innebära att åtskilliga fall av mer subtila påtryckningar inte skulle omfattas. Å andra sidan bör det krävas att gärningsmannen otillbörligen förmår målsäganden att utföra något för att inte straffansvaret skulle bli alltför långtgående. Vi har därför bedömt att straffansvaret bör träffa den som genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmår målsäganden att utföra något. Bedömningen av om handlandet varit otillbörligt i det enskilda fallet bör därvid prövas med hänsyn till syftet eller ändamålet. En helhetsbedömning måste göras varvid det måste prövas om handlandet går utöver vad som är acceptabelt. Vid den bedömningen kan beaktas vem målsäganden är och vad gärningsmannen känt till om målsäganden. Om gärningsmannen är vuxen och målsäganden är ett barn eller en person med nedsatt förmåga att värja sig mot påtryckningar, kan relativt begränsade påtryckningar anses vara otillbörliga. Frågan om en påtryckning varit otillbörlig eller inte bör därför kunna falla ut på olika sätt beroende på om offret är en vuxen person eller ett barn. Och om påtryckningarna består i tvång med uppsåt att skada eller i syfte att få oskälig ekonomisk fördel kan de i regel anses vara otillbörliga.

Av vår praxisgenomgång följer att det är vanligt att gärningsmän hotar offren med att sprida fotografier på tidigare övergrepp och att dessa hot leder till att offren utför de handlingar som gärningsmännen anger. Det förekommer inte sällan att gärningsmannen utger sig för att vara någon annan, t.ex. en person i samma ålder och av samma kön, för att på det sättet förmå offret att utföra sexualhandlingar. I den mån sådant handlande inte är att bedöma som olaga tvång måste det anses vara otillbörligt.

Att en gärningsman endast ber en vuxen målsägande att i enrum utföra sexuella handlingar på sig själv – utan att använda något påtryckningsmedel eller utnyttja att denna på något sätt befinner sig i en utsatt situation – torde som huvudregel inte innebära att gärningsmannen agerat otillbörligt, även om gärningsmannen inser att målsäganden inte deltar frivilligt.

För att det ska vara fråga om att förmå målsäganden till handlandet måste det under alla förhållanden krävas att det föreligger ett orsakssamband mellan gärningsmannens påtryckning och offrets agerande.

Med ett straffansvar utformat på detta sätt bedömer vi att straffansvaret kommer att omfatta de fall som bör bedömas på samma nivå som de allvarligaste sexualbrotten, samtidigt som de fall som uppenbarligen inte bör omfattas kommer att falla utanför. Det straffbara handlandet bör därför beskrivas så att gärningsmannen genom olaga tvång eller annars otillbörligen förmår målsäganden till den sexuella handlingen.

För straffansvar ska offret genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmås att företa eller tåla den sexuella handlingen

För straffansvar bör krävas att gärningsmannens påverkan leder till att offret på något sätt genomlider den sexuella handlingen. Därvid bör beaktas att vid distansbrotten är det regelmässigt offret som utför sexualhandlingens på sig själv, men att det inte kan uteslutas att gärningsmannens påverkan avser att någon annan också utför sexualhandlingens på offret. Regleringen i detta avseende kan utformas på olika sätt och vi har vid vår bedömning i denna del övervägt regleringar som innebär att gärningsmannen förmår offret att

- medverka i den sexuella handlingen.
- företa eller tåla den sexuella handlingen, respektive
- utföra den sexuella handlingen,

Begreppet **medverka**, som språkligt sett får anses betyda ”*verka tillsammans med andra för ett gemensamt mål*”, används i dag i 6 kap. 8 och 10 §§ BrB (utnyttjande av barn för sexuell posering och sexuellt ofredande). Med hänvisning till de tillämpningsproblem som har uppstått vid tillämpningen av bestämmelsen i 8 §, (jfr Svea hovrätts dom den 26 augusti 2019 i mål nr B 7173–19, se vidare avsnitt 7) där det ifrågasatts om det inte krävs någon aktivitet från offrets sida anser vi att detta inte är ett ändamålsenligt begrepp att använda sig av.

Ett annat alternativ vore att använda uttryckssättet **företa eller tåla**. Med att företa något avses språkligt sett ”*att utföra någon verksamhet av mera omfattande slag*” medan att tåla något på motsvarande sätt betyder ”*ofta i negerade sammanhang kunna uthärda förekomst av något*”, se Svenska Akademiens ordlista. Före 2018 års ändringar förekom uttryckssättet ”företa eller tåla” i flera av straffbestämmelserna i 6 kap. BrB, såsom i 1 § om ansvar för våldtäkt vid sexuella handlingar jämförliga med samlag samt i 2 § om ansvar för sexuellt tvång (som i dag i grunden motsvaras av sexuellt övergrepp) efter olaga tvång. Det förekom också i den numera upphävda bestämmelsen om sexuellt utnyttjande av person i beroendeställning, där det föreskrevs ansvar för den som förmådde en person att företa eller tåla en sexuell handling genom att allvarligt missbruka att personen befann sig i beroendeställning. I dag förekommer uttryckssättet endast i 9 § om utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling.

I prop. 2004/05:45 s. 136 uttalade regeringen att begreppen företa och tåla då var nya begrepp och att dessa verb omfattar såväl den situationen att handlingen utförs av offret som att handlingen genomlids av henne eller honom utan val. Enligt våldtäktsbestämmelsens dåvarande lydelse krävdes det, i relevant del, att gärningsmannen tvingade en person till samlag eller att företa eller tåla en annan sexuell handling som var jämförlig med samlag. Att gärningsmannen tvingade offret att *företa* en handling innebar att offret *under betvingande* utförde en sexuell handling medan det fallet att gärningsmannen tvingade offret *att tåla* en sexuell handling innebar att gärningsmannen *är den som aktivt utförde den sexuella handlingen* under betvingande.

I förhållande till våra överväganden – som baseras på rekvisitet förmå – skulle det innebära att gärningsmannen förmår offret, som inte deltar frivilligt eller är under 15 år, att utföra den sexuella handlingen eller att tåla en sexuell handling som gärningsmannen (eller någon annan) utför på offret.

Vi har också övervägt att använda begreppet **utföra**. Med att utföra något får språkligt sett anses betyda att ”*vara verksam med och föra till sitt slut med avseende på viss handling*”, se Svenska Akademiens ordlista. Eftersom detta torde kräva aktivitet från offrets sida, framstår det inte som ändamålsenligt.

Enligt vår bedömning är det mest ändamålsenligt att använda begreppet ”företa eller tåla” som, trots att det numera förekommer endast i begränsad omfattning i 6 kap. BrB är väl inarbetat med en tydlig avgränsning, samt att de alternativ som finns inte i tillräcklig utsträckning beaktar att offret själv inte måste vara aktiv.

Det finns inte skäl att föreslå ytterligare ändringar för att åstadkomma ett adekvat straffrättsligt skydd vid distansbrotten

Högsta domstolen har inte uttalat sig i fråga om sexuella handlingar som målsäganden utför på sig själv kan vara jämförliga med samlag. Enligt vår bedömning, som får stöd i den praxis som vi tagit del av (se bl.a. Svea hovrätts dom i mål nr B 11734–17 och Hovrätten för Västra Sveriges dom i mål nr B 1082–19) är det dock klart att så är fallet. Vi menar att något förslag på ändring inte behövs i den delen. Vi har inte heller identifierat något ytterligare reformbehov.

Slutsatser kring distansbrotten

Vi föreslår alltså att det vid sidan av genomföranderekvisitet i straffbestämmelserna om våldtäkt, sexuellt övergrepp, våldtäkt mot barn och sexuellt övergrepp mot barn bör föreskrivas straffansvar även för den som genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmår någon som inte deltar frivilligt, eller på motsvarande sätt förmår ett barn under 15 år eller i förekommande fall 18 år, att företa eller tåla en sexuell handling. Detta innebär enligt vår bedömning att straffansvaret vid distansbrotten inte blir beroende av om det är fråga om ett uppdelat förlopp och vidare att det säkerställs att straff-

bestämmelserna om våldtäkt och våldtäkt mot barn kan tillämpas även i fall när gärningsmannen förmår två andra personer att ha samlag med varandra. Detta innebär också att lagstiftningens syfte kommer att tillgodoses på det sätt som regeringen föreställde sig i anslutning till 2018 års ändringar.

Vad som nu sagts bör gälla även vid sexuellt utnyttjande av barn som utgör den mindre grova graden av våldtäkt mot barn. Detsamma bör gälla vid oaktsam våldtäkt och oaktsamt sexuellt övergrepp eftersom oaktsamhetsansvaret där tar sikte endast på huruvida den andre inte deltagit frivilligt och inte på utförandet av det brottsliga handlandet i övrigt. I fråga om det brottsliga handlandet hänvisar dessa straffbestämmelser i relevanta delar till straffbestämmelserna om våldtäkt mot barn respektive om våldtäkt och sexuellt övergrepp. Några ändringar krävs därför inte i dessa straffbestämmelser.

Avsikten är inte att ändringen ska påverka straffansvaret enligt nuvarande praxis. Detta bör komma till uttryck i lagtexten. I den mån ett handlande redan är att anse som ett genomförande, på sätt som följer av NJA 2015 s. 501, kommer rättsläget inte att förändras med våra förslag. De ändringar som vi föreslår kommer således att omfatta gärningar med ett uppdelat förlopp (likt det i NJA 2018 s. 1103). Det kommer också att säkerställa att de fall som nämns i direktiven, att gärningsmannen förmår två andra personer att ha samlag med varandra, kommer att vara straffbara som våldtäkt eller våldtäkt mot barn – i den mån de inte redan är straffbara på sådant sätt – förutsatt att gärningsmannen förmått de andra personerna till detta genom olaga tvång eller annars otillbörligen. Det ska inte heller vara uteslutet att den särskilda straffskalan för brott som är att bedöma som mindre grovt kan tillämpas i fall där omständigheterna är klart förmildrande.

Det kan slutligen konstateras att våra förslag ligger i linje med artikel 36 c i Istanbulkonventionen som anger att det ska vara straffbelagt att uppsåtligen förmå en annan person att utföra handlingar av sexuell karaktär med en tredje person utan dennes samtycke.

5.10.4 En särreglering för distansbrotten som ett alternativ?

Som vi har angett ovan hade ett alternativ till att föreslå ändringar i nuvarande lagstiftning varit att föreslå en särreglering för distansfallen med ett uppdelat förlopp.

Utredningen har även diskuterat detta alternativ – nämligen att införa subsidiära straffbestämmelser till 1–2 §§ respektive 4–6 §§. Sådana subsidiära straffbestämmelser hade även behövt inkludera oaktsamhetsbrotten.

Det har bl.a. diskuterats huruvida det förslag som lämnats ovan är det mest ändamålsenliga och om straffet (jfr förslagen i avsnitt 8) kan bli för strängt för vissa typer av ageranden. Med en subsidiär straffbestämmelse hade det kunnat öppnas för göra en något annan straffmätning för den här typen av gärningar, samtidigt som straffskalan hade lämnat utrymme för en adekvat straffmätning i det enskilda fallet. Man hade inte heller varit bunden av det förslag vi lämnar i avsnitt 8.

En subsidiär straffbestämmelse skulle kunna utformas enligt följande. ”*Den som i annat fall än som avses förut i detta kapitel, genomför eller genom olaga tvång eller otillbörligen förmår annan att företa eller tåla ett samlag eller en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningen allvar är jämförlig med samlag eller en annan sexuell handling döms för övergrepp på distans till fängelse i ...*”

Det avgörande vid valet om en subsidiär straffbestämmelse utformad på detta sätt hade varit lämpligare är om det finns fog för att bedöma gärningarna med ett uppdelat förlopp annorlunda eller om de generellt kan sägas vara mindre straffvärda än dels de klassiska sexualbrotten, dels distansbrotten som sker i realtid. Utredningen anser dock att det inte går att göra någon sådan uppdelning och säga att de gärningar som har ett uppdelat förlopp skulle vara mindre allvarliga och generellt ha ett lägre straffvärde. Även om vi alltså valt att inte gå vidare med detta alternativ har vi ansett att det är lämpligt att ändå redovisa det här.

6 Sexuellt ofredande

6.1 Inledning

Vårt uppdrag i den här delen består i att analysera tillämpningsområdet för sexuellt ofredande och bedöma om straffbestämmelsen om sexuellt ofredande är ändamålsenligt utformad. Inom ramen för detta ska vi också analysera och ta ställning till om smygfotoografering på ett visst avstånd bör kriminaliseras. I avsnitt 8 kommer vi att återkomma till frågan om det bör införas ett nytt brott benämnt grovt sexuellt ofredande.

Våra analyser och bedömningar förutsätter en genomgång av tidigare lagstiftningsarbete och praxis från Högsta domstolen. Högsta domstolen har under de senaste åren meddelat flera domar på området som innebär att tillämpningsområdet för sexuellt ofredande har preciserats och förtydligats. Det är därför nödvändigt med en genomgång av underrättspraxis efter dessa domar. Syftet med denna genomgång är att undersöka om, och i så fall var, tolkningsproblemen föreligger och om straffbestämmelsen är ändamålsenlig eller behöver ändras. Därefter analyserar vi frågan om det bör ske en utvidgning av straffbestämmelsen beträffande smygfotoografering och slutligen tar vi ställning till om straffbestämmelsen bör delas upp på annat sätt än i dag.

6.2 Straffbestämmelsens innehåll

Straffbestämmelsen om sexuellt ofredande fungerar som en slags uppsamlingsbestämmelse som ska omfatta ett nedre skydd för den sexuella integriteten. Den syftar till ett straffskydd mot kränkningar av den sexuella integriteten som inte medför ansvar enligt någon av

de tidigare bestämmelserna i kapitlet, dvs. ger ett skydd mot vissa slags kränkningar som inte vore straffbara på annat sätt. Men den kan också tillämpas vid sexuella kränkningar av allvarigare slag, där ansvar av någon anledning inte kan dömas ut. Att det inte finns något hinder mot att pröva åtal för sexuellt ofredande, även om det påstådda handlandet skulle kunna utgöra något annat brott har Högsta domstolen slagit fast i NJA 2016 s. 129. Vad som anges om ”i annat fall än som avses förut i detta kapitel” bör alltså förstås så att övriga straffbestämmelser i 6 kap. brottsbalken, som stipulerar straffansvar för allvarigare brott, har företräde framför denna straffbestämelse men att ansvar för sexuellt ofredande är möjligt subsidiärt.

Kortfattat kan sägas att straffbestämmelserna i paragrafen tar sikte på handlingar som till sin art har ansetts mindre kvalificerade än en sexuell handling (se om begreppet sexuell handling i avsnitt 5.2.1). Gränsdragningen mellan vad som är att anse som en sexuell handling och de mindre kvalificerade handlingar som bedöms som sexuellt ofredande har klarlagts i praxis. Inte heller 2008 års sexualbrottsutredning såg några gränsdragningsproblem i detta avseende (SOU 2010:71 s. 304 ff.). Vi kommer därför inte att behandla denna fråga närmare.

Paragrafens första stycke – som endast omfattar barn – innebär ett absolut skydd för barn under 15 år mot att utsättas för sådana sexuella beröringar som inte omfattas av begreppet ”sexuell handling”. I den mån sådana beröringar inte medför ansvar för t.ex. våldtäkt mot barn eller sexuellt övergrepp mot barn, är de alltså straffbara som sexuellt ofredande. Vidare föreskrivs i första stycket straffansvar för den som förmår barnet att företa eller medverka i någon handling med sexuell innebörd. Denna senare del av straffbestämmelsen har behandlats sparsamt i förarbetena och vi har inte funnit några avgöranden som rör dessa ageranden. Det synes dessutom som att avsikten med straffansvaret i denna del när det infördes var att delvis träffa sådant handlande som i dag är straffbart som utnyttjande av barn för sexuell posering (som vi återkommer till i avsnitt 7). Något krav har inte ställts upp att handlandet enligt första stycket ska ha varit ägnat att kränka barnets sexuella integritet eller att vålla anstöt, vilket i sig framstår som logiskt eftersom barn under 15 år inte med giltig verkan kan samtycka till att delta i sexuella aktiviteter. Samtycke från barnet befriar alltså inte från ansvar (se dock ansvarsfrihetsregeln i 6 kap. 14 § första stycket BrB).

Andra stycket – som omfattar handlingar både mot barn och vuxna – innefattar dels blottningsfallen, dels annat handlande som ofredar en person på ett sätt som är ägnat att kränka personens sexuella integritet. Vid blottningsfallen – dvs. exhibitionistiska beteenden från en person – föreligger straffansvar om någon blottar sig för annan på ett sätt som är ägnat att väcka anstöt. Det krävs inte att handlingen har en viss grad av offentlighet. Beträffande övriga handlingar som regleras i andra stycket ska de *vara ägnade att kränka offrets sexuella integritet* för att straffansvar ska föreligga. Detta betyder att det för straffansvar är tillräckligt att handlingen *typiskt* sett är sådan att den kränker offrets sexuella integritet. Därmed behöver det inte visas i det enskilda fallet att integriteten verkligen kränks.

Exempel på handlingar som är straffbara enligt andra stycket är flyktiga beröringar av andras könsorgan med klädesplagg emellan, andra beröringar av sexuell karaktär, yttranden med tydlig sexuell inriktning och blottning. Därutöver omfattas i och för sig också gärningar som innefattar sexuella handlingar med där ansvar inte av annat skäl kan dömas ut för t.ex. våldtäkt eller sexuellt övergrepp; också sådana är ju ägnade att kränka den sexuella integriteten. Behovet av att tillämpa bestämmelsen om sexuellt ofredande på sådana handlingar har dock i praktiken minskat betydligt till följd av 2018 års ändringar i kapitlet, där bristande frivillighet är det grundläggande rekvisitet för straffansvar för sådana brott, se avsnitt 6.3.4 nedan.

I subjektivt hänseende krävs inte något syfte att kränka offrets sexuella integritet utan att det är tillräckligt att gärningsmannen har uppsåt beträffande de faktiska omständigheter som utgör underlag för domstolens värdering av frågan om de varit ägnade att kränka offret på ett sådant sätt. Bedömningen om en handling når upp till straffbar nivå anses beroende av vem den riktas mot, t.ex. mot ett barn eller en vuxen. Avsikten har inte varit att alla handlingar ska omfattas av bestämmelsen. Att t.ex. klappa en förbipasserande vuxen person i rygglutet eller på kinden omfattas därför inte av straffansvaret. (Se prop. 2004/05:45 s. 149.)

6.3 Bakgrunden till den nuvarande bestämmelsen om sexuellt ofredande

6.3.1 Kortfattad översikt över lagstiftningen före år 2005

När BrB trädde ikraft år 1965 reglerades handlingar som i dag omfattas av sexuellt ofredande av straffbestämmelsen om otuktigt beteende (6 kap. 6 §). För otuktigt beteende straffades dels den som berörde ett barn under 15 år på ett sedlighetssårande sätt, dels den som blottade sig för annan på sätt som var ägnat att väcka anstöt eller annars genom ord eller handling som uppenbart sårade tukt och sedlighet uppträdde anstötligt mot annan. Straffrättskommittén, vars förslag låg till grund för lagstiftningen, uttalade att det för frågan om en viss handlingens egenskap av sedlighetssårande kunde vara av betydelse mot vem handlingen företogs och att en och samma handling kunde anses sedlighetssårande om den ägt rum inför en minderårig, men inte om den ägt rum inför en vuxen. Uppfattningen om vad som var sedlighetssårande kunde även växla med tids- och miljöförhållanden.

1977 års sexualbrottskommitté föreslog i betänkandet *Våldtäkt och andra sexuella övergrepp* (SOU 1982:61) att blottande och liknande handlingar som riktar sig mot vuxna inte längre skulle bestraffas som sexualbrott utan i stället som förargelseväckande beteende eller ofredande. De förslagen genomfördes inte. I 1984 års reform, som behandlade kommitténs förslag, behölls kriminaliseringen av blottande och liknande förfaranden som sexualbrott men straffbestämmelsen ändrades språkligt på så sätt att uttrycket ”*som uppenbart sårar tukt och sedlighet*” ersattes med ”*på ett uppenbart sedlighets-sårande sätt*”. Samtidigt ändrades brottsrubriceringen till *sexuellt ofredande*. Dessutom kriminaliserades gärningar som bestod i att en person förmådde ett barn under 15 år att företa eller medverka i någon handling med sexuell innebörd. Avseende den senare kriminaliseringen anfördes i propositionen att det skulle röra sig om en handling som utan att innefatta beröring har en klar och för en vuxen person otvetydig sexuell prägel. Som exempel gavs att barn utnyttjas som modell för en framställning av pornografisk bild. Se prop. 1983/84:105 s. 35 och 56.

År 1993 höjdes straffmaximum för sexuellt ofredande från fängelse i ett år till fängelse i två år. År 1994 utvidgades tillämpningsområdet för sexuella beröringar till att avse även barn mellan 15 och 18 år under förhållanden som i dag träffas av straffansvaret för

utnyttjande av barn för i sexuell posering (prop. 1994/95:2 s. 19 f. och 32 f.). Se vidare avsnitt 7.

6.3.2 Lagstiftningsarbetet som ledde fram till ändringarna år 2005

Genom det nya 6 kap. BrB som trädde i kraft år 2005 förändrades bestämmelsen om sexuellt ofredande och den fick den lydelse som den har i dag.

I prop. 2004/05:45 s. 86 ff. underströk regeringen att straffbestämmelsen om sexuellt ofredande även i fortsättningen skulle omfatta skydd för beröringar, uttalanden och andra handlingar som riktas mot barn och vuxna. Vidare skulle barn under 15 år även skyddas mot att företa eller medverka i handling med sexuell innebörd. Genom reformen infördes också det särskilda straffansvaret vid utnyttjande av barn för sexuell posering som vi återkommer till i avsnitt 7. Regeringen anförde därvid att uttrycket ”*förmår barnet att företa eller medverka i någon handling med sexuell innebörd*” inte längre skulle omfatta utnyttjande av barn för framställning av pornografiska bilder eller för sexuell posering utan samband med sådan utbildning, eftersom bestämmelsen om sexuellt ofredande skulle vara subsidiär till den om utnyttjande av barn för sexuell posering (a. prop. s. 148 f.). Rätteligen måste dock avsikten ha varit att sådana handlingar enbart borde föranleda ansvar för utnyttjande av barn för sexuell posering och inte därutöver för sexuellt ofredande i brottskonkurrens; lagtexten vid sexuellt ofredande täcker ju uppenbarligen även dessa situationer. Införandet av straffansvaret vid utnyttjande av barn för sexuell posering innebar dock att tillämpningsområdet för sexuellt ofredande i praktiken minskade. Det särskilda straffansvaret gällande barn som fyllt 15 men inte 18 år vid poseringar i vissa fall utmönstrades också ur paragrafen om sexuellt ofredande. Vilka situationer som innefattade att förmå barnet att företa eller medverka i någon handling med sexuell innebörd och som alltså borde leda till ansvar för sexuellt ofredande berördes dock inte i propositionen. Dessutom moderniserades straffbestämmelsens utformning språkligt.

I propositionen behandlade regeringen även vad som gäller för *ytranden*. I denna del har förutsatts att yttrandena har en *tydlig sexuell innebörd*. Frågan om straffbestämmelsens omfattning hade

lyfts i rättsfallet NJA 1997 s. 359 där en manlig värnpliktig officer hade frågat en kvinnlig underordnad om hon ”varit inne på toaletten och knullat” samt kallat henne för hora. Högsta domstolen menade att yttrandena innehöll ord som hade en tydlig sexuell innebörd och att de i en mer allmän mening framstod som anstötliga. Domstolen ansåg emellertid att yttrandena inte kunde anses omfattas av straffansvaret för sexuellt ofredande eftersom de riktats mot en vuxen person som ett led i en tillrättavisning, dvs. sett till sammanhanget var den sexuella karaktären i yttrandena inte sådana att officeren hade uppträtt på ett uppenbarligen sedlighetssårande sätt. Två av justitieråden var skiljaktiga.

1998 års sexualbrottskommitté hade i detta avseende, bl.a. med hänvisning till 1997 års rättsfall, föreslagit att det straffbara området för yttranden med sexuell innebörd skulle utökas och att straffansvar skulle föreligga om gärningsmannens beteende i ord eller handling *typiskt sett* hade utgjort en kränkning av offrets sexuella karaktär. Genom denna ändring menade kommittén att frågan om gärningsmannen handlat i syfte att söka reta eller tillfredsställa sin sexualdrift inte längre skulle vara styrande för straffbarheten. Förslaget genomfördes dock inte. Regeringen ansåg att användandet av yttranden med sexuell anspelning eller könsord ofta framstår som både anstötligt och på många sätt olämpligt men att det ofta sker av andra skäl än rent sexuella, som t.ex. att kränka folk i största allmänhet eller att svära. Enligt regeringen kunde det starkt ifrågasättas om en kriminalisering inom ramen för 6 kap. BrB var rätt väg att angripa problemet. I samband med detta uttalade regeringen att bestämmelsen skulle vara avgränsad till att träffa handlingar som har en sexuell inriktning på så sätt att *de syftar till* att reta eller tillfredsställa gärningsmannens sexualdrift. Enligt regeringen skulle kommitténs förslag kunna leda till en alltför omfattande kriminalisering som även kunde medföra oklarheter i fråga om gränsdragningen mellan 6 kap. BrB och andra straffbestämmelser. Sammanfattningsvis ansåg regeringen att det saknades tillräckliga skäl för att genomföra kommitténs förslag.

6.3.3 Överväganden i samband med ändringarna av 6 kap. BrB år 2013

Som nämnts i avsnitt 3 var en del av 2008 års sexualbrottsutrednings uppdrag att utvärdera tillämpningen av 2005 års reform. I fråga om sexuellt ofredande var utredningen kritisk till hur domstolarna, sedan reformen, hade tillämpat straffbestämmelsen i fråga om gärningar som innebar att någon genom ord eller handlande hade ofredat en person.

I korthet gick kritiken ut på att utredningen hade uppmärksammat att regeringen i prop. 2004/05:45, med hänvisning till rättsläget före den reformen, hade uttalat att gärningen skulle syfta till att reta eller tillfredsställa gärningsmannens sexualdrift. Utredningen ifrågasatte om detta återspeglade gällande rätt före reformen annat än vid beröringar men hade funnit att domstolarna efter reformen tillämpade straffbestämmelsen på det sätt som angetts i propositionen. Vid tidpunkten för överlämnandet av betänkandet fanns det inte någon refererad praxis på området.

Utredningen ansåg att gärningsmannens avsikt i det enskilda fallet inte borde vara avgörande för bedömningen. I linje med det borde det inte heller uppställas något krav på att gärningsmannen skulle ha haft någon särskild avsikt för att en gärning skulle omfattas av straffbestämmelsen. Huruvida gärningsmannen hade haft avsikten att reta eller tillfredsställa sin sexualdrift skulle därför inte vara avgörande för tillämpningen av bestämmelsen. Gärningsmannens avsikter eller motiv kunde dock ha betydelse för uppsåtsprövningen och påverka gärningens straffvärde.

I syfte att åstadkomma en friare bedömning föreslog utredningen att uttrycket *”på ett sätt som är ägnat att kränka personens sexuella integritet”* i andra stycket skulle ersättas med *”på ett sexuellt kränkande sätt”*. Syftet med ändringen var inte att alla handlingar med sexuell inriktning skulle omfattas utan endast sådana där kränkningen objektivt sett varit tydlig. Liksom tidigare skulle beaktas i vilket sammanhang som gärningen hade företagits (jfr NJA 1997 s. 359). Kriminaliseringens räckvidd var avsedd att i princip vara densamma som före 2005 års reform.

Regeringen följde inte utredningens förslag (prop. 2012/13:111 s. 55) och påpekade att det som skiljer sexualbrotten från övriga brott mot person är att det finns ett sexuellt moment i övergreppet

samt att avsikten med straffbestämmelsen var att träffa endast sådana handlingar som har en *sexuell inriktning* genom att de på något sätt syftar till att reta eller tillfredsställa gärningsmannens sexualdrift (se dock nedan i avsnitt 6.4.4. om Högsta domstolens uttalanden i NJA 2017 s. 393). Vidare anförde regeringen att yttrandet måste ha en tydlig sexuell inriktning för att leda till straffansvar och betonade att straffansvaret inte förutsätter att offrets sexuella integritet i det enskilda fallet har kränkts utan det är tillräckligt att det sätt på vilken handlingen utförs typiskt sett leder till att offrets sexuella integritet kränks.

Enligt regeringen innebar utredningens förslag att förfaranden som annars bedömdes som ofredande, misshandel eller förolämpning i stället skulle utgöra sexuellt ofredande, vilket väckte frågor av systematisk karaktär i förhållande till såväl övriga sexualbrott i 6 kap. som andra brott i BrB. Att kriminalisera fler handlingar som sexualbrott enligt 6 kap. BrB ansågs inte ändamålsenligt.

Som vi har redogjort för i avsnitt 3 behandlades frågan om Sveriges tillträde till Lanzarotekonventionen både i utredningen och i propositionen. Utredningen (s. 441) påtalade att det var tveksamt om svensk lagstiftning uppfyllde konventionens krav på att det skulle vara straffbart att låta barn bevittna sexuella övergrepp eller sexuella handlingar. Utredningen föreslog därför att straffbestämmelsen skulle utvidgas till att uttryckligen omfatta gärningar där barn i sexuellt syfte förmåtts att bevittna en sexuell handling. Regeringen (s. 84) delade inte utredningens mening i den delen utan menade att Sverige, genom straffbestämmelsen om sexuellt ofredande, uppfyllde denna del av konventionen. Någon ändring av straffbestämmelsen i denna del gjordes därför inte.

6.3.4 Överväganden i samband med ändringarna av 6 kap. BrB år 2018

Den 1 juli 2018 skedde stora förändringar av 6 kap. BrB. Reformen innebar att gränsen för straffbar gärning går vid om deltagandet i en sexuell aktivitet är frivillig eller inte. Genom den reformen gjordes inga ändringar i bestämmelserna om sexuellt ofredande. De ändringar som gjordes i övrigt kom däremot i praktiken att få betydelse för tillämpningsområdet för sexuellt ofredande eftersom en del gärningar som tidigare bedömts som sexuellt ofredande i stället skulle

bedömas som våldtäkt eller sexuellt övergrepp. Regeringen uttalade i det sammanhanget (prop. 2017/18:177 s. 35) att en förutsättning för det utökade tillämpningsområdet var att den sexuella handlingen når upp till den nivå som kräves för bestämmelsernas tillämpning. Exempel på sådana handlingar kunde vara överrumplingsfall, dvs. där den sexuella handlingen utförs på ett sådant sätt att offret överrumplas av den. Ett exempel på sådana överrumplingsfall var sexuella handlingar som utförs i folksamlingar under festivaler, konserter och liknande arrangemang.¹ Ett annat exempel på fall som tidigare hade straffats som sexuella ofredanden men som med den nya regleringen skulle omfattas av tillämpningsområdet för våldtäkt och sexuellt övergrepp är situationer där den utsatte, som inte kan anses vara i en särskilt utsatt situation, hade bemött ett övergrepp med passivitet.

2014 års sexualbrottskommitté hade också föreslagit att bestämmelsen om sexuellt ofredande skulle delas upp i två, en för brott mot barn under 15 år och en för övriga fall. Någon ändring i sak var inte avsedd. Förslaget i den delen genomfördes inte. Rekvisiten för sexuellt ofredande berördes inte heller närmare i propositionen (prop. 2017/18:177 s. 35 och 70).

6.4 Avgöranden från Högsta domstolen

6.4.1 Inledande kommentarer

Högsta domstolen har under senare år meddelat flera avgöranden rörande sexuellt ofredande. Avgörandena är dels intressanta för att de besvarar direkta frågor, som vilka omständigheter som ska beaktas när man bedömer om ett visst handlande ska omfattas av straffbestämmelsen, dels för att avgörandena besvarar principiellt viktiga frågor som är av betydelse i alla mål rörande sexuellt ofredande. Med hänsyn inte minst till att några vägledande avgöranden inte hade meddelats av högsta instans under lång tid, samtidigt som ett antal tillämpningssvårigheter uppkommit i den praktiska tillämpningen måste dessa avgöranden sägas ha varit av stor vikt för rättstillämp-

¹ Vi har i vår praxisgenomgång funnit några hovrättsavgörande om överrumplingsfall efter lagändringen där den tilltalade, som överrumplat målsäganden på ett dansgolv genom att kortvarigt ha fört upp sina fingrar i målsägandens underliv, dömts för våldtäktsbrott, se särskilt Göta hovrätts domar den 17 oktober 2019 i mål nr B 1355–19 och den 6 december 2019 i mål nr B 2660–19.

ningen. Betydelsen av dessa rättsfall kan inte heller underskattas när det gäller våra överväganden.

6.4.2 NJA 2013 s. 548

Detta avgörande rörde inte sexuellt ofredande men är ändå relevant för utredningens överväganden. I målet hade en man fört upp sina fingrar i sin frus underliv. Syftet med handlingen var att kontrollera om frun hade varit otrogen. I samband med detta hade mannen uttalat hot med innebörden att frun skulle skadas. Högsta domstolen dömde mannen för våldtäkt. Av särskilt intresse är att Högsta domstolen konstaterade att gärningen, som bestod i att den tilltalade mot målsägandens vilja hade fört upp sina fingrar i hennes underliv, bedömdes som en sexuell handling och att den omständigheten att den tilltalade inte haft något sexuellt syfte saknade betydelse för den bedömningen.

Gärningsmannens syfte med handlingen beaktades alltså inte. Vid bedömningen lades i stället vikt vid att *handlingen till sin karaktär typiskt sett har en påtaglig sexuell karaktär*. Högsta domstolen konstaterade vidare att det vid en objektiv bedömning av de faktiska omständigheterna var uppenbart att handlingen typiskt sett innebär en tydlig kränkning av målsägandens sexuella integritet.

6.4.3 NJA 2016 s. 129

I målet hade en man upprepade gånger försökt förmå målsäganden att ha sexuellt umgänge med honom mot ersättning. Högsta domstolen anförde att uttrycket ”*ägnat att kränka personens sexuella integritet*” tar sikte på sådana ord och handlingar som har en sexuell inriktning genom att de på något sätt syftar till att reta eller tillfredsställa gärningsmannens sexualdrift. Sådana yttranden kan vara straffbara om *de har en tydlig sexuell inriktning*.

Högsta domstolen fann att handlandet hade en klar sexuell inriktning och gärningsmannen hade utfört handlingen på ett sätt som ofredat offret och varit ägnat att kränka hennes sexuella integritet. Mannen dömdes för sexuellt ofredande.

En slutsats man kan dra av detta avgörande är att straffbestämelsen kan tillämpas även på sådana ageranden som hade kunnat

utgöra brott enligt någon annan straffbestämmelse men där åklagaren har valt att åtala för sexuellt ofredande, utan att påstå att någon omständighet som skulle kunna hänföra att brottet skulle bedömas som annat brott förelåg. Det står alltså numera klart att subsidiaritetsbestämmelsen ”i annat fall än som avses förut i detta kapitel” inte avgränsar det materiella tillämpningsområdet för sexuellt ofredande utan endast utgör en prioriteringsregel.

6.4.4 NJA 2017 s. 393, ”Rulltrappan”

I målet hade en man fört in en mobiltelefonkamera under en kvinnas kjol när båda befann sig i en rulltrappa och fotograferat hennes underliv. Målsäganden hade inte varit medveten om angreppet när det skedde. Gärningen utgjorde inte kränkande fotografering (vi återkommer till straffbestämmelsen om kränkande fotografering i avsnitt 6.7.2). Frågan var om gärningen kunde utgöra sexuellt ofredande. Högsta domstolen fann att så var fallet.

Inledningsvis fann domstolen att något krav på att den tilltalade skulle ha ett sexuellt syfte med sitt handlande inte kunde ställas upp vid sexuellt ofredande (jfr de överväganden som 2008 års sexualbrottsutredning gjorde och regeringens ställningstaganden med anledning av detta, se avsnitt 6.3.3). Domstolen hänvisade i det avseendet till rättsfallet NJA 2013 s. 548 (se avsnitt 6.4.2) och anförde följande.

Kravet på att handlingen måste ha en sexuell inriktning eller prägel kan emellertid inte uppfattas på så sätt att gärningsmannens personliga syften är avgörande för straffbarheten. Ett sådant krav är inte förenligt med vare sig det skyddsintresse som ligger bakom bestämmelsen eller vad som i övrigt gäller vid sexualbrott. Ett sådant krav harmonierar också mindre väl med att bedömningen av om gärningen kränker den sexuella integriteten ska göras objektivt.

Vidare fann domstolen att det inte är en nödvändig förutsättning att den utsatta hade uppfattat gärningen för att det skulle vara ett sexuellt ofredande men att det i sådant fall måste krävas en kroppslig beröring eller i vart fall ett handlande i den angripnas omedelbara närhet. Domstolen ansåg därför att den smygfotografering som den tilltalade hade gjort sig skyldig till var ett sexuellt ofredande eftersom handlandet hade inneburit ett *tydligt intrång* i offrets rätt att

bestämma över sin egen kropp. Ett sådant agerande ska jämföras med ett handlande som innefattar beröring.

Vår bedömning är att man kan dra följande slutsatser av avgörandet:

- Att bedömningen av om gärningen är ägnad att kränka den sexuella integriteten ska göras på ett objektiverat sätt; detta innebär att gärningen typiskt sett ska vara sådan att den *är ägnad att kränka offrets sexuella integritet*, bedömningen ska dock göras utifrån omständigheterna i det särskilda fallet (jfr punkterna 8–9 och i 11 i domen). Handlandet ska ha en tydlig sexuell inriktning.
- Att sexuellt ofredande enligt andra stycket andra ledet inte innefattar ett krav på något särskilt syfte hos gärningsmannen (jfr punkten 12 i domen). Detta torde gälla samtliga fall i paragrafen även om uttalandena uttryckligen bara tar sikte på andra stycket andra ledet.
- Att det i bestämmelsens uppbyggnad ligger ett krav på ett slags ofredande av den utsatta, men att det inte nödvändigtvis förutsätter att den utsatta uppfattat gärningen när denna ändå måste anses utgöra ett intrång i den angripnas fredade sfär. Någon omedelbar parallell bör dock inte göras till bestämmelsen om ofredande, utan sexuellt ofredande bör anses ge ett mer omfattande skydd. Dock får det förhållandet att det ändå ska röra sig om ett ofredande anses kräva att gärningen utgör intrång i den angripnas fredade sfär.
- Att exhibitionistiska beteenden enligt andra stycket första ledet förutsätter att någon uppfattat dem (jfr punkterna 23–27 i domen).
- Att övriga fall i andra stycket också som huvudregel förutsätter att den angripne uppfattar gärningen men att även ett handlande som inte uppfattas av den angripne kan bedömas som ett ofredande ägnat att kränka den sexuella integriteten eftersom det utgör ett intrång i den angripnes fredade sfär. Som huvudregel bör då förutsättas kroppslig beröring (t.ex. av en sovande eller medvetslös person), eller sådant handlande i den angripnes omedelbara närhet som bör jämföras med kroppslig beröring eftersom det utgör ett tydligt intrång i den angripnes rätt att bestämma över sin egen kropp (jfr punkterna 23–27 i domen).

Det bör även nämnas att domstolens ledamöter, i ett särskilt yttrande, uttalade att det enligt dem finns anledning för lagstiftaren att överväga om integritetskränkande fotografering bör vara straffbar i vidare omfattning än vad som följer av gällande rätt, bl.a. i fall där fotograferingen sker från något längre avstånd.

6.4.5 NJA 2018 s. 443, "Den önskade beröringen I"

I målet hade den tilltalade smekt målsägandens underben utanpå kläderna i en halv minut samt uttalat att det var mysigt att hon var där. Händelsen utspelade sig hemma hos den tilltalade, målsäganden var 15 år medan den tilltalade var vuxen. Den tilltalade hade vid ett senare tillfälle berättat för målsäganden att han var intresserad av henne.

Frågan i målet var om de handlingar som den tilltalade hade utfört hade en så tydlig sexuell inriktning att hans agerande var straffbart som sexuellt ofredande. Högsta domstolen konstaterade åter att avgörande för bedömningen är vem som företar handlingen, mot vem den riktas och i vilken miljö och i vilket sammanhang som gärningen sker. För att ett agerande ska vara ägnat att kränka offrets sexuella integritet måste handlandet ha en tydlig sexuell inriktning eller prägel, dvs. ett krav på en kvalificering av det sexuella inslaget. Vissa gärningar, som att beröra en annan persons könsdelar, uppfyller enligt domstolen alltid kravet på tydlig sexuell inriktning eller prägel. När den kroppsliga beröringen inte är sådan får förhållandena i det enskilda fallet däremot större betydelse. Den tilltalades syfte är inte avgörande för straffbarheten men om denne haft en sexuell avsikt som kommit till uttryck vid handlingen kan detta påverka bedömningen.

Att smeka en annan person på underbenet utanför kläderna var enligt Högsta domstolen *inte ett handlande som typiskt sett hade en sexuell inriktning eller prägel*. Inte heller om man såg till gärningsmannens agerande i övrigt omfattades handlandet av bestämmelsen även om målsäganden kan ha uppfattat agerandet som ett närmande. Gärningen innebar inte heller en kännbar fridskränkning. Åtalet för sexuellt ofredande alternativt ofredande ogillades.

Av avgörandet kan slutsatsen dras att vissa slags handlanden alltid har en så tydlig sexuell prägel att de, om det sker i avsaknad av frivillighet, utgör en kränkning av den sexuella integriteten men att

även sådant handlande som inte typiskt sett har en sexuell prägel kan, beroende på i vilken kontext det sker och vad gärningsmannen i övrigt gett uttryck för, anses utgöra en sexuell kränkning.

6.4.6 NJA 2018 s. 1091, "Den oönskade beröringen II"

Även i detta mål var den avgörande frågan om en beröring hade en så tydlig sexuell inriktning eller prägel att den var straffbar som sexuellt ofredande. Åtalet avsåg i andra hand ofredande.

Gärningen bestod i att den tilltalade hade tagit sin hand ganska långt upp på en kvinnas lår med tummen mot lårets insida. Beröringen skedde utanpå kvinnans kläder och kvinnan tog direkt bort handen vilket innebar att greppet endast varade i någon sekund. Målsäganden var vuxen och prövningen utgick därför från straffbestämmelsens andra stycke, andra ledet.

Domstolen konstaterade att kravet på tydlig sexuell inriktning eller prägel och den objektiverade bedömning som ska göras medför att inte varje handling som är olämplig eller klandervärd träffas av straffansvar. Den tilltalades agerande ansågs olämpligt och ovälkommet men hade enligt domstolen inte i sig en så tydlig sexuell inriktning eller prägel som krävs för att omfattas av straffbestämmelsen. Eftersom gärningen inte heller ansågs ha utgjort ett sådant hänsynslöst agerande som förutsätts för ofredande ogillades åtalet.

6.5 Straffbestämmelsens tillämpning i praktiken

6.5.1 Inledande kommentarer

För att kunna bedöma om straffbestämmelsen i dag är ändamålsenlig och om straffansvaret är väl avgränsat har vi tagit del av ett stort antal underrättsdomar som har meddelats efter att Högsta domstolen meddelade sina domar. Vi återkommer nedan till hur detta urval har skett.

Syftet har varit att, med hjälp av dessa underrättsdomar, praxis från Högsta domstolen, äldre motivuttalanden och till viss del doktrin, identifiera eventuella tolkningsproblem som kvarstår men också att ta ställning till om straffbestämmelsen även i övrigt är ändamålsenligt utformad.

Högsta domstolen har i NJA 2017 s. 393 konstaterat att straffbestämmelsen rymmer ageranden av olika karaktär. Vid vår genomgång av domar har vi noterat att vissa ageranden återkommer oftare än andra. Vi har därför valt att redogöra för de bedömningar som underrätterna har gjort beträffande dessa olika, återkommande handlingar. Detta avsnitt är därför uppdelat i olika stycken som avser olika ageranden.

Allt sedan förarbetsuttalandena i prop. 2004/05:45 rörande vikten av gärningsmannens avsikt (se ovan) har denna fråga diskuterats och getts förhållandevis stort utrymme, både i senare lagstiftningsarbeten och i praxis. Ett av skälen till att frågan har fått ett förhållandevis stort utrymme är att gärningsmannens avsikt aktualiseras vid flera av de handlanden som rymms i bestämmelsens andra stycke. Med hänsyn till Högsta domstolens bedömningar i NJA 2017 s. 393 måste dock de tillämpningsproblem som tidigare lyfts anses ha blivit i allt väsentligt klarlagda. Dock finns fortfarande frågor kring detta när det gäller olika slags yttranden. Vid vår genomgång nedan berörs frågan främst i det avsnitt som rör yttranden med sexuell anspelning.

Som vi redan nämnt har vi inte hittat något avgörande som rör frågan om att förmå ett barn att företa eller medverka i någon handling med sexuell innebörd och som inte avser utnyttjande av barn för sexuell posering. Inte heller äldre förarbeten har hänvisat till avgöranden som behandlar denna situation.

Underlag och urval av domar

Mot bakgrund av vad vi konstaterat ovan har vi gått igenom ett stort antal hovrättsdomar.

Som ett första urval har vi gått igenom samtliga 323 brottmålsdomar från landets hovrätter som publicerats på rättsdatabasen JUNO under år 2019 och som innehåller sökordet ”sexuellt ofredande”.² Av dessa domar föll 133 domar bort direkt eftersom de, vid närmare genomgång, visade sig beröra andra brott än sexuellt ofredande (såväl åtal för ofredande där dock ordet ”sexuell” förekom i domen som fall där det förekommit ett alternativt påstående om sexuellt ofredande som inte kom att prövas). Dessa domar saknar därmed relevans för vår bedömning.

² Sökningen gjordes den 18 mars 2020.

Efter detta bortfall kvarstod 190 domar. I 80 av dessa domar dömdes den tilltalade även för andra brott än sexuellt ofredande och i 30 domar frikändes den tilltalade från ett eller flera åtal för sexuellt ofredande (varav vissa av de friande domarna avser andra brott som grov kvinnofridskränkning eller olaga förföljelse).

Efter denna inledande sökning har vi fortsatt att löpande ta del av nya hovrättsdomar om sexuellt ofredande på JUNO. Vi har även i viss utsträckning tagit del av äldre hovrättsavgöranden som det kan ha hänvisats till.

Kort om de domar där den tilltalade frikänts

I den övervägande majoriteten av de 30 domar där den tilltalade friades berodde det på bristande bevisning. Förutom bristande bevisning berodde ett förhållandevis stort antal av de frikännande domarna på att åklagaren inte hade visat att gärningen riktades mot en viss person, främst vid blottning eller offentlig onani (jfr nedan 6.5.2 och 6.5.3).

Endast i något enstaka fall har den åtalade gärningen, såsom den beskrevs i gärningsbeskrivningen, inte av domstolarna ansetts utgöra sexuellt ofredande. Vi återkommer till dessa.

6.5.2 Blottningsfallen

Av vår praxisgenomgång framgår att mål om blottning är tämligen vanligt förekommande i domstolarna.

Redan 2008 års sexualbrottsutredning anförde att det inte förelåg några problem med tolkningen av blottningsfallen.³ Inte heller vi har kunnat identifiera några tillämpningsproblem i denna del. I rättsfallet NJA 2017 s. 393 har Högsta domstolen även förtydligat att vissa handlanden, som blottning, måste uppfattas av offret under tiden angreppet pågår för att gärningsmannen ska kunna dömas för sexuellt ofredande. Detta måste anses som en rimlig avgränsning.

³ Jfr SOU 2010:71 s. 372.

6.5.3 Handlanden som innefattar att gärningsmannen onanerar på sig själv

Om gärningsmannen onanerar på sig själv inför någon annan kan det bedömas som sexuellt ofredande om den andra personen inte frivilligt deltar i agerandet. Ett handlande som innefattar att onanera på sig själv kan dock i många fall bedömas som sexuell handling, såsom när det är fråga om kroppslig beröring av den andra (såsom vid onani med användande av den andras kropp eller beröring av denna samtidigt som gärningsmannen själv onanerar) eller att gärningsmannen förmår den andra att utföra några handlingar.

Vid vår praxisgenomgång har vi noterat att fall där den tilltalade onanerat på sig själv är tämligen vanligt förekommande och att det sällan varit några tolkningssvårigheter. Domstolarna har varit tydliga med att denna typ av agerande regelmässigt faller inom straffbestämmelsen men att en förutsättning är att angreppet riktas mot en viss person (eller flera personer men det ska då riktas mot var och av dem).

Som exempel kan nämnas Svea hovrätts dom den 6 september 2017 i mål nr B 655–17. Där dömdes den tilltalade för att ha onanerat på en buss inför tre målsäganden. Den tilltalade menade att han inte hade haft någon sexuell avsikt med sitt agerande utan att det rörde sig om ett experiment och att han ville se hur målsägandena reagerade. Hovrätten fann dock att handlandet hade utgjort sexuellt ofredande oavsett om syftet var att tillfredsställa den egna sexualdriften, eftersom ett sådant agerande i samma grad hade varit ägnat att kränka målsägandenas sexuella integritet och även haft en tydlig sexuell inriktning. Hovrätten hänvisade till NJA 2017 s. 393.

En fråga är vad som gäller när offret *inte* har uppfattat agerandet vid gärningstillfället. Vår bedömning är att utgångspunkten är att offret måste uppfatta agerandet för att det ska vara straffbart.

I Hovrätten för Nedre Norrlands dom den 4 juni 2019 i mål nr B 1402–18 hade en man onanerat några meter från en kvinna och alltså inte i hennes omedelbara närhet. Mannens underkropp doldes av en möbel och det var inte visat att kvinnan uppfattade handlingen då utan fick vetskap om den först i efterhand. Tingsrätten, vars domskäl hovrätten instämde i, fann med hänvisning till NJA 2017 s. 393 att den tilltalades agerande inte var att jämställa med beröring och att han därför inte kunde dömas för sexuellt ofredande.

Vi har inte identifierat någon dom där den tilltalade har onanerat på sig själv i den andres omedelbara närhet, och därmed gjort intrång i den fredade sfären, utan att målsäganden samtidigt har uppfattat agerandet. Högsta domstolens uttalanden i NJA 2017 s. 393 är emellertid, när det gäller handlingar som bör vara jämställda med beröring, allmängiltiga och avser inte endast den frågeställning om fotografering som det målet avsåg. Om någon onanerar på sig själv i en annan persons omedelbara närhet bör därför intrånget i den fredade sfären, liksom vid smygfotoografering, innebära att det bör bedömas som ett sexuellt ofredande även om den andre inte uppfattar agerandet. En bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet måste dock göras.

Vi kan alltså konstatera att det inte föreligger några tolkningsvårigheter när målsäganden uppfattat att den andre onanerade. Vi anser vidare att det av NJA 2017 s. 393 måste följa att det finns ett utrymme att bedöma det fall att någon onanerar på ett sätt som gör intrång i den andres fredade sfär som sexuellt ofredande även om den andre inte uppfattat det. Dock saknas ytterligare rättspraxis som belyser hur värderingen av vad som är ett intrång i den fredade sfären närmare bör göras.

6.5.4 Beröring i första stycket respektive handling som innebär beröring i andra stycket

Vad gäller fysiska beröringar är åldern på offret avgörande för hur gärningen ska bedömas. Om offret är under 15 år tillämpas första stycket (*”sexuellt berör ett barn”*) och om offret är äldre tillämpas andra stycket (*”handlande som ofredar en person på ett sätt som är ägnat att kränka personens sexuella integritet”*).

Vi har funnit flera underrättsdomar som meddelats efter rättsfallen ”Den ofrivilliga beröringen I och II”.⁴ Underrätterna har genomgående hänvisat till dessa avgöranden, vilka måste anses ha tydliggjort vilka bedömningar som bör göras. Domstolarna har också lagt vikt vid omständigheterna i det enskilda fallet och gjort en objektiv bedömning utifrån dessa samt ställt upp ett krav på kvalificering av det sexuella inslaget.

⁴ Se bl.a. Svea hovrätts dom den 28 januari 2020 i mål nr B 10257–19, Svea hovrätts dom den 2 december 2019 i mål nr B 4552–19, Hovrätten för Övre Norrlands dom den 30 september 2019 i mål nr B 277–19, Göta hovrätts dom den 21 december 2018 i mål nr B 3601–17.

Ett exempel på när rätten lagt vikt vid de omständigheterna i det enskilda fallet är Svea hovrätts dom den 24 mars 2019 i mål nr B 8007–18. Den tilltalade var åtalad för att vid ett stort antal tillfällen ha vidrört små barn. Hovrätten anförde bl.a. följande om hur dessa beröringar skulle bedömas.

Det faktum att FK har filmat gärningarna ger också hans övriga handlande en otvetydig sexuell prägel. Handlandet i sig har vidare i flertalet fall haft en tydlig sexuell inriktning. Han har tex. särat på nakna barns skinkor, låtit handen dröja kvar i närheten av en pojkes nakna kön, fört sin hand upp underifrån mellan en pojkes lår för att komma åt dennes nakna kön samt smekt ett påklätt barn över rygg, skrev och rumpa på ett tydligt sexuell sätt.

Av praxisgenomgången framgår att vissa typer av beröringar, såsom beröring av könsorgan, rumpa och bröst utanpå kläder regelmässigt bedöms som sexuellt ofredande. Detta gäller även om beröringen varit helt flyktig. Det kan även noteras att kyssar bedömts som sexuellt ofredande, i vart fall när målsäganden varit ett barn.⁵ I andra fall får bedömas om kyssar eller pussar sammantaget haft en sådan sexuell prägel som förutsätts för straffansvar.

Andra typer av beröringar, såsom flyktig beröring av andra beklädda kroppsdelar bedöms som utgångspunkt inte som sexuellt ofredande.⁶ Gärningen kan ändå, beroende på omständigheterna, bedömas som sexuellt ofredande. Därvid kan t.ex. sammanhanget eller om gärningsmannen i övrigt gett uttryck för en sexuell avsikt beaktas. Detta innebär att domstolarna för denna typ av beröringar, i enlighet med vad Högsta domstolen slagit fast, regelmässigt gör en sammantagen bedömning av hela situationen när de bedömer om ett agerande är att rubricera som sexuellt ofredande.⁷

För den här typen av beröringar är det även viktigt att skillnaden mellan brott som begås mot barn och mot vuxna betonas. Såvitt vi kan bedöma gjorde domstolarna i allmänhet en delvis annan, strängare bedömning vid brott mot barn än mot vuxna även före Högsta domstolens senare avgöranden. Detta är också förenligt med vad som anförts i förarbetena. Linnea Wegerstad har i sin avhandling från år

⁵ Se Hovrätten för Nedre Norrlands dom den 5 december 2019 i mål nr B 351–19.

⁶ Se bl.a. Svea hovrätts dom den 28 januari 2020 i mål nr B 10257–19, Svea hovrätts dom den 2 december 2019 i mål nr B 4552–19.

⁷ Se bl.a. Svea hovrätts dom den 12 april 2019 i mål nr B 11376–17. I målet hade den tilltalade även tryckt målsägandenas fot mot sitt erigerade kön. Hovrätten bedömde då att den tilltalades beröring av fötter och ben ingick i den straffbara gärningen.

2015 angående domstolars bedömningar av beröring av barn funnit att de avgöranden hon beaktat kan förstås som att enstaka handlingar görs straffvärda genom referens till ett i övrigt sexualiserat beteende mot barnet.⁸ Vi har också noterat att domstolarna även i dag har bedömt beröring av barns lår, som inte är flyktig, som sexuellt ofredande.⁹

Sammantaget innebär detta att utrymmet att hänföra en beröring till straffbestämmelsen är större om offret är ett barn än om det är en vuxen. Det visar även att underrätterna gör en helhetsbedömning av situationen och inte endast ser till var på kroppen beröringen har skett. Vi har inte funnit några avgöranden som talar för att det skulle finnas några oklarheter i det avseendet som inte kan omhändertas inom ramen för rättstillämpningen.

6.5.5 Barn som förmås bevittna sexuella övergrepp eller sexuella handlingar

Frågan om gärningsmän som förmår barn att bevittna sexuella övergrepp eller sexuella handlingar har berörts i SOU 2010:71 och i prop. 2012/13:111. I SOU 2010:71 hänvisas till två avgöranden där tilltalade dömts för sexuellt ofredande efter att ha visat porrfilm för barn under 15 år. Även vi har identifierat underrättsavgöranden där tilltalade har dömts för sexuellt ofredande för att ha visat porrfilmer för barn under 15 år.¹⁰

Vi har inte identifierat några avgöranden som innebär att en vuxen person har förmått ett barn att titta på verkliga sexuella handlingar. Mot bakgrund av de rättsfall vi har redogjort för ovan ser vi inte några hinder mot att även sådant agerande kan vara straffbart inom ramen för dagens straffbestämmelse. Även i dessa situationer ska en helhetsbedömning göras och avgörande för straffbarhet är om gärningsmannens agerande har varit ägnat att kränka offrets sexuella integritet.

Vi har inte heller i denna del noterat några tillämpningssvårigheter. Antalet identifierade fall är dock få.

⁸ Skyddsvärda intressen & straffvärda kränkningar. Om sexualbrotten i det straffrättsliga systemet med utgångspunkt i brottet sexuellt ofredande. Linnea Wegerstad, Lunds universitet 2015.

⁹ Se Hovrätten för Västra Sveriges dom den 28 februari 2019 i mål nr B 2879–18.

¹⁰ Se Göta hovrätts dom den 27 september 2011 i mål nr B 1399–11, Hovrätten över Skåne och Blekinges dom den 13 mars 2017 i mål nr B 2324–16 och Göta hovrätts dom den 23 oktober 2020 i mål nr B 2470–20.

I sammanhanget bör nämnas att regeringen i en proposition den 1 april 2021 (prop. 2020/21:170) föreslagit att det ska vara straffbart som *barnfridsbrott* att utsätta ett barn för att bevittna vissa brottsliga gärningar i en nära relation. De brottstyper som avses är bl.a. våldtäktsbrott, sexuellt övergrepp, våldtäkt mot barn och sexuella övergrepp mot barn samt sexuellt ofredande. Se också avsnitt 6.10. Riksdagen hade inte behandlat förslagen när detta betänkande lämnades för tryckning.

6.5.6 Fotografering

Inledande kommentarer

Frågan om fotografering kan medföra ansvar för sexuellt ofredande – eller för annat brott – har uppmärksammats allt mer. Vi har i avsnitt 6.4.4 redogjort för NJA 2017 s. 393 där sakfrågan gällde huruvida den tilltalade kunde dömas för att ha fotograferat under målsägandens kjol trots att hon inte hade uppmärksammat det. Vi kommer nedan, i avsnitt 6.6, att redogöra för de olika straffbestämmelser som skyddar enskilda mot smygfotografering och efterföljande hantering av bildmaterialet. I detta avsnitt redovisar vi de avgöranden vi funnit om fotografering som prövats mot bestämmelserna om sexuellt ofredande.

Vi har vid vår praxisgenomgång bara hittat ett fåtal avgöranden rörande fotografering. De har gällt att målsäganden antingen inte märkt av fotograferingen när den skedde, s.k. smygfotografering, eller redan under tiden gärningen företogs uppmärksammat fotograferingen.

Fotografering som målsäganden uppfattat

Vi har endast funnit ett avgörande om sexuellt ofredande bestående i fotografering som målsäganden uppfattat. I Hovrätten för Västra Sveriges dom den 24 september 2019 i mål nr B 3055–19 var den tilltalade åtalad dels för att ha filmat två personer när de hade samlag, dels för att vid ett senare tillfälle ha visat filmen för flera personer. Den första gärningen bestod i att den tilltalade hade filmat de två målsägandena när de befann sig i ett sovrum med stängd dörr. Tings-

rätten, vars dom hovrätten fastställde, fann att det var visat att den tilltalade hade gått in i det stängda rummet, filmat de båda målsägandena och fortsatt med detta trots att han uppmärksammade att de var nakna och hade samlag. Tingsrätten menade att det var uppenbart att agerandet inneburit att den tilltalade hade ofredat målsägandena på ett sätt som varit ägnat att kränka målsägandenas sexuella integritet. Den tilltalade dömdes för sexuellt ofredande. Han dömdes även för grovt förtal för att senare ha visat filmen för andra.

Smygfotografering

Vid sidan av NJA 2017 s. 393 (se ovan avsnitt 6.4.4) har vi funnit ett hovrättsavgörande och ett fåtal tingsrättsdomar som berör smygfotografering. I Svea hovrätts dom den 3 juli 2018 i mål nr B 4895–17 var frågan om den tilltalade, som monterat en kamera i en kvinnas dusch och därmed olovligen filmat henne, skulle dömas för sexuellt ofredande. Gärningen var i tiden innan straffbestämmelsen om kränkande fotografering hade trätt i kraft men hovrätten prövade målet efter Högsta domstolens avgörande i NJA 2017 s. 393. Hovrätten anförde:

I det mål som nu är föremål för hovrättens prövning har NT monterat en kamera i ett badrum och själv befunnit sig på en annan plats när CM smygfilmades. Mot denna bakgrund anser hovrätten inte att NT:s agerande går att jämföra med ett handlande som innefattar beröring, på det sätt som Högsta domstolen hade att ta ställning till (se även det särskilda yttrande till Högsta domstolens dom där samtliga ledamöter uttrycker uppfattningen att fotografering från längre avstånd inte utgör ett sexuellt ofredande). Enligt hovrättens mening omfattas gärningen alltså inte av bestämmelsen om sexuellt ofredande.

Det kan förutsättas att ett motsvarande handlande i dag skulle ha bedömts som kränkande fotografering (se avsnitt 6.7.2).

I Värmlands tingsrätts dom den 21 mars 2018 i mål nr B 314–18 hade en gärningsman filmat under flera kvinnors kjolar. Med hänvisning till vad Högsta domstolen anförde i rättsfallet NJA 2017 s. 393 dömdes mannen för sexuellt ofredande vid 18 tillfällen. Domen har vunnit laga kraft.

Frågan har också berörts i Södertörns tingsrätts dom den 14 maj 2020 i mål nr B 1209–20. I målet var en anställd vid en förskola åtalad för ett stort antal sexualbrott, däribland sexuellt ofredande (smyg-

fotografering) och kränkande fotografering. I de fall den tilltalade hade filmat barnens könsorgan på nära håll dömdes mannen för sexuellt ofredande. När den tilltalade hade filmat offren på visst avstånd på toaletter, omklädningsrum eller liknande utrymmen, dömdes han för kränkande fotografering. Domen har vunnit laga kraft.

Slutsatser beträffande tillämpningen i fråga om fotografering som sexuellt ofredande

De domstolsavgöranden som vi funnit ger stöd för att fotografering när den utsatta uppfattat fotograferingen kan medföra ansvar för sexuellt ofredande i vissa fall. Detta måste emellertid bedömas med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet och med beaktande av att något generellt förbud mot fotografering utan samtycke inte finns.

När det sedan gäller smygfotografering har rättsläget delvis klarlagts genom NJA 2017 s. 393. Av avgörandet följer att vissa gärningar som målsäganden inte har uppfattat kan utgöra sexuellt ofredande. Bedömningen får göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet och kan påverkas av i vilken miljö och i vilket sammanhang som gärningen företas. Det kan även vara av betydelse vem handlingen riktas mot. Varken av det avgörandet eller av de domstolsavgöranden vi i övrigt tagit del av går det dock att dra några säkra slutsatser av hur nära en gärningsman måste befinna sig offret för att kunna dömas för sexuellt ofredande.

Enligt Högsta domstolens avgörande måste det dock ske inom den fredade sfären, vilket får anses förutsätta att det sker i den utsattes omedelbara närhet. Det är dock inte meningsfullt för oss att spekulera i hur en bedömning i ett enskilt fall skulle falla ut. Det avgörande är i stället, enligt det som direktiven tar upp, om det är lämpligt att låta bestämmelsen om sexuellt ofredande omfatta även smygfotografering på längre avstånd. Vi återkommer längre fram till våra bedömningar i det avseendet.

6.5.7 Gärningsmannens avsikt (yttranden och skriftliga kontakter)

Frågan om gärningsmannens avsikt berör, med undantag för blottningsfallen, alla handlingar i straffbestämmelsen. Gärningsmannens avsikt, och hur den ska bedömas, har främst diskuterats beträffande yttranden och skriftliga kontakter med sexuell anspelning men frågan är relevant även beträffande andra ageranden som ryms inom straffbestämmelsen. Frågan har också getts stort utrymme både i förarbeten och i praxis.

Betydelsen av gärningsmannens syfte, eller motiv, behandlades av Högsta domstolen i NJA 2017 s. 393 (se avsnitt 6.4.4). Domstolen fann att gärningsmannens personliga syften inte är avgörande för straffbarheten utan att bedömningen av om gärningen kränker den sexuella integriteten ska göras objektivt. Det relevanta för bedömningen är huruvida gärningen har haft en tydlig sexuell inriktning och agerandet varit ägnat att kränka den sexuella integriteten.

Vidare har Högsta domstolen i NJA 2016 s. 129 konstaterat att yttranden kan vara straffbara som sexuellt ofredande om de haft en tydlig sexuell inriktning.

I Lexinos kommentar (Asp [Lexino], kommentaren till 6 kap. 10 §) har anförts bl.a. följande i frågan.

Rekvisitet antyder att avsikten varit att gärningar som typiskt sett utgör en sådan kränkning omfattas (förutsatt att gärningsmannens uppsåt omfattar de omständigheter som inneburit att gärningen varit ägnad att kränka målsäganden på det sättet; någon avsikt att kränka den sexuella integriteten kan däremot inte anses krävas).

Vår praxisgenomgång bekräftar att gärningsmannens personliga avsikter eller syften inte, i vart fall efter NJA 2017 s. 393, getts betydelse vid bedömningen av straffbarheten i och för sig.

I Svea hovrätts dom i mål nr B 655–17 (se ovan avsnitt 6.5.3) bedömdes gärningsmannens handlande, att onanera offentligt inför andra personer, ha varit ägnat att kränka målsägandenas sexuella integritet oavsett vad gärningsmannen uppgett sig ha haft för avsikt.

Göta hovrätt har den 27 mars 2020 i mål nr B 3305–19 dömt en man för sexuellt ofredande för att han uppmanat en tioårig flicka att dra upp sin tröja samtidigt som han själv tittade på porrfilm. Hovrätten fann att mannens uppmaning hade haft *en klar sexuell inriktning*, rätten beaktade även målsägandens låga ålder och att mannen

vid samma tillfälle hade försökt förmå henne att titta på porrfilm. Avgörandet belyser att vid bedömningen om en gärning är att rubricera som sexuellt ofredande ska beaktas i vilken kontext som gärningen begås och målsägandens situation.

Hovrätten för Västra Sverige ogillade i dom den 23 mars 2020 i mål nr B 5538–19 ett åtal för sexuellt ofredande och bedömde i stället gärningen som ofredande. Mannen hade, mot en kvinnlig kollega, uttalat sig i grova sexuella termer. Hovrätten konstaterade att yttrandena, under det förhållande de gjordes, inte hade haft sådan sexuell inriktning eller prägel att de kunde anses ha ägnat att kränka målsägandens sexuella integritet. Eftersom uttalandet hade utgjort ett hänsynslöst agerande som varit ägnat att kränka målsägandens frid på ett kännbart sätt dömdes mannen för ofredande.

Vi har inte kunnat identifiera några avgöranden där underrätterna efter Högsta domstolens avgöranden i NJA 2017 s. 393 bedömt att gärningsmannens avsikter haft betydelse för straffansvaret i och för sig. Av de hovrättsavgöranden som vi har identifierat framkommer det att rätten har beaktat omständigheterna i det enskilda fallet och att bedömningen om en gärning är att rubricera som sexuellt ofredande ska utgå från om yttrandet vid en objektiviserad bedömning varit ägnat att kränka den sexuella integriteten. Detta innebär att utfallet om en gärning utgör sexuellt ofredande eller inte kan och ska variera utifrån de omständigheter som förelåg vid gärningen.

Det är alltjämt så att yttranden som en gärningsman faller av helt andra skäl, t.ex. för att hämnas eller rent allmänt kränka ett offer, faller utanför bestämmelsen om de inte har sexuell inriktning eller prägel (se särskilt prop. 2004/05:45 s. 88 och prop. 2012/13:111 s. 53–54 där det redogjorts för skälen för denna bedömning). Det måste i detta sammanhang nämnas att frågan alltså inte gäller om den tilltalades agerande är straffbart överhuvudtaget utan om det ska bedömas som sexualbrott. Yttrandet kan ju ofta vara sådant att det i sig utgör olaga hot eller ofredande.

6.5.8 Ageranden på distans via internet eller mobiltelefon

I takt med den ökade digitaliseringen och den ökade användningen av internet har sexuella ofredanden på internet ökat.¹¹ Ett vanligt agerande är att gärningsmannen skickar fotografier med sexuell anspeling, exempelvis s.k. dick pics, till andra personer via internet eller mobiltelefon.

Vår genomgång visar att det inte framkommit några särskilda svårigheter med dessa gärningar utan att de genomgående bedöms som sexuellt ofredande. På samma sätt bedöms meddelanden som skickas från gärningsmannen till offret med sexuellt innehåll.¹² Utgångspunkten måste vara densamma som annars, dvs. att bedömningen ska göras objektivt och att gärningsmannens avsikt saknar relevans för bedömningen.

I avsnitt 5 ges en utförligare redogörelse över hur olika gärningar som begås på distans rubriceras. På motsvarande sätt analyseras tillämpningsområdet av straffbestämmelsen utnyttjande av barn för sexuell posering i avsnitt 7.

6.6 Analys av straffbestämmelsen

6.6.1 Inledande kommentarer

Syftet med vår genomgång har varit, förutom att visa hur straffbestämmelsen har tillämpats, att belysa straffbestämmelsens utformning och syfte, att straffbelägga sådana ageranden som kränker offrets sexuella integritet men som samtidigt inte är så allvarliga att de ska bestraffas enligt någon av de andra, stängare, straffbestämmelserna i 6 kap. BrB. Därmed rymmer straffbestämmelsen ett stort antal varierande gärningar som skiljer sig från varandra på ett mer påtagligt sätt än de gärningar som träffas av övriga straffbestämmelser i 6 kap. BrB.

Vi kommer nedan att, utifrån ett antal särskilda frågor, analysera om straffbestämmelsen är ändamålsenligt utformad. Därefter kommer vi att övergå till en analys av specifika ageranden som ryms inom

¹¹ Brottsförebyggande rådets rapport 2019:5, *Indikatorer på sexualbrottsutvecklingen 2005–2017*, s. 53.

¹² Se bl.a. Göta hovrätts dom den 13 september 2018 i mål nr B 1719–18, Hovrätten för Nedre Norrlands dom den 7 augusti 2019 i mål nr B 906–19 och Svea hovrätts dom den 7 mars 2019 i mål nr B 2721–18.

straffbestämmelsen för att bedöma om det krävs ändringar beträffande de enskilda agerandena.

Med hänvisning till vad vi anfört ovan om att varken blottningsfallen eller situationerna där gärningsmannen onanerar själv inför annan innebär några tolkningsproblem kommer vi inte att gå in närmare på dessa. Av samma anledning kommer vi inte heller att analysera de ageranden som innebär att en gärningsman skickar fotografier med sexuellt innehåll till andra personer eller förmår barn att bevittna sexuella övergrepp eller sexuella handlingar. Vi menar alltså att straffbestämmelsen redan är ändamålsenligt utformad som straffrättsligt skydd mot sådana ageranden.

6.6.2 Generell analys av lydelsen – är straffbestämmelsen tillräckligt tydlig?

En första fråga är om straffbestämmelsen är tillräckligt tydlig. Om en straffbestämmelse är ålderdomligt utformad kan allmänheten ha svårt att förstå vad som är straffbelagt, vilket riskerar att minska straffbestämmelsens normbildande och brottsavhållande funktion. Rättssäkerheten kräver också att var och en kan förstå vad en straffbestämmelse betyder och därmed vilka gärningar som är förbjudna. Även för att undvika utredningssvårigheter är det viktigt att bestämmelserna är tydliga och enkla att tillämpa för rättsväsendets aktörer och att oklarheter och gränsdragningsproblem mellan straffbestämmelserna undviks i så stor utsträckning som möjligt.

Genom de språkliga ändringar som gjordes vid 2005 års reform moderniserades straffbestämmelsen och den nu gällande lagtexten beskriver enligt vår bedömning på ett relevant sätt de ageranden som omfattas. Vi har inte heller identifierat några underrättsavgöranden där det framkommit att domstolarna haft svårt att tolka begreppen i straffbestämmelsen, i synnerhet inte efter NJA 2017 s. 393. Vår bedömning är att det inte behövs några rena språkliga ändringar för att göra straffbestämmelsen mer tydlig.

6.6.3 Straffbestämmelsens syfte

Utgångspunkten bör liksom tidigare vara att straffbestämmelsen om sexuellt ofredande ska reglera den nedre gränsen för vad som bör utgöra sexualbrott. Avsikten har aldrig varit att alla oönskade och ovälkomna ageranden med sexuell koppling ska vara straffbara som sexualbrott. Det har alltså förutsatts att vissa ageranden ska falla utanför straffbestämmelsens tillämpningsområde och därmed inte anses straffbara (alternativt anses straffbara enligt en annan straffbestämmelse), något som inte skiljer sig från vad som gäller inom andra delar av straffrätten.

Det finns alltså alltid en gräns för vad som kan och bör bestraffas. Det är varken möjligt eller lämpligt att bestraffa alla olämpliga ageranden. Detta innebär att oavsett var lagstiftningen drar denna gräns så krävs en bedömning av vad som bör falla under respektive utanför straffansvaret. Det som faller utanför straffansvaret för sexuellt ofredande är alltså inte – oavsett hur gränsen bör dras – straffbart som ett sexualbrott (men kan i vissa fall bedömas som t.ex. ett fridsbrott). Den gräns som lagstiftaren har valt har dragits vid att agerandet varit ägnat att kränka den sexuella integriteten (utom när det gäller de fall som regleras i första stycket vilka avser barn som inte uppnått åldern för sexuellt självbestämmande och blottningsfallen som dock till sin natur är ägnade att kränka annans sexuella integritet) och att om så inte är fallet så bör handlandet inte bedömas som ett sexualbrott. Vi har ingen annan uppfattning.

Högsta domstolens avgöranden har bekräftat att bedömningen om en gärning ska omfattas av straffbestämmelsen eller inte ska variera och baseras på omständigheterna i det enskilda fallet. Vid bedömningen ska man alltid väga in om handlingen har en tydlig sexuell inriktning eller prägel. Vi instämmer i att detta måste gälla. Det kan visserligen konstateras att den ramen för bedömningen inte framgår uttryckligen i lagtexten. Att lagtextens ordalydelse – i enlighet med legalitetsprincipen – sätter den yttersta gränsen för det straffbara området, och att motivuttalanden i fråga om tillämpningen alltså måste kunna inordnas under lagtexten har Högsta domstolen betonat i flera avgöranden på senare tid (se t.ex. NJA 2016 s. 3 och NJA 2018 s. 1103). Att en bedömning av om en gärning är straffbar som sexuellt ofredande bör göras utifrån angivna utgångspunkter och att lagtexten medger detta framgår dock av

Högsta domstolens egen praxis på området. Legalitetsskäl kan alltså inte i sig kräva något förtydligande av lagtexten.

Det är givetvis angeläget att en straffbestämmelse är så tydligt utformad som möjligt. Bestämmelsens karaktär av uppsamlingsbestämmelse innebär dock att det måste finnas ett betydande utrymme att fånga upp de enskilda situationer som typiskt sett utgör en sexuell kränkning. Det framstår därför som olämpligt att ge ytterligare anvisningar i lagtexten för bedömningen. Av Högsta domstolens praxis framgår dessutom att sådana inte heller kan anses nödvändiga. Utifrån de syften som bär upp straffbestämmelsen finns det därför inte något behov av att ändra den. Vi återkommer i det följande till om det finns andra skäl för ändring.

6.6.4 Senaste årens praxis

I rättspraxis har under årens lopp uppkommit ett antal frågor rörande sexuellt ofredande som inneburit att rättsläget i en del avseenden framstått som oklart och som skulle kunna föranleda lagstiftningsåtgärder. De senaste årens rättsfall från Högsta domstolen har dock enligt vår bedömning inneburit att oklarheterna minskat och att behovet av lagändringar har minskat betydligt.

Vid en analys av straffbestämmelsen bör avstamp tas i de ställningstaganden som Högsta domstolen gjorde i NJA 2017 s. 393. Avgörandet förtydligade att även om en gärning måste ha en tydlig sexuell inriktning eller prägel för att omfattas av straffbestämmelsen ska det inte uppfattas så att gärningsmannens personliga syften är avgörande. Högsta domstolen har senare, i rättsfallet NJA 2018 s. 1091, tolkat detta som ett krav på en kvalificering av det sexuella inslaget. I avgörandet från 2017 påpekas även att en straffbestämmelses skyddsintresse är väsentlig för bedömningen av vilka ageranden som kan omfattas. Något krav på att gärningen ska ha syftat till att reta eller tillfredsställa gärningsmannens sexualdrift kan följaktligen inte ställas upp.

Genom NJA 2017 s. 393 har alltså de frågeställningar som 2008 års sexualbrottsutredning uppmärksammade – och som enligt den utredningen borde medföra lagändringar – omhändertagits. Enligt vår bedömning är de slutsatser som Högsta domstolen dragit i fråga om gärningsmannens syften rimliga och ändamålsenliga.

I fråga om sexuella beröringar återkommer vi i avsnitt 6.6.6.

6.6.5 Ska straffbestämmelsen även fortsättningsvis utgå från en objektiv bedömning?

Som vi har redogjort för tidigare i detta avsnitt utgår straffbestämmelsen från en objektiv norm vilket medför att straffansvar föreligger för gärningar som *typiskt* sett leder till att en persons sexuella integritet kränks. Offrets sexuella integritet behöver alltså inte ha kränkts i det enskilda fallet. Som en följd av detta är det inte heller offrets uppfattning som är avgörande för om agerandet ska anses som straffbart eller inte. Vid bedömningen av om straffbestämmelsen är ändamålsenligt utformad bör övervägas om detta ska gälla även fortsättningsvis.

Olika slags handlanden kan uppfattas på olika sätt beroende på vem som utsätts för dem. Vissa människor påverkas starkt av om någon annan uppträder på vist sätt medan samma agerande inte alls påverkar andra. Straffbestämmelsen om sexuellt ofredande tar sikte på just sådana ageranden som kan uppfattas på skilda sätt av olika personer. Detta skiljer straffbestämmelsen från ett flertal andra straffbestämmelser, där det står klart att effekten alltid är oacceptabel. Så är fallet t.ex. vid misshandel där man sällan behöver bedöma hur målsäganden uppfattat effekten av gärningsmannens slag med en knytnäve. Den som däremot bevittnar att någon annan blottar sig eller som hör att någon annan faller ett yttrande med sexuell anspeling kan uppfatta det på helt olika sätt och hur det påverkar den utsatte kan variera påtagligt. Om regleringen skulle ta utgångspunkt i effekten skulle det leda till en bristande förutsebarhet, särskilt när bestämmelsen i övrigt är relativt öppet formulerad. Dessutom kan det finnas ett intresse av att genom lagstiftningen upprätthålla en objektiv norm för vilka beteenden som utgör oacceptabla kränkningar. Det gäller inte minst för att avgränsa det straffbara området. Detta innebär att det inte är lämpligt att låta den angripnes subjektiva upplevelser och uppfattningar ensamt definiera vad som utgör en straffbar sexuell kränkning. Vår bedömning är därför att straffbestämmelsen även i fortsättningen ska vara utformad så att endast gärningar som typiskt sett kränker någons sexuella integritet ska omfattas av straffansvar. Genom en sådan avgränsning till typiska effekter, undantas gärningar som kan vara ovälkomna, otrevliga eller

obehagliga men som den enskilde rimligen måste tåla eller som i vart fall inte ska bestraffas som ett sexualbrott. Vi menar därför att det inte ska ske någon ändring i denna del. Det är dock viktigt att påpeka att det även fortsättningsvis ska göras en bedömning av förhållandena i det enskilda fallet. Den objektiverade bedömningen kan därför falla ut olika t.ex. om en gärning riktas mot ett barn jämfört med om den riktas mot en vuxen.

6.6.6 Beröringar

Vi har redan konstaterat att alla oönskade och ovälkomna ageranden varken kan eller ska bedömas som sexuellt ofredande. NJA 2018 s. 443 ("Den oönskade beröringen I") belyser detta ställningsstagande. Det var uppenbart att den tilltalades agerande var oönskat och klandervärt men det bedömdes inte ha haft en tydlig sexuell prägel som kränkte målsägandens sexuella integritet.

Frågan är om den gräns som Högsta domstolen dragit upp i rättsfallet är för högt ställd, dvs. om beröring av ett barn i hemmiljö förtjänar ett starkare straffrättsligt skydd. Enligt vår bedömning framstår dock Högsta domstolens bedömning av det agerande som den tilltalade var åtalad för (beröring av underben utanpå kläder) som rimlig. Som domstolen konstaterat kan, trots att den tilltalades agerande inte var lämpligt sett till situationen, en kortvarig smekning av någon annans underben utanpå kläderna generellt inte anses uppfylla kravet på en kvalificering av det sexuella inslaget. Vår bedömning är att ett agerande likt detta, för att nå upp till ett kvalificerat sexuellt moment, måste innefatta något mer som ger det en sexuell inriktning.

Domstolen hade inte anledning att ta ställning till om bedömningen hade blivit annorlunda om agerandet hade förstärkts av ett uttalande med någon slags sexuell innebörd från gärningsmannen vid själva beröringen. Som vi tidigare redovisat finns det dock förutsättningar att bedöma ett handlande som inte i sig har en tydlig sexuell prägel som sexuellt ofredande, med hänsyn till t.ex. gärningsmannens agerande i övrigt.

Här kan också de särskilda förhållandena i NJA 2018 s. 1091 ("Den oönskade beröringen II") nämnas. Beröringen bestod av att den tilltalade flyktigt berörde ovansidan av målsägandens lår med en

hand medan den tilltalades tumme var på insidan av målsägandens lår. Det är inte givet att utgången blivit densamma om ett motsvarande handlande hade riktats mot ett barn.

Genom de nämnda rättsfallen har Högsta domstolen visat vilka gränsdragningar som gäller och hur bedömningen om en beröring omfattas av straffbestämmelsen ska göras. Vi menar inte att den nedre gränsen för sexuellt ofredande har satts för högt i dessa avgöranden. Av vår praxisgenomgång framgår det vidare att domstolarna inte heller haft några särskilda svårigheter vid tillämpningen av de principer som slås fast i rättsfallen utan att de vid sina bedömningar gör objektiverade helhetsbedömningar av samlade situationen. Därmed menar vi att straffbestämmelsen i dessa avseenden är ändamålsenlig och att det inte föreligger något behov av ändring.

6.6.7 Yttranden med sexuell anspelning

Yttranden med sexuell anspelning framstår i sig som de mest problematiska vid tillämpningen av straffbestämmelsen. I enlighet med Högsta domstolens praxis är det i dag endast yttranden som har en klar sexuell prägel som omfattas av straffbestämmelsen. Domstolen har dock varit tydlig med att kravet på sexuell inriktning inte ska uppfattas som att gärningsmannens personliga syften är avgörande för straffbarheten.

Det är med utgångspunkt i dessa uttalanden som övervägandena kring behovet av ändring måste göras. Yttranden med sexuell anspelning fälls av olika anledningar och det inte alltid självklart varför denna typ av yttranden fälls. Det kan vara för att allmänt sära eller hämnas och därmed utan något sexuellt intresse hos gärningsmannen. Det kan även handla om ett språkbruk som används av slentrian utan någon närmare eftertanke om något syfte. Lagstiftningen varken kan eller bör kriminalisera alla uttalanden med sexuellt innehåll eller innebörd. Utan en kvalificering av det sexuella inslaget skulle även yttranden med sexuell anspelning som fällts utan att vara ägnade att kränka offrets sexuella integritet komma att omfattas av straffbestämmelsen vilket hade inneburit att ageranden som inte omfattas av bestämmelsens skyddsintresse hade omfattats. Det är i det sammanhanget viktigt att hålla i minnet att sexuellt ofredande är

ett sexualbrott medan hänsynslösa ageranden i sig är att bedöma som fridsbrott.

Som vi konstaterat i avsnitt 6.5.7 har vi inte noterat några avgörande från de senaste åren där underrätterna har bedömt yttranden med sexuell anspelning på sätt som avviker från det avsedda. Med hänsyn till den kritik som tidigare har förts fram mot straffbestämmelsen i den här delen (se avsnitt 6.3.3) och att underrätterna tidigare synes ha haft vissa svårigheter med bedömningen i dessa situationer har vi emellertid övervägt om en ändring av straffbestämmelsen ska ske i denna del. Som vi återkommer till nedan i avsnitt 6.8 menar vi att det inte är ändamålsenligt att dela upp straffbestämmelsen så att varje agerande som omfattas av straffbestämmelsen får en egen paragraf. Detta betyder att det enligt vår mening kvarstår två alternativ till ändring. Det första alternativet är att man utformar bestämmelsen så att den blir mer detaljerad. Det andra alternativet är att man, likt 1998 års och 2008 års sexualbrottsutredningars förslag, använder sig av andra begrepp för att bestämmelsens tillämpningsområde ska bli något annorlunda och vidare.

Att göra straffbestämmelsen mer detaljerad framstår inte i sig som lämpligt med hänsyn till bestämmelsens funktion som uppsamlingsbestämmelse. Till det kommer den omständigheten att straffbestämmelsen – om den mera detaljerat skulle peka ut vilka handlingen som omfattas – hade blivit väldigt omfattande. Risken att en sådan bestämmelse hade blivit för kasuistisk är stor. En detaljerad lösning hade även kunnat innebära att mindre hänsyn togs till omständigheterna i varje enskilt fall. Dessutom är risken påtaglig att ageranden som uppenbarligen borde omfattas men som lagstiftaren inte uppmärksammat skulle komma att falla utanför med en mer preciserad uppräkningslista. Vi menar därför att en sådan lösning inte är att föredra.

När det sedan kommer till det andra alternativet – att ändra straffbestämmelsens lydelse så att bedömningen vad som utgör ett sexuellt ofredande utgår från andra begrepp och därmed ges annan formulering – skulle en sådan ändring kunna leda till något andra bedömningar. Som vi nämnt innehöll både SOU 2001:14 och SOU 2010:71 liknande förslag. Vad gäller det förslag på ändring av straffbestämmelsen som presenterades i SOU 2001:14 så skulle straffansvar föreligga för ”*beteende som kan kränka personens sexuella integritet*”. Kommittén menade att avgörande för bedömningen var

om gärningsmannens agerande typiskt sett hade utgjort en kränkning av offrets sexuella integritet. Bestämmelsen skulle vara tillämplig på olika former av ovälkomna beteenden av sexuell natur och tillämpningsområdet skulle därmed utökas. Ser man till det förslag som presenterades i SOU 2010:71 så innebar det en ändring från ”*på ett sätt som är ägnat att kränka personens sexuella integritet*” till ”*på ett sexuellt kränkande sätt*”. Syftet med 2008 års sexualbrottsutrednings ändring var att den objektiva bedömningen om en gärning var straffbar skulle göras friare. Därtill föreslog utredningen att uttrycket ”*personens sexuella integritet*” skulle tas bort eftersom termen ”integritet” ansågs vara nära förknippad med kroppslig integritet och beröring medan straffbestämmelsen omfattar även verbala kränkningar.

Båda förslagen syftade alltså till friare bedömningar och, med utgångspunkt i den praxis som fanns då, hade förslagen troligtvis resulterat i att några flera yttranden med sexuell anspelning hade omfattats av straffbestämmelsen. Den fråga vi måste ställa oss är om straffbestämmelsen – med de praxisuttalanden som finns i dag – skulle bli mer ändamålsenlig med en sådan utformning. Vid denna bedömning är det viktigt att ha i åtanke att inte heller en sådan formulering hade syftat till att alla yttranden med sexuell anspelning skulle omfattas, dvs. även med denna utformning hade olämpliga och oönskade yttranden fallit utanför straffbestämmelsen. Därmed hade en tolkningsproblematik kvarstått. Eftersom – enligt vår mening – syftet även fortsättningsvis är att inte alla yttranden med sexuell anspelning ska vara straffvärda måste det i varje enskilt fall göras en avvägning som grundar sig i om gärningen är ägnad att kränka offrets sexuella integritet. Med hänvisning till att straffbestämmelsen ska utgöra en lägsta nivå för vad som är acceptabelt hade bedömningar var denna nivå går behövt göras trots friare bedömningsgrunder. Inte heller en sådan ändring hade löst problemet. I stället menar vi att de avgöranden som meddelats de senaste åren ger den vägledning som behövs.

Enligt vår bedömning är det lämpligaste, trots att Högsta domstolens bedömningar i NJA 1997 s. 359 kan uppfattas som väl snäva, att låta bedömningen av om ett yttrande bör vara straffbart överlåtas åt rättstillämpningen. Därvid bör den objektiverade bedömningen av om ett visst yttrande är ägnat att kränka den andres sexuella integritet liksom tidigare göras utifrån en helhetsbedömning av omständigheterna i det enskilda fallet. Bedömningen kan också påverkas av hur

synen på olika slags kränkningar i samhället förändras över tid. Med utgångspunkt i att synen på den sexuella integriteten skärpts framstår det inte som helt uteslutet att utgången av ett mål där omständigheterna är snarlika de i 1997 års fall i dag hade blivit en annan. Enligt vår bedömning måste en sådan utveckling i rättspraxis vara möjlig.

Sammantaget är vi även beträffande yttranden av uppfattningen att någon ändring inte ska ske utan att straffbestämmelsen även i dessa avseenden är ändamålsenlig.

6.7 Straffskydd mot smygfotoografering och senare hantering av sådana fotografier

6.7.1 Inledande kommentarer

Vi har särskilt i uppdrag att inom ramen för vår analys av sexuellt ofredande ta ställning till om smygfotoografering på visst avstånd bör kriminaliseras och i så fall lämna förslag till hur det kan åstadkommas. Uppdraget innebär alltså att ta ställning till om smygfotoografering i större utsträckning än i dag bör utgöra sexuellt ofredande. Vårt uppdrag omfattar emellertid inte att överväga någon reglering av smygfotoografering i annan ordning.

De senaste årens tekniska utveckling har inneburit helt nya möjligheter att fotografera. Det är med dagens teknik möjligt att fotografera vem som helst var som helst för att sedan sprida dessa fotografier till en större krets av människor på en mycket kort tid. De flesta människor i vårt samhälle har möjlighet både att ta fotografier, att sprida fotografier och att ta del av andras fotografier dygnet runt (jfr avsnitt 5.1 om svenskars tillgång till internet).

Detta är en utveckling som gagnar informations- och yttrandefriheten och som berikar människors liv. Samtidigt har utvecklingen skapat nya förutsättningar att missbruka tekniken. Genom att dagens teknik är både lättillgänglig och billig kan människor ta och sprida fotografier och information om andra människor utan deras samtycke och utan någon möjlighet för dem att förhindra detta. Detta agerande kan leda till mycket stora personliga skadeverkningar, vilket i sin tur ställer krav på lagstiftaren att ingripa mot oacceptabla integritetsintrång av olika slag.

Fotografering och filmning (fortsättningsvis används begreppet fotografering för både fotografering och annan bildupptagning såsom filmning) samt senare hantering (spridning) av sådant material regleras i ett antal straffbestämmelser.

Den viktiga utgångspunkten är dock att det inte finns något generellt förbud mot att fotografera någon utan dennes samtycke utan straffansvar för sådant agerande föreligger endast under vissa särskilda omständigheter. Lagstiftaren har tidigare (prop. 2012/13:69 s. 16) konstaterat att den enskilde som huvudregel måste tåla att bli fotograferad. Straffansvaret för fotografering ska, enligt denna bedömning, vara begränsat till sådan integritetskränkande fotografering som innebär ett intrång i den fredade sfären som enskilda bör ha rätt till i förhållande till andra enskilda. En utvidgning av dagens straffbestämmelser förutsätter ett beteende som kan orsaka skada eller personligt lidande i sådan grad att det finns ett samhälleligt behov av att åstadkomma ett ytterligare straffrättsligt skydd. Vårt uppdrag blir att utifrån nuvarande förhållanden analysera var gränsen ska gå mellan det straffbara och det straffria området med denna utgångspunkt i åtanke. Den särskilda straffbestämmelsen om kränkande fotografering har också utformats med beaktande av detta. Högsta domstolen har i rättsfallet NJA 2017 s. 393 förtydligat vilka bedömningar som ska göras vid smygfotografering för att ett agerande ska vara straffbart som sexuellt ofredande. Avgörandet innebär att smygfotografering som sker i omedelbar närhet av offret och utgör ett sådant tydligt intrång i dennes rätt att bestämma över sin kropp som kan bedömas som sexuellt ofredande.

I det följande kommer vi att gå igenom den ytterligare straffrättsliga lagstiftning som kan aktualiseras vid fotografering av andra personer. Därefter kommer vi att överväga om det finns tillräckliga skäl för ett utvidgat straffansvar för sexuellt ofredande vid smygfotografering.

6.7.2 Kränkande fotografering – 4 kap. 6 a § BrB

För kränkande fotografering döms den som olovligen med tekniskt hjälpmedel i hemlighet tar upp bild av någon som befinner sig inomhus i en bostad eller på en toalett, i ett omklädningsrum eller ett annat liknande utrymme.

Det finns två undantag från bestämmelsen – det första är att straffansvar inte föreligger om gärningen med hänsyn till syftet och övriga omständigheter varit försvarlig och det andra undantaget är om fotografering skett som ett led i en myndighetsverksamhet.

Straffbestämmelsen, som trädde ikraft den 1 juli 2013, syftar till att skydda den personliga integriteten och utgår från att alla människor har rätt till en personlig sfär inom vilken olovlig avbildning är att uppfatta som ett intrång helt oberoende av bildens innehåll (jfr prop. 2012/13:69 s. 27 ff.). Som framkommer av lagtexten kan straffbestämmelsen endast tillämpas på fotografering som har skett i särskilda, uppräknade utrymmen.

Genom uttrycket ”*med tekniskt hjälpmedel tar upp*” är straffbestämmelsen teknikneutral och omfattar fotografering och annan upptagning med tekniskt hjälpmedel.

För att en gärning ska omfattas av straffbestämmelsen ska fotograferingen avse en annan levande människa och det är själva handlingen att fotografera en annan person som är straffbar. Vidare krävs att fotograferingen har skett i hemlighet, dvs. utan den fotograferades vetskap och samtycke, jfr prop. 2012/13:69 s. 39. Frågan om samtycke avgörs med stöd av de allmänna regler som gäller för detta. Fotografering som sker öppet, dvs. utan att gärningsmannen döljer sitt agerande, faller utanför straffbestämmelsen.

Högsta domstolen har i NJA 2018 s. 844 berört rekvisitet ”*i hemlighet*”. I målet hade den tilltalade och en kvinna haft kontakt via de webbkameror som fanns i deras datorer. Under samtalet hade kvinnan dansat för den tilltalade som då, utan kvinnans vetskap, hade startat inspelningsfunktionen på sin dator. Frågan i målet var om den tilltalade i hemlighet hade filmat kvinnan. Högsta domstolen ansåg att en enskild inte utan vidare kan förväntas räkna med att all teknisk utrustning som gör bildöverföring möjlig, och som är påslagen, också tar bilder eller spelar in film som sparas. Vetskap hos målsäganden om att det i och för sig är möjligt att ta upp bild genom den utrustning som används hindrar därför inte att upptagningen ska anses ha skett i hemlighet.

Platsen för gärningen är avgörande för bedömningen om straffansvar föreligger, jfr lagtexten. I förarbetena (a. prop. s. 25) uttalade regeringen därvid att även om ett intrång kan ske i den enskildes personliga integritet vid fotografering oavsett vilken plats denne befinner sig på måste enskilda normalt räkna med att kunna bli

fotograferade när de rör sig ute bland andra människor där vem som helst kan iaktta dem. Den som befinner sig på en plats där han eller hon mer allmänt kan vara föremål för andras uppmärksamhet kunde enligt regeringen inte göra samma anspråk på rättsordningens skydd som när denne dragit sig undan för avskildhet. Detta ledde till att straffansvaret endast skulle omfatta vissa angivna platser som tillhör den enskildes privata miljö eller som annars är avsedda för särskilt privata förhållanden.

Enligt förarbetena avses med ”*bostad*” både en lokal eller annan plats där en person bor stadigvarande för en längre tid, och en tillfällig bostad, t.ex. ett hotellrum, en båthytt eller ett tält. Det behöver inte heller vara den egna bostaden utan även när en person vistas i någon annans bostad omfattas denne av straffskyddet. Vidare avses med ”*annat liknande utrymme*” t.ex. provhytter, duschrum och bastu. Skälet till att även denna typ av utrymmen omfattas är att de är avsedda för mycket privata förehavanden, som användning av toaletten, av- och påklädning, duschning och liknande

Hovrätten för Nedre Norrland har i dom den 27 juni 2014 i mål nr B 189–14 ansett att ett väntrum till en ungdomsmottagning inte är att bedöma som ”*annat liknande utrymme*”. I RH 2016:58 ansåg Svea hovrätt att inte heller tillslutna rum avsedda för läkarmottagningar på olika skolor eller på en vårdcentral är att bedöma om ”*annat liknande utrymme*”.

Sammanfattningsvis faller fotografering som har skett öppet utanför straffbestämmelsen precis som fotografering som inte har ägt rum på någon av de särskilt angivna platserna.

6.7.3 Olaga integritetsintrång – 4 kap. 6 c § BrB

Även brottet olaga integritetsintrång, som infördes den 1 januari 2018, är relevant i denna del. Enligt straffbestämmelsen döms den för olaga integritetsintrång som gör intrång i någon annans privatliv genom att sprida, såvitt nu är av intresse, bild på eller annan uppgift om någons sexualliv eller bild på någons helt eller delvis nakna kropp, om spridningen är ägnad att medföra allvarlig skada för den som bilden eller uppgiften rör.

Det är alltså inte fotograferingen i sig som är straffbar utan straffbestämmelsen träffar gärningar där den som innehar en bild på

eller annan uppgift om någons sexualliv eller bild på någons helt eller delvis nakna kropp *sprider* denna dokumentation. Skyddet omfattar alltså integritetskänsliga bilder och uppgifter. Exempel på sådana bilder är fotografier som visar sexuella handlingar, blottade könsorgan eller andra bilder av tydlig sexuell karaktär.

Med rekvisitet ”sprida” menas att uppgifterna görs tillgängliga för fler än ett fåtal personer. Det är inte ett krav att dessa personer faktiskt tagit del av uppgifterna. Vid bedömningen av om uppgiften gjorts tillgänglig för fler än ett fåtal personer och därmed spritts skulle den rättspraxis som utvecklats kring brottet hets mot folkgrupp kunna vara vägledande. (Se prop. 2016/17:222 s. 33 och 95.)

Vidare måste spridningen utgöra ett intrång i någon annans privatliv vilket innebär att spridningen ska ske mot personens vilja i strid med ett förtroende eller utan personens giltiga samtycke. Uppgifterna ska höra till den privata sfären.

Sammanfattningsvis straffas gärningsmän som sprider integritetskänsliga fotografier till en grupp av människor som utgör fler än ett fåtal personer. Spridningen måste göra intrång i den andra personens privatliv.

En relevant aspekt av detta brott är hur man ska värdera det straffbara agerandet i förhållande till andra ageranden. I förarbetena (prop. 2016/17:222 s. 44 f.) uttalade regeringen bl.a. följande.

Även om själva upptagandet, genom t.ex. avlyssning eller fotografering, kan upplevas som nog så kränkande så torde enligt regeringens bedömning själva spridningen av materialet av de flesta upplevas som ett ännu större intrång i den personliga integriteten. Uppgifter som sprids t.ex. via internet kan få en global räckvidd och möjligheterna att kopiera och spara information gör att det som en gång spritts många gånger kan vara fortsatt tillgängligt och komma att spridas på nytt. Det finns därför enligt regeringen anledning att bedöma den kränkning av den personliga integriteten som kan uppkomma genom spridning av integritetskänsliga bilder och uppgifter som allvarligare än de kränkningar som kan uppkomma genom andra jämförbara brott.

Det kan alltså konstateras att regeringen här bedömde själva spridningen, i relation till själva upptagandet, som allvarligare och mer kränkande för offret.

6.7.4 Barnpornografibrott – 16 kap. 10 a § BrB

För barnpornografibrott enligt 16 kap. 10 a § BrB döms, såvitt nu är av intresse, den som sprider, överlåter, upplåter, förevisar eller på annat sätt gör barnpornografisk bild tillgänglig för annan, eller som innehar sådan bild. Även vid barnpornografibrott avses med spridning att bildmaterialet förmedlas till eller görs tillgängligt för mer än endast ett fåtal personer (se t.ex. prop. 2009/10:70 s. 17). Avsikten med att som straffbar befattning även ange att på annat sätt göra barnpornografisk bild tillgänglig för annan synes främst ha varit att straffansvaret skulle omfatta även tillgängliggörande för bara en eller ett fåtal personer (se prop. 1997/98:43 s. 162 f).

Som framgår av straffbestämmelsen är alltså ett stort antal olika former av hantering av denna typ av fotografier eller filmer straffbelagda. Den gärningsform som främst är av intresse för denna utredning är att gärningsmannen skildrar ett barn i pornografisk bild (p. 1), eller att gärningsmannen sprider, överlåter, upplåter, förevisar eller på annat sätt gör en sådan bild av barn tillgänglig för någon annan (p. 2) eller att en gärningsman innehar en sådan bild (p. 5).

I tredje stycket anges att med barn avses en person vars pubertetsutveckling inte är fullbordad eller som är under arton år. När det gäller skildring av barn i pornografisk bild krävs det inte att det av bilden och omständigheterna kring den framgår att barnet är under 18 år. Vid de övriga gärningsformerna, t.ex. innehav, ska emellertid ansvar dömas ut bara om det av bilden och omständigheterna kring den framgår att den avbildade personen är under 18 år. Omständigheter av betydelse för denna bedömning kan t.ex. vara vad som framgår av bildtexten eller det sätt på vilket bilden marknadsförs. Den omständigheten att en gärningsman har kännedom om att det avbildade barnet är under 18 år utan att detta framgår av bilden eller omständigheterna omkring den, kan inte läggas till grund för ansvar.

I vart fall vid skildringsfallen torde det avbildade barnet anses som målsägande. Barnets målsägandeställning i övrigt torde få bedömas från fall till fall. (Jfr Johansson & Trost m.fl., Brottsbalken [JUNO], kommentaren till 16 kap. 10 a § BrB samt Ds 2018:23 s. 79.)

Barnpornografiska bilder är undantagna från tryckfrihetsgrundlagens (TF) och yttrandefrihetsgrundlagens (YGL) tillämpningsområde.

6.7.5 Ofredande – 4 kap. 7 § BrB

Slutligen är även straffbestämmelsen om ofredande relevant för utredningen. För ofredande döms den som fysiskt antastar någon annan eller utsätter någon annan för störande kontakter eller annat hänsynslöst agerande om gärningen är ägnad att kränka den utsattes frid på ett kännbart sätt. Straffbestämmelsen syftar till att skydda den enskildes frid. Högsta domstolen har i rättsfallet NJA 2017 s. 393, se avsnitt 6.4.4, även berört innebörden av straffbestämmelsen ofredande.

Straffansvar förutsätter att gärningsmannens agerande har utgjort ett angrepp på offrets privata sfär, en sfär som varje människa har rätt hålla fredad. Ett angrepp på denna sfär är straffbar även om den angräpnade inte uppfattar angreppet.

Exempel på sådana hänsynslösa ageranden kan vara att allvarligt skrämja eller störa någon genom t.ex. höga ljud eller pyroteknik, att filma en naken person så att denne märker det eller att filma någon på ett påträngande sätt (prop. 2016/17:222 s. 99).

6.7.6 Brottsförebyggande rådets rapport ”Kränkande fotografering. En uppföljning av lagens tillämpning. Rapport 2019:7”

År 2017 fick Brottsförebyggande rådet (Brå) i uppdrag av regeringen att följa upp hur lagen om kränkande fotografering hade tillämpats och fungerat inom rättsväsendet. Brå lämnade den 1 maj 2019 rapporten ”*Kränkande fotografering. En uppföljning av lagens tillämpning. Rapport 2019:7*”. Rapporten baseras på anmälningar, förundersökningar och domar samt intervjuer med domare, åklagare och polis (s. 12).

I rapporten undersöktes brott som hänförs till straffbestämmelsen om kränkande fotografering. Detta innebär att situationer likt den som t.ex. förekommer i NJA 2017 s. 393 inte omfattas eftersom det är uppenbart att den situationen inte skulle omfattas av kränkande fotografering. Detta gör att bedömningsunderlaget i många delar inte överensstämmer med den frågeställning vi har att ta ställning till. Trots detta har rapporten viss relevans för vår bedömning, detta framkommer bl.a. av att Brå i sin rapport har kommit fram till

att de flesta anmälningarna gäller bildupptagning med naket eller sexuellt innehåll (s. 6).

Enligt rapporten är det främst tre typer av brott som anmäls. De fotografier som tas p.g.a. *social makt* står för en tredjedel av alla ärenden. Gärningsmännens syfte med denna fotografering är att sprida bilder till vänner och bekanta. Den andra typen av anmälningar gäller smygfotografering som ingår i *systematiska trakasserier eller en pågående kränkning*. Syftet med denna typ av fotografering är att interagera med den fotograferade. Det är vanligt att gärningsmannen och offret tidigare har haft en relation och när relationen avslutas hotar gärningsmannen med att sprida fotografier. Den tredje gruppen utgörs av *fluktande*. Till denna grupp hör gärningsmän som fotograferar bekanta och icke-bekanta personer som är avklädda utan deras vetskap. Fotograferingen äger vanligtvis rum på toaletter eller i omklädningsrum. Bildupptagningen är för eget bruk och dess bilder sprids sällan. Offren är ofta barn.

Enligt rapporten motsvarar fotografier som tillhör någon av dessa tre grupper 75 procent av alla anmälningar. Övriga ärenden gäller händelser som inte täcks av lagens objektiva rekvisit och kan avse exempelvis fotografering av grannar eller kollegor på platser som inte omfattas av straffbestämmelsen.

Bland de anmälda gärningarna finns det tydliga könsskillnader gällande kränkande fotografering. I tre fjärdedelar av de anmälda gärningarna som Brå har granskat finns uppgifter om att det är en man eller en pojke som utfört fotograferingen. I två tredjedelar av anmälningarna står kvinnor eller flickor som målsägande (s. 7).

I rapporten framförs kritik mot att så få platser omfattas av lagen och att begreppet ”annat liknande utrymme” tenderar att tolkas restriktivt. Både poliser och åklagare anser att det är ett problem att integritetskränkande smygfotografering som sker på visst avstånd på en offentlig plats varken omfattas av kränkande fotografering, sexuellt ofredande eller ofredande.

Innan brottet kränkande fotografering infördes var flera remissinstanser oroliga för att journalisters fri- och rättigheter skulle inskränkas. Enligt rapporten har någon sådan inskränkning inte skett.

Rapporten visar vidare att straffbestämmelsen har medfört att flera former av smygfotografering, som tidigare inte omfattades av ett straffansvar, nu lagförs.

Om lagstiftaren önskar en utökad tillämpning av straffbestämmelsen borde enligt Brå för det första lagens rekvisit ses över och utvidgas, varvid en bredare översyn av rättstillämpningen av sexuellt ofredande och ofredande skulle kunna ligga till grund för en sådan bedömning. Vidare skulle enligt Brå polis och åklagare behöva mer resurser eftersom förundersökningar som avser kränkande fotografering ofta måste prioriteras bort och dessutom krävs mer förebyggande arbete.

6.7.7 Överväganden beträffande smygfotografering

Bedömning: Straffbestämmelsen om sexuellt ofredande bör inte utvidgas med avseende på smygfotografering.

Vilka typer av ageranden faller utanför dagens straffbestämmelser?

Genom bestämmelserna om barnpornografibrott finns i och för sig ett starkt skydd mot att barn – även barn som fyllt 15 år – avbildas i pornografisk bild. Smygfotografering av barn med sexuell inriktning kan i allmänhet antas falla in under detta förbud. Barnpornografibrottet tar dock sikte på befattning med just barnpornografiska bilder och avser endast barn.

Såväl vuxna som barn har skydd mot smygfotografering som sker inomhus i en bostad eller på en toalett, i ett omklädningsrum eller ett annat liknande utrymme. Vidare har vuxna och barn ett skydd mot dels påträngande fotografering, dels fotografering som sker helt nära kroppen och som därmed inkräktar i varje persons fredade zon (jfr våra slutsatser i avsnitt 6.5.6). Genom straffbestämmelsen om kränkande fotografering föreligger alltså ett straffskydd för smygfotografering som skett i den enskildes privata miljö eller på platser som annars är avsedda för särskilt privata förhållanden där olovlig fotografering som sker i hemlighet får anses innebära intrång i en enskilds personliga sfär oberoende av bildens innehåll. Smygfotografering med tydlig sexuell inriktning så nära den utsatta att det är att jämföra med kroppslig beröring kan medföra ansvar för sexuellt

ofredande, detta även i andra utrymmen än de som anges i straffbestämmelsen om kränkande fotografering och även på offentliga platser. Något allmänt straffskydd mot smygfotografering som sker på andra platser, främst utomhus eller på allmän plats, och som sker utanför offrets omedelbara närhet finns inte. I dessa delar finns det dock skydd mot att integritetskränkande bilder sprids.

Föreligger det behov av en utvidgning av straffbestämmelsen?

En utvidgning av straffbestämmelsen måste bedömas utifrån om det föreligger ett behov av en sådan utvidgning.

I enlighet med vad vi har redogjort för i avsnitt 6.5.6 har vi haft svårt att identifiera avgöranden som rör smygfotografering. Några uppgifter om förekomsten har vi inte heller funnit. Det är inte heller helt lätt att finna vilka slags förfaranden som skulle motivera ett ökat straffskydd inom ramen för sexuellt ofredande.

För det första skulle det behöva förutsättas att det rörde sig om ett agerande som var ägnat att kränka den sexuella integriteten även om den utsatte inte uppfattade fotograferingen. Till skillnad från sådan närgången fotografering med sexuell innebörd som prövades i NJA 2017 s. 393, och som innebar ett slags ofredande, skulle en utvidgad kriminalisering närmast behöva ta sikte på bildinnehållet i sig. Att låta detta vara styrande för ansvar för sexualbrott skulle närmast kräva moraliska bedömningar av vad som är ägnat att kränka den sexuella integriteten. Vi återkommer till frågan om bildinnehållet nedan.

En grundläggande utgångspunkt för våra överväganden är den särställning som fotografering har inom ramen för det grundlagsstadgade skyddet för yttrande- och informationsfriheten. I regeringsformen (RF) finns grundläggande bestämmelser om yttrande- och informationsfriheten. RF ställer upp ett antal kriterier som alltid måste vara uppfyllda för att rättigheterna i RF ska få inskränkas. Ett sådant undantag är att skydda enskildas personliga integritet.

När det gäller tryckfriheten och motsvarande frihet att yttra sig i vissa andra medier, t.ex. ljudradio och television och liknade överföringar samt film, gäller bestämmelserna i TF och YGL. I respektive grundlag anges vilka grundläggande bestämmelser, dvs. rättigheter,

som tillerkänns var och en.¹³ Av 1 kap. 7 § TF och 1 kap. 10 § YGL följer sålunda att det står var och en fritt att anskaffa uppgifter i vilket ämne som helst i syfte att bl.a. göra dem offentliga i tryckt skrift. Möjligheten att i lag göra inskränkningar i dessa rättigheter är starkt begränsade. Såvitt nu är av intresse följer av 1 kap. 12 § p. 6 TF och 1 kap. 18 § YGL att hinder inte möter att genom lag meddela föreskrifter om ansvar och ersättningsskyldighet som avser det sätt på vilket en uppgift införskattats. Däremot saknas möjligheter att meddela sådana föreskrifter avseende uppgifternas innehåll.

Yttrande- och informationsfriheten har även ett skydd i Europakonventionen.

Liknande gränsdragningsproblem som vi har att ta ställning till här förelåg vid införandet av straffbestämmelsen om kränkande fotografering. Införandet av den straffbestämmelsen föregicks av ett omfattande lagstiftningsarbete som berodde just på den gränsdragningsproblematik som uppstår mellan skyddet för yttrande- och informationsfriheten och rätten att inte bli fotograferad mot sin vilja. För att kunna införa eller, som är aktuellt för denna utredning, ändra straffbestämmelser om fotografering måste man noga beakta de risker som finns för att man inkräktar på grundlagsskyddade yttrande- och informationsrättigheter. Regeringen anförde i prop. 2012/13:69 s. 16 bl.a. följande.

Med denna utgångspunkt anser regeringen att den enskilde som huvudregel måste tåla att bli fotograferad. Straffansvaret måste därför begränsas till sådan integritetskränkande fotografering som innebär ett intrång i den fredade sfär som enskilda bör ha rätt till i förhållande till andra enskilda. Vidare måste det i finnas möjlighet att i undantagssituationer undgå straffansvar i enskilda fall.

Regeringen underströk även att det var viktigt att information kunde anskaffas med kameror och liknande utrustning så enkelt som möjligt. Som en följd av detta behövde straffbestämmelsen ha en restriktiv utformning. Lagen skulle bara vara tillämplig på särskilda platser där det framstod som verkligt angeläget för enskilda att inte behöva utsättas för intrång i den personliga integriteten. Straffbestämmelsen skulle således skydda enskilda från att bli fotograferade på platser där man kan göra anspråk på en fredad personlig sfär där man inte

¹³ I YGL anges dessa rättigheter i 1 kap. 10–15 §§ och i TF i 1 kap. 7–10 §§.

ska behöva tåla att bli fotograferad utan medgivande eller uttryckligt stöd av tillåtande bestämmelser.

De ställningstaganden och avvägningar som regeringen gjorde i den nämnda propositionen måste gälla även här. Möjligheterna att utvidga skyddet för den enskilda från att utsättas för smygfoto­grafering som kränker den sexuella integriteten är därmed begränsade eftersom detta intresse kolliderar med de grundlagsskyddade yttrande- och informationsfriheterna.

Utgångspunkten är alltså att enskilda måste tåla att bli fotograferade när de befinner sig på allmän plats och att det krävs starka skäl för att göra ytterligare inskränkningar i grundlagsskyddet för yttrande- och informationsfrihet.

En kriminalisering av smygfoto­grafering som sexuellt ofredande i vidare utsträckning än i dag skulle förutsätta att det går att slå fast att det är fråga om en kränkning av den sexuella integriteten även om den utsatte inte uppfattade foto­graferingen. Till skillnad från sådan närgången foto­grafering med sexuell innebörd som prövades i NJA 2017 s. 393, skulle en utvidgad kriminalisering närmast behöva ta sikte på bildinnehållet i sig. En kriminalisering som innebär att man tar sikte på bildinnehållet är inte möjlig enligt de bestämmelser som finns i TF och YGL. Bestämmelserna i grundlagarna innebär att man genom lag kan begränsa rätten att *anskaffa* uppgifter genom foto­grafering. För att man ska kunna införa en sådan begränsning förutsätts dock att regleringen utformas så att tillämpningsområdet inte avgränsas med utgångspunkt i bildinnehållet. Av detta följer att det är själva *förfaringsättet* som ska stå i fokus för regleringen och alltså inte det som avbildas, jfr prop. 2012/13:69 s. 16 ff. Vidare får en begränsning av rätten att anskaffa uppgifter inte heller obefogat hindra nyhetsförmedling och samhällsinformation

Sammanfattningsvis innebär grundlagsskyddet i sig att utrymmet för att genom sexuellt ofredande kriminalisera smygfoto­grafering i vidare mån än i dag framstår som starkt begränsat.

Det är dessutom av särskild betydelse att spridning av bilder på eller andra uppgifter om någons sexualliv numera är straffbart som olaga integritetsintrång. Den straffbestämmelsen trädde ikraft den 1 januari 2018 – således i tiden efter Högsta domstolens ledamöters särskilda yttrande i NJA 2017 s. 393.

Enligt vår bedömning har det genom brottet olaga integritetsintrång införts ett ändamålsenligt och starkt skydd som fångar upp

de mer påtagligt kränkande befattningarna med smygtagna bilder av sexuell natur. I förarbetena (prop. 2016/17:222) uttalade regeringen att spridningen av fotografierna i de allra flesta fall är allvarligare ur offrets perspektiv än själva upptagningen. Regeringens ståndpunkt bekräftas av den forskning som finns rörande hur offer påverkas av distansbrotten, dvs. att många offer uppger att vetskapen att övergreppen finns dokumenterade och kan spridas starkt påverkar deras mående (jfr avsnitt 5.2.1). Detta talar för att det kanske inte är själva fotograferingen som är det mest kränkande för offret utan just spridningen.

Det finns alltså i dag ett straffrättsligt skydd mot spridande av integritetskänsliga uppgifter som inte förelåg vid tiden för NJA 2017 s. 393. Även om brottet olaga integritetsintrång inte tar sikte på den integritetskränkning som själva bildupptagningen kan medföra, skyddas den utsatte mot spridning av bilden. Behovet av en ytterligare kriminalisering av själva bildupptagningen som sexuellt ofredande måste därför anses ha minskat i inte obetydlig mån.

Under alla förhållanden kan det antas att tillämpningsområdet för en utvidgning av straffansvaret för sexuellt ofredande i detta avseende hade blivit påtagligt svårbedömbart. Man kan därför fråga sig vad en eventuell utvidgning hade inneburit och om den kan förväntas bli effektiv. Det är inte ändamålsenligt att införa en straffbestämmelse om den inte kan förväntas bli effektiv. Även detta talar för att det inte är proportionerligt att införa ytterligare begränsningar i yttrande- och informationsfriheten.

Vi är medvetna om att det kan uppfattas som integritetskränkande att, mot sin vilja, bli smygfotograferad även om det sker på visst avstånd. Dock menar vi att det inte föreligger tillräckligt starka skäl för någon sådan utvidgning av straffansvaret för sexuellt ofredande som vi haft att överväga. Vi föreslår därför inte någon utvidgning av straffbestämmelsen.

6.8 Tidigare kritik – bör paragrafen delas upp?

Förslag: Straffbestämmelsen ska delas upp. Grundrekvisiten för sexuellt ofredande enligt andra stycket i nuvarande paragraf bör behållas medan brott mot barn under 15 år ska regleras särskilt i en straffbestämmelse som omfattar samtliga handlanden som i dag är straffbara som sexuellt ofredande.

Straffbestämmelsen om sexuellt ofredande reglerar ett flertal ageranden av vitt skilda slag. I och för sig ges exempel på ageranden som ryms inom bestämmelsen (t.ex. blottning och sexuell beröring) men den reglerar i övrigt straffansvaret i mer generella termer.

Flera av de tidigare utredningarna har föreslagit att innehållet i paragrafen skulle delas upp i ett brott för barn och ett för vuxna. Förslagen har dock inte genomförts. I det sammanhanget bör noteras att förslagen i första hand synes ha motiverats av mer systematiska skäl.

Vid en första anblick av straffbestämmelsen kan man fråga sig om det är ändamålsenligt att ett flertal olika ageranden bör rymmas inom en och samma straffbestämmelse. Det avgörande vid bedömningen av om nuvarande paragraf borde delas upp är dock vilken reglering som är den mest ändamålsenliga för att uppnå syftet med kriminaliseringen.

En fördel med att dela upp straffbestämmelsen är att varje enskild straffbestämmelse skulle kunna bli mer detaljerad och därmed tydligare kunna ange vilka typer av ageranden som ska vara straffbara. Denna utformning hade även kunnat innebära att man tydligare hade kunnat ange vilken typ av bedömningar som skulle göras för varje särskilt agerande. Vi har emellertid redan kommit fram till att det materiella innehållet i nuvarande paragraf inte bör ändras eller förtydligas.

Ett skäl som skulle kunna tala för en uppdelning hade varit om något av de förfaranden som omfattas av bestämmelserna om sexuellt ofredande inte rimligen borde kunna utgöra grovt brott, vilket vi under alla förhållanden ska lämna förslag till. Vad som möjligen kan ifrågasättas är om blottningar och andra exhibitionistiska förfaranden bör kunna bedömas som ett grovt sexuellt ofredande, med ett straffvärde överstigande fängelseminimum. Enligt vår bedömning går det dock inte att säga att något enskilt handlande som

i dag utgör sexuellt ofredande aldrig skulle, under påtagligt försvårande förhållanden, kunna utgöra grovt brott. Någon anledning att dela upp paragrafen av det skälet finns därför inte heller.

En risk med en uppdelning skulle däremot kunna vara att det blir tolkningsproblem avseende den praxis som meddelats under senare år avseende sexuellt ofredande i allmänhet. Som vi har nämnt tidigare har Högsta domstolen de senaste åren fastställt ett flertal principer i fråga om hur man ska bedöma och beakta olika ageranden i straffbestämmelsen. Risken finns att en uppdelning av straffbestämmelsen resulterar i att denna praxis inte kan användas på samma sätt. Det hade i sin tur resulterat i att straffbestämmelserna blivit svårare att tillämpa.

Vad som däremot bör övervägas är om brott mot barn under 15 år bör regleras särskilt. En sådan uppdelning skulle kunna motiveras med att det på ett tydligt sätt visar att barn åtnjuter ett särskilt skydd mot sexuella kränkningar. Om brotten mot barn regleras i en särskild straffbestämmelse blir det även tydligt att barn aldrig kan samtycka till sexuella handlingar. En uppdelning av straffbestämmelsen på detta sätt skulle även följa strukturen för majoriteten av de brott som regleras i 6 kap. BrB.

I avsnitt 8 återkommer vi till straffskalorna för sexuellt ofredande och frågan om införande av ett grovt brott. Som vi finner där bör minimistraflet för sexuella ofredanden mot barn under 15 år höjas genom att böter utmönstras ur straffskalan. Med en sådan ändring blir det i det närmaste nödvändigt att reglera dessa brott särskilt.

Vi föreslår därför att den nuvarande straffbestämmelsen om sexuella ofredanden delas upp. Grundrekvisiten för sexuellt ofredande enligt andra stycket i nuvarande paragraf bör därvid behållas medan brotten mot barn under 15 år ska regleras särskilt i en straffbestämmelse som omfattar samtliga de handlingar som i dag är straffbara som sexuellt ofredande.

Det innebär att till skillnad från i dag kommer alla sexuella ofredanden som riktas mot barn under 15 år, dvs. även sådana gärningar som i dag följer av paragrafens andra stycke, att regleras i en särskild straffbestämmelse. Den bör lämpligen benämnas *sexuellt ofredande mot barn*. Bestämmelserna om oaktsamhet i förhållande till barnets ålder i 6 kap. 13 § BrB och ansvarsfrihetsregeln i 6 kap. 14 § BrB bör på samma sätt som gäller för brott enligt första stycket i dag vara tillämpliga vid sexuellt ofredande mot barn.

Lagtekniskt ser vi inget hinder mot att sexuellt ofredande och sexuellt ofredande mot barn regleras i samma paragraf men i olika stycken.

Dessa ändringar innebär att det finns ett behov av ändring i straffbestämmelsen om olaga förföljelse, eftersom det brottet kan utgöras av bl.a. sexuellt ofredande. De närmare övervägandena kring detta beror emellertid också på våra ställningstaganden i fråga om införandet av ett grovt brott och straffskalan för ett sådant. Vi återkommer därför samlat till frågan om sexuellt ofredande och sexuellt ofredande mot barn i olika svårhetsgrader bör kunna utgöra olaga förföljelse i avsnitt 8.14.3 i anslutning till våra överväganden om straffskalorna för brotten.

6.9 Osjälvständiga brottsformer

Försök, förberedelse eller stämpling till sexuellt ofredande, eller underlåtenhet att avslöja eller förhindra sådant brott, är inte straffbart i dag.

I prop. 2012/13:111 s. 86 ansåg den dåvarande regeringen att det inte fanns tillräckliga skäl för kriminalisering av försök till sexuellt ofredande. Vi anser inte att det, även med beaktande av att vi föreslår en särskild straffskala för grovt sexuellt ofredande och grovt sexuellt ofredande mot barn (se avsnitt 8.14.2), finns anledning att göra en annan bedömning. Samma gäller för förberedelse och stämpling.

6.10 Barnfridsbrott

I en proposition den 1 april 2021 (prop. 2020/21:170) har regeringen föreslagit att ett särskilt brott – *barnfridsbrott* – ska införas i 4 kap. 3 § brottsbalken den 1 juli 2021. Enligt den straffbestämmelsen ska den som begår en brottslig gärning av visst slag – däribland ett flertal av sexualbrotten, bl.a. sexuellt ofredande – och gärningen har bevittnats av ett barn som är närstående eller tidigare närstående till gärningsmannen och målsäganden dömas för barnfridsbrott. Om våra förslag i fråga om sexuellt ofredande genomförs och riksdagen då skulle ha antagit regeringens förslag om barnfridsbrott, kommer inte bara sexuellt ofredande utan även sexuellt ofredande mot barn, grovt sexuellt ofredande och grovt sexuellt ofredande mot barn att

behöva anges. Vi lämnar därför ett sådant förslag. Ändringen innebär dock inte någon ändring i sak.

7 Utnyttjande av barn för sexuell posering

7.1 Inledning

Utredningens uppdrag i denna del avser att överväga och ta ställning till vilka principer som bör gälla för straffansvar vid utnyttjande av barn för sexuell posering.

Straffbestämmelsen i dess nuvarande lydelse infördes 2005. Sedan dess har det uppstått en del frågor om tolkningen och tillämpningen av straffbestämmelsen. Eftersom en stor andel av alla brott i dag äger rum på internet eller med hjälp av ny teknik är det även angeläget att straffbestämmelsens utformning är i överensstämmelse med de senaste årens digitalisering och snabba tekniska utveckling. Det föreligger därmed ett behov av en heltäckande översyn av straffbestämmelsen.

Vi kommer behandla straffskalan för brottet i avsnitt 8.

7.2 Straffbestämmelsens innehåll

Före 2005 års reform var det handlande som i dag omfattas av straffbestämmelsen om utnyttjande av barn för sexuell posering straffbart som sexuellt ofredande (dåvarande 6 kap. 7 § brottsbalken, se också avsnitt 6.3.1). I den delen beskrevs brottet som *”den som förmår barnet att företa eller medverka i någon handling med sexuell innebörd”*. När straffbestämmelsen infördes 1984 gällde den endast brott begångna mot barn under 15 år men den 1 januari 1995 infördes visst skydd även för barn mellan 15 och 18 år. Genom 2005 års reform fick straffbestämmelsen en egen paragraf, 6 kap. 8 §, med följande lydelse.

Den som främjar eller utnyttjar att ett barn under femton år utför eller medverkar i sexuell posering, döms för *utnyttjande av barn för sexuell posering* till böter eller fängelse i högst två år.

Detsamma gäller den som begår en sådan gärning mot ett barn som fyllt femton men inte arton år, om poseringen är ägnad att skada barnets hälsa eller utveckling.

Är brottet grovt, döms för *grovt utnyttjande av barn för sexuell posering* till fängelse i lägst sex månader och högst sex år. Vid bedömning av om brottet är grovt skall särskilt beaktas om brottet avsett en verksamhet som bedrivits i större omfattning, medfört betydande vinning eller inneburit ett hänsynslöst utnyttjande av barnet.

Syftet med straffbestämmelsen är att skydda barn från att utnyttjas för *sexuell posering*. Skyddet mot utnyttjande av barn under 15 år är absolut. Skyddet för barn mellan 15 och 18 år förutsätter däremot att poseringen varit ägnad att skada barnets hälsa eller utveckling. Med sexuell posering avses medverkan i eller utförande av en *sexuell handling eller ohöjld exponering av sexuell innebörd*. Handlingen ska för en vuxen ha en *klar och otvetydig sexuell karaktär*, se prop. 2004/05:45 s. 146. Poseringen ska ha utförts inför minst en annan person eller inför en kamera som dokumenterat eller förmedlat bilden. Skyddet omfattar alltså såväl att gärningsmannen *beskådar* ett barn vid sexuell posering som att gärningsmannen *dokumenterar* ett barn vid sexuell posering.

För att en posering ska vara straffbar enligt bestämmelsen måste den ha en sexuell innebörd. All fotografering av nakna barn omfattas därför inte. Dock innebär alla former av utnyttjande av barn för framställning av pornografiska bilder ett utnyttjande. Sexuell posering kan ske både i en mindre, privat krets, eller på annat sätt såsom på en sexklubb.

Straffansvar föreligger vid *främjande och utnyttjande*. Med främjande avses detsamma som vid koppleri. Ett främjande vid sexuell posering kan ske på många olika sätt. Det kan röra sig om att ställa en lokal till förfogande för posering, eller att psykiskt påverka, att tvinga, instruera, förmå eller förleda barnet att utföra eller medverka i poseringen. Förarbetena (prop. 2004/05:45 s. 146) har i anslutning till uttalandet om att ställa en lokal till förfogande även uttalat att det inte krävs för straffansvar att en posering i det enskilda fallet kommit till stånd. Med utnyttjande avses att gärningsmannen drar ekonomisk vinning eller tillskansar sig andra fördelar än sådana som är rent ekonomiska. Även ageranden där gärningsmannen låter ett barn sexuellt posera inför sig eller där denne utnyttjat ett barn för framställning av

pornografisk bild omfattas av uttrycket. Detta innebär alltså att straffansvar förutsätter att gärningsmannen agerat aktivt.

7.3 Förarbeten

7.3.1 Prop. 1983/84:105

Det särskilda straffansvaret infördes 1984 i syfte att träffa andra sexuellt färgade beteenden än sådana beröringar som var straffbara enligt andra bestämmelser i 6 kap. och som kunde vara skadliga för barn. Främst avsågs sådana gärningar som innebar att barn utnyttjades som modeller för pornografiska framställningar genom att de förmåddes att företa en handling med sexuell innebörd. Regeringen menade att ett sådant agerande var klart straffvärt. Vidare ansåg regeringen att även fall när ett barn förmås till sexuell posering utan samband med att det avbildas i pornografisk bild borde vara straffbara, också i fall då barnet inte hade utsatts för vare sig tvång eller annan otillbörlig påverkan för att medverka. Tidigare hade dokumentation av barn som poserat på detta sätt endast varit straffbart om gärningsmannen hade haft uppsåt att sprida fotografierna (som barnpornografibrott). När det särskilda straffansvaret infördes tog det alltså bara sikte på ett skydd för barn under 15 år. Lagtekniskt kom bestämmelsen att införas som ett andra stycke i straffstadgandet om sexuellt ofredande.

Om rekvisiten i straffbestämmelsen var uppfyllda och brottet dessutom utgjorde barnpornografibrott ansåg regeringen att gärningsmannen skulle dömas både för sexuellt ofredande och för barnpornografibrott.

7.3.2 Prop. 1994/95:2

I denna proposition föreslog regeringen att straffansvaret utvidgades till att avse vissa gärningar mot ungdomar som hade fyllt 15 år men inte 18 år. Ett av skälen var Sveriges åtaganden enligt FN:s barnkonvention. Som vi har redogjort för i avsnitt 3.5.1 anger artikel 1 att med barn avses alla människor som inte fyllt 18 år. Enligt artikel 34 har konventionsstaterna åtagit sig att skydda barn mot alla former av sexuella övergrepp. Regeringen fann därför att det var angeläget att stärka skyddet vid utnyttjande av sexuell posering även för barn

mellan 15 och 18 år. Enligt regeringen hade den som fyllt 15 år som huvudregel ett ansvar för sina sexuella handlingar men att detta inte kan gälla fullt ut. I stället kunde det förutsättas att ungdomars medverkan i denna typ av verksamhet regelmässigt innebär ett utnyttjade och att ungdomar, som inte har samma möjlighet att överblicka de långsiktiga konsekvenserna av sitt handlande, löper en stor risk att starkt påverkas och skadas av sådan medverkan. Ett ökat skydd mot denna typ av agerande bedömdes därför vara påkallat.

Straffansvaret för ungdomar mellan 15 och 18 år utformades inte som ett absolut skydd. I stället skulle den straffas som genom tvång, förledande eller annan otillbörlig påverkan förmådde någon som fyllt 15 år men inte 18 år att företa eller medverka i en handling med sexuell innebörd, om handlingen var ett led i framställning av pornografisk bild eller utgjorde en posering i annat fall än när det var fråga om framställning av en bild. Detta innebar, till skillnad från barn under 15 år, att medverkan i posering som var frivillig inte var straffbelagd. Regeringen anförde att när man bedömde huruvida deltagandet var frivilligt skulle man beakta bl.a. barnets mognadsnivå, förhållandet till gärningsmannen och liknande omständigheter. Om betalning hade utlovats skulle det i stort sett vara omöjligt att bedöma medverkan som frivillig.

Efter ikraftträdandet av ändringen reglerades brott mot barn under 15 år i straffbestämmelsens första stycke (tillsammans med beröring av barn) medan brott mot barn mellan 15 och 18 år återfanns i andra stycket.

7.3.3 SOU 2001:14

1998 års sexualbrottskommitté föreslog att det skulle införas ett nytt brott benämnt sexuell kränkning av barn. Brottet skulle, något förenklat, motsvara sexuella ofredanden och utnyttjade av barn för sexuell posering men med en strängare straffskala. Motsvarande gärningar som riktade sig mot vuxna skulle regleras i en egen straffbestämmelse, sexuell kränkning. De fall där barn mellan 15 och 18 år utnyttjades för sexuell posering skulle hänföras till egen straffbestämmelse benämnd sexuell exploatering av ungdom (s. 232 f.).

Som framgår ovan innehöll straffbestämmelsen vid den här tidpunkten rekvisitetet ”*handling med sexuell innebörd*” (jfr i dag 6 kap.

10 § första stycket). I betänkandet anförde kommittén att äldre förarbeten inte gav någon närmare vägledning av vad som skulle rymmas inom denna term. Kommittén anförde att det skulle röra sig om en handling som utan att innefatta beröring hade en klar och för en vuxen person otvetydig sexuell prägel samt att ett typexempel på en sådan handling är att barnet utnyttjas som modell för framställning av barnpornografisk bild enligt 16 kap. 10 a §. Ett annat exempel på posering som enligt kommittén skulle omfattas var att en underårig förmås att onanera inför gärningsmannen.

I uttrycket posera skulle enligt kommittén ligga en begränsning i det att handlingen ska utföras inför en eller flera personer eller framför en kamera för dokumentation på bild. Eftersom handlingar som innefattade sexuell beröring av barnet skulle regleras i andra straffbestämmelser i 6 kap., ansåg kommittén att med posering sålunda skulle förstås handlingar som inte innefattar att barnet har någon kroppslig sexuell beröring med en annan person.

7.3.4 Prop. 2004/05:45

I denna proposition behandlade regeringen förslagen från 1998 års sexualbrottskommitté. Regeringen delade i stora delar kommitténs bedömning men valde en annan lagteknisk utformning och föreslog i stället en särskild straffbestämmelse för sexuella poseringar motsvarande den som alltjämt gäller medan ansvaret för sexuellt ofredande i övrigt inte ändrades i sak. Riksdagen följde regeringens förslag.

Det bör nämnas att reformarbetet år 2005 även syftade till att Sverige fullt ut skulle uppfylla EU:s rambeslut om bekämpande av sexuellt utnyttjande av barn och barnpornografi (2004/68/RIF).¹ Rambeslutet innebar i korthet att varje medlemsstat skulle vidta nödvändiga åtgärder för att straffbelägga bl.a. sådant avsiktligt handlande som:

- tvingade ett barn till deltagande i pornografiska framställningar, eller att dra vinning av eller på något annat sätt utnyttja ett barn för sådant ändamål (artikel 2 a) eller

¹ Rambeslut 2004/68/RIF har nu ersatts av direktiv 2011/93/EU av den 13 december 2011 om bekämpande av sexuella övergrepp mot barn, sexuell exploatering av barn och barnpornografi samt om ersättande av rådets rambeslut 2004/86/RIF. Införlivandet av direktiv 2011/93/EU har behandlats i Ds 2012:45 och senare i prop. 2012/13:194.

- att rekrytera ett barn till deltagande i pornografiska föreställningar (artikel 2 b).

Genom ändringarna utvidgades straffansvaret till att omfatta allt främjande och utnyttjande av barn under 15 år för sexuell posering medan det när det gällde barn som fyllt 15 men inte 18 år liksom tidigare föreskrevs ett mer begränsat skydd med hänsyn till att barn som fyllt 15 år hade uppnått åldern för sexuellt självbestämmande.

Barn under 15 år skulle alltså ha ett absolut skydd mot sådant handlande. Ett generellt absolut förbud mot sexuell posering när barnet hade uppnått åldern för sexuellt självbestämmande ansågs däremot medföra alltför långtgående konsekvenser (s. 99). Därför begränsades skyddet i dessa fall till ageranden som innebar att poseringen var ägnad att skada den unges hälsa eller utveckling. Regelmässigt skulle fall som innebar att poseringen skett efter våld eller hot, eller att barnet blivit vilselett eller övertalat att posera i en för barnet typiskt sett skadlig miljö som t.ex. inom sexklubbs- eller pornografi-branschen omfattas. Utnyttjande av barn för sexuell posering mot ersättning ansågs, även utan att det angavs uttryckligen i lagtexten, som ett förfarande som typiskt sett var ägnat att skada barnets hälsa eller utveckling.

Det infördes även en grov grad av brottet. Vid bedömning av om brottet var grovt skulle särskilt beaktas om det avsett en verksamhet som bedrivits i större omfattning, medfört betydande vinning eller annars inneburit ett hänsynslöst utnyttjande av barnet. Regeringen anförde i denna del att ledning i frågan kunde sökas i straffbestämelsen om koppleri.

I författningskommentaren uttalades att sedvanliga konkurrensregler ska tillämpas (s. 147). Om rekvisiten för både poseringsbrottet och barnpornografibrott var uppfyllda så skulle gärningsmannen dömas för båda dessa brott i brottskonkurrens eftersom det var fråga om brott med olika skyddsintressen.

7.3.5 Senare lagstiftningsärenden

Den utvärdering av 2005 års reform som 2008 års sexualbrottsutredning hade i uppdrag att göra omfattade i och för sig även straffansvaret för utnyttjande av barn för sexuell posering. Utredningen

bedömde att underlaget för utvärderingen i den delen var mycket begränsat men att inget talade emot att rättstillämpningen fungerade på ett tillfredsställande sätt och lämnade inga förslag till ändringar. Inte heller 2014 års sexualbrottskommitté lämnade några förslag till ändringar i sak.

7.4 Det behövs fortfarande ett särskilt poseringsbrott

Straffbestämmelsen om utnyttjande av barn för sexuell posering har utformats utifrån de förhållanden som rådde från 1980-talet till mitten av 2000-talet. Även om den har utformats generellt framstår det som att särskilt fokus i förarbetena har varit på utnyttjande av barn på sexklubbar eller annars mot ersättning. Vi har ingen uppfattning om i vilken utsträckning sådant utnyttjande av barn sker i dag. Numera har däremot straffbestämmelsen fått särskild aktualitet genom den tekniska utvecklingen och möjligheten till elektronisk kommunikation. Som vi återkommer till har den på senare år tillämpats i flera fall där gärningsmannen sökt kontakt med barn via webbkamera eller på liknande sätt.

Med våra förslag i avsnitt 5 kommer straffansvaret för våldtäkt mot barn, sexuellt utnyttjande av barn och sexuellt övergrepp mot barn att utvidgas till vissa fall där barnet utfört sexuella handlingar på sig själv i enrum, utan att gärningsmannen varit samtidigt närvarande i tid och rum. Detsamma gäller ansvaret för våldtäkt och sexuellt övergrepp. Detta kommer att medföra att en del av de fall som i dag straffas som utnyttjande av barn för sexuell posering kommer att straffas enligt strängare straffbestämmelser. Det har också genomförts andra lagändringar under senare år som berör företeelser som är näraliggande de som regleras i förevarande straffbestämmelse.

När straffansvaret för det som i dag är att bedöma som utnyttjande av barn för sexuell posering infördes, var ansvaret för barnpornografibrott mer begränsat än i dag. Numera omfattar det ansvaret i princip all befattning med barnpornografiskt material. Barnpornografibrottet täcker dock inte alla situationer som poseringsbrottet avser att träffa och dess skyddsintresse är delvis ett annat än poseringsbrottets, jfr avsnitt 6.7.4.

I avsnitt 6.7.2 har vi närmare redogjort för straffansvaret för kränkande fotografering. Ansvar för sådant brott torde kunna komma i

fråga i vissa fall när ett barn avbildas vid sexuell posering. Det ansvaret är dock begränsat till gärningar som begåtts på vissa särskilt angivna platser och under alla förhållanden krävs att fotograferingen skett i hemlighet, något som inte förutsätts vid utnyttjande av barn för sexuell posering.

Varken ansvaret för barnpornografibrott eller för kränkande fotografering ger således ett tillräckligt skydd mot sådant handlande som straffbestämmelsen om utnyttjande av barn för sexuell posering ska skydda mot.

Även ansvar för sexuellt ofredande kan emellertid komma i fråga när gärningsmannen främjat eller utnyttjat att ett barn poserar sexuellt. Sexuellt ofredande är subsidiärt till utnyttjande av barn för sexuell posering. Flertalet gärningar som är att bedöma som utnyttjande av barn för sexuell posering torde också vara straffbara som sexuellt ofredande. Det kan t.ex. antas att barnet vid sexuell posering regelmässigt företar eller medverkar i en handling med sexuell innebörd vilket, såväl enligt nuvarande lagstiftning som enligt vårt förslag, är straffbart för gärningsmannen som sexuellt ofredande om barnet är under 15 år. Det straffansvaret förutsätter emellertid att gärningsmannen förmått barnet till handlingen och träffar inte fall när barnet fyllt 15 år. För de fall barnet fyllt 15 år krävs för att det ska vara ett sexuellt ofredande att gärningsmannen genom sitt handlande ofredat barnet på ett sätt som är ägnat att kränka dess sexuella integritet. Det kan nog i och för sig hävdas att ett utnyttjande av ett barn för sexuell posering under de förhållanden som krävs för straffansvar när barnet fyllt 15 år regelmässigt är ägnat att kränka barnets sexuella integritet, men det framstår inte som givet att den bedömningen alltid gäller.

Vid 2005 års ändringar bedömdes att det fanns ett behov av en särskild reglering för utnyttjande av barn för sexuell posering, vid sidan av ansvaret för sexuellt ofredande. Någon förändring av tillämpningsområdet för sexuellt ofredande har inte skett sedan dess som skulle motivera en annan slutsats nu. Inte heller vi föreslår några sådana ändringar när det gäller sexuellt ofredande. Därvid bör också beaktas den särskilda straffskalan för grovt utnyttjande av barn för sexuell posering. Visserligen föreslår vi att en särskild straffskala för grovt sexuellt ofredande bör införas. Straffmaximum för det brottet bör dock vara lägre än det grova poseringsbrottet.

Det bör även tilläggas att straffbestämmelsen i den här delen syftar till att tillgodose kraven enligt artikel 4 i direktiv 2011/93/EU

angående att vissa handlingar som har samband med sexuell exploatering ska vara kriminaliserade.

Det anförda innebär att vi anser att det fortfarande bör finnas kvar ett särskilt straffansvar för utnyttjande av barn för sexuell posering. Frågan är därför om det nuvarande straffansvaret är ändamålsenligt utformat eller om det bör ändras.

7.5 Praxis

7.5.1 Inledande kommentarer

Praxis rörande straffbestämmelsen är relativt begränsad. Högsta domstolen har endast prövat straffbestämmelsen i ett avgörande, NJA 2011 s. 386, och då var det påföljdsfrågan som bedömdes.

I en majoritet av de orefererade hovrättsavgöranden som vi har identifierat har den tilltalade varit åtalad för ett stort antal gärningar. I många avgöranden ges straffbestämmelsen relativt lite utrymme i domskälen och det är förhållandevis ovanligt med djupare analyser av straffbestämmelsens rekvisit. Fokus i domarna ligger ofta på de sexuella handlingar som gärningsmannen utfört eller förmått målsäganden att utföra och hur dessa ska rubriceras. Eftersom den tilltalade ofta döms för andra brott, som ofta har en strängare straffskala än detta brott har, är det även svårt att dra slutsatser kring hur rätten bedömt straffvärdet för just poseringsbrottet.

Vår praxisgenomgång visar att tillämpningssvårigheterna finns kring hur begreppen ”utföra”, ”medverka” och ”sexuell posering” ska tillämpas.

Eftersom vi i avsnitt 5.10.3 har lämnat ett förslag som innebär att ageranden där gärningsmannen förmår offer att utföra sexuella handlingar (inklusive sådana som är jämförliga med samlag) på sig själv i enrum för att sedan skicka dessa filmer till gärningsmannen ska bedömas som våldtäkt eller sexuellt övergrepp (eller motsvarande brott mot barn) och inte som utnyttjande av barn för sexuell posering kommer den typen av agerande att ges mindre plats i redogörelsen nedan. Det bör dock nämnas att denna typ av ageranden har utgjort en relativt stor andel av alla fällande domar. Brotten har genomgående rubricerats som grovt utnyttjande av barn för sexuell posering.

Som kommer framgå av vår praxisgenomgång har vi inte identifierat några rättsfall från de senaste åren som rör beskådande bestående i att målsäganden och den tilltalade befunnit sig på samma plats.

7.5.2 NJA 2011 s. 386

I målet hade Högsta domstolen att pröva frågan om påföljd och främst om brottet är ett s.k. artbrott. Den tilltalade skulle även dömas för barnpornografibrott av normalgraden. Straffvärdet för den samlade brottsligheten motsvarade fängelse i sex månader.

Högsta domstolen noterade att förarbetena inte berört i vad mån brottet utnyttjande av barn för sexuell posering är att uppfatta som ett s.k. artbrott och att någon fast praxis när det gäller påföljdsvalet inte heller hade utvecklats. Enligt domstolen borde en presumtion för fängelse anses gälla vid grova utnyttjanden av barn för sexuell posering. Andra sådana brott (dvs. brott som inte är grova) ansågs i påföljdsvalshänseende normalt vara att jämställa med barnpornografibrott som inte är grova. Enligt NJA 2003 s. 307 är barnpornografibrott av normalgraden inte generellt något artbrott. Högsta domstolens slutsats var emellertid att kombinationen av straffvärdet och arten av brottsligheten medförde att det i målet förelåg en presumtion för fängelse (vilken dock bröts på grund av att den tilltalades rätt till rättegång inom skälig tid hade kränkts).

7.5.3 RH 2016:58

I detta mål hade en läkare vid ett stort antal läkarundersökningar smygfilmatiserat skolpojkar när de bl.a. blottat sina könsorgan. Den tilltalades agerande hade bestått i att han hade instruerat skolpojkar hur de skulle blotta sina könsorgan eller så hade pojkar låtit läkaren beröra deras könsorgan. Handlingarna hade utan målsägandenas vetskap dokumenterats.

Hovrätten anförde att det var irrelevant för bedömningen att målsägandena hade varit omedvetna om att de hade filmats. Därefter fastslog hovrätten att läkarens agerande, genom att *uppmåna* målsäganden att blotta sina könsorgan och i förekommande fall *beröra* eller *låta den tilltalade beröra* dem samtidigt som denne filmade detta, hade inneburit att handlingarna haft en sådan sexuell innebörd som

avses med straffbestämmelsen. Därmed hade det i samtliga fall varit fråga om sexuell posering som läkaren såväl hade främjat som utnyttjat. Mannen dömdes därför för samtliga åtalade gärningar.

I fråga om brotten skulle rubriceras som grova fann hovrätten att brotten hade utgjort ett led i en brottslig verksamhet som hade utövats såväl systematiskt som i större omfattning. Därtill hade den tilltalade i sin roll som läkare utnyttjat sin ställning och missbrukat ett särskilt förtroende. Slutligen hade målsäganden i sin roll som patienter befunnit sig i en känslig och utsatt situation vilket den tilltalade hade utnyttjat. Gärningarna var därför att bedöma som grova. Påföljden, som även innefattade grovt barnpornografibrott och sexuellt övergrepp mot barn, bestämdes till fängelse i tre år. Högsta domstolen meddelade inte prövningstillstånd.

7.5.4 Göta hovrätts dom den 5 oktober 2018 i mål nr B 2276–18

I målet var två tilltalade åtalade för brott mot flera barn. En del av målet rörde att en av de tilltalade hade filmat sovande barn som endast var klädda i trosor. Filmerna fokuserade på barnens rumpor och underliv. Den andra tilltalade hade fått del av filmerna. Med hänvisning till RH 2016:58 ansåg hovrätten att barn kunde medverka i en sexuell posering även om de hade varit omedvetna om att de hade blivit filmade. Hovrätten menade att det samma fick anses gälla för sovande barn.

Hovrätten bedömde att filmerna hade en klar och otvetydig sexuell karaktär och att målsäganden fick anses ha medverkat i en sexuell posering. Eftersom det tydligt framgick att den tilltalade som inte befann sig på samma plats som målsägandena hade uppmuntrat, uppmanat och instruerat den andra tilltalade att visa honom målsägandena och vad som skulle visas var det bevisat att de två tillsammans och i samförstånd hade främjat och utnyttjat att barnen har medverkat i sexuell posering. Båda de tilltalade dömdes för utnyttjande av barn för sexuell posering vid fyra tillfällen.

7.5.5 Svea hovrätts dom den 25 mars 2019 i mål nr B 8007–18

Även i det här målet var den tilltalade åtalad för ett stort antal gärningar riktade mot flera målsägande. Frågan i målet var om rekvisitet ”sexuell posering” är uppfyllt när en person, utan att vare sig instruera eller förmå, dokumenterar nakna barn i ett omklädningsrum.

Hovrätten menade att den tilltalade hade filmat situationer som innebar en ohöljd exponering av målsägandena och att det var uppenbart att exponeringen hade haft en sexuell innebörd för den tilltalade. Dock visade filmerna främst händelser i vardagen, bl.a. när målsägandena har duschat och bytt om i samband med idrottslektioner. Målsägandena hade aldrig medvetet poserat och hovrätten menade att de filmade situationerna stämde dåligt överens med vad man i allmänhet menar med posering. Vidare menade hovrätten att detta inte heller var en sådan situation som hade förutsatts när brottet infördes.

Inte heller när den tilltalade hade hanterat målsägandenas kroppar, till exempel när han torkade deras underliv efter ett toalettbesök och dokumenterade detta, ansåg hovrätten att agerandet överensstämde med vad man i allmänhet menar med posering. Barnen ansågs inte ha utfört eller medverkat i någon posering och den tilltalade hade inte heller instruerat dem till sådan posering. Den tilltalade friades därför från åtalen rörande utnyttjande av barn för sexuell posering men dömdes för kränkande fotografering och barnpornografibrott.²

7.5.6 Hovrätten för Västra Sveriges dom den 20 april 2019 i mål nr B 1756–19

Vi har i avsnitt 5.3.8 redogjort för denna dom där den tilltalade dömdes för ett stort antal sexualbrott. Vissa av gärningarna hade bestått i att den tilltalade förmått målsägandena att exponera sig och skicka fotografier av sexuella karaktär till honom. Dessa gärningar bedömdes som utnyttjande av barn för sexuell posering.

² Hovrätten för Nedre Norrland har i dom meddelad den 10 april 2015 i mål nr B 1449–14 kommit till samma slutsats rörande liknande fotografering som skett i smyg av lättklädda eller avklädda målsägande. Svea hovrätt kom till samma slutsats i dom meddelad den 22 oktober 2019 i mål nr B 8435–19. Det kan noteras att i båda dessa mål var domstolarna förhindrade att pröva frågan om den tilltalade skulle dömas för kränkande fotografering (i det ena målet hade gärningarna begåtts före den lagen hade trätt i kraft och i det andra målet var kränkande fotografering preskriberat.)

Andra åtalade gärningar bestod i sådant agerande som vi nämnt i avsnitt 7.5.1 ovan och som innebär att den tilltalade hade förmått målsäganden att onanera i ensamhet, filma detta och sedan skicka inspelningarna till den tilltalade. Mot bakgrund av det förslag vi har lämnat i avsnitt 5 berör vi inte ytterligare dessa åtalpunkter här.

7.5.7 Svea hovrätts dom den 26 augusti 2019 i mål nr B 7173–19

I detta mål, som lyfts i kommittédirektiven, hade den tilltalade åtalats för att ha begått flera sexuella övergrepp (grov våldtäkt mot barn och grovt sexuellt övergrepp av barn) och för att han dokumenterat dessa övergrepp (utnyttjande av barn för sexuell posering). Den tilltalade var personlig assistent åt målsäganden som hade en funktionsnedsättning som bl.a. innebar starkt begränsade möjligheter att kommunicera och agera. Mannen åtalades även för grovt barnpornografibrott. Den tilltalade dömdes för de sexuella övergreppen och barnpornografibrott men friades för utnyttjande av barn för sexuell posering.

Hovrätten menade att det krävdes någon form av eget deltagande från barnets sida för att rekvisiten *utföra* eller *medverka* skulle anses uppfyllda. Eftersom det endast var den tilltalade som vidrört målsäganden och blottat hennes könsorgan och målsäganden inte själv hade gjort något som kunde tolkas som att hon utförde eller medverkade i sexuell posering friades mannen från utnyttjande av barn för sexuell posering. Riksåklagaren överklagade domen i den delen som gällde utnyttjande av barn för sexuell posering men Högsta domstolen meddelade inte prövningstillstånd.

7.6 Reformbehovet

7.6.1 Straffbestämmelsen är i stort ändamålsenlig men vissa frågor bör övervägas särskilt

Äldre förarbeten behandlar i viss mån en annan typ av ageranden än vad som behandlas i många av de underrättsavgöranden som meddelats de senaste åren. Den grundläggande frågan aktualiseras dock i samtliga fall – nämligen om gärningsmannen främjat eller utnyttjat

att ett barn medverkar i eller utför sexuell posering för att därefter beskåda eller dokumentera denna posering.

Äldre förarbeten fokuserar särskilt på barn som blir utnyttjade på sexklubbar och som modeller för pornografiska framställningar. Vid den typen av utnyttjanden *känner offret till vad som händer och vad den förmås att medverka i*. I dessa situationer är det även uppenbart att offret deltar i en posering och att det rör sig om ett agerande som har en sexuell innebörd. Man får även förstå förarbetena som att de ageranden som var vanliga då, och som man ville bestraffa, främst avsåg ageranden där offren utförde handlingar med tydlig sexuell karaktär. Vi har inte identifierat några avgöranden där någon har åtalats för att ha utnyttjat barn för sexuell posering på en sexklubb eller liknande, dvs. fall där gärningsmannen endast har beskådat den sexuella poseringen.³

Detta innebär dock inte att behovet av straffskydd för den här typen av agerande har spelat ut sin roll. Vi menar att det fortsatt är av vikt att gärningsmän som främjar eller utnyttjar att ett barn medverkar till sexuell posering straffas för den kränkning som de utsätter barnet för oavsett om gärningsmannen beskådat eller dokumenterat detta. I dessa delar framstår dock det befintliga skyddet som ändamålsenligt.

Sedan lagstiftningen kom till har det dock blivit vanligt med fall där offret förmåtts posera framför en webbkamera efter instruktioner från den tilltalade. Även om de tekniska förutsättningarna för detta utvecklats rör det sig dock om ett agerande liknande det som lagstiftaren ursprungligen avsåg. I de fall där gärningsmannen tar del av poseringen i realtid kan det röra sig både om beskådande och dokumentation av poseringen. I andra fall, när offret förmåtts posera framför en webbkamera i enrum, har gärningsmannen inte tagit del av poseringen i realtid utan denne har fått del av dokumentation av poseringen.

Vår genomgång visar även att flera domar rör smygfotoografering av barn när de är nakna eller lättklädda och agerar på olika sätt, ibland efter instruktioner från gärningsmannen men ofta inte. I dessa fall har barnen inte utfört någon särskild posering utan de har utfört vardagliga sysslor. Vår slutsats av dessa domar är att dokumentationen kunnat ske eftersom det i dag, jämfört med när straffbestämmelsen

³ Det senaste avgörandet som vi identifierat som rör gärningar på s.k. sexklubb är Hovrätten för Västra Sveriges dom den 13 augusti 2010 i mål nr B 3011–10.

trädde ikraft, är mycket enklare att dokumentera någon utan att bli upptäckt. Till skillnad från sådant agerande som förarbetena främst behandlat har barnen inte vetat om att de dokumenterats och det har inte heller varit uppenbart att offret deltagit i posering av klar och otvetydig sexuell karaktär. Det är inte heller säkert att gärningsmannen fått barnen att utföra eller medverka till några särskilda handlingar. Denna situation har inte behandlats i förarbetena och det står inte heller på annat sätt klart att lagstiftaren menat att denna typ av agerande skulle omfattas av straffbestämmelsen.

Det föreligger således ett behov av en översyn av straffbestämmelsen i dessa delar. I denna del är det tolkningen av rekvisitet ”sexuell posering” som vållar tillämpningssvårigheter. Underrätterna har i allmänhet bedömt att den som, utan att lämna instruktioner till målsäganden, dokumenterar dem när de utför vardagliga saker inte kan dömas enligt straffbestämmelsen eftersom rekvisitet posera då inte anses uppfyllt. Som vi har redogjort för ovan kan detta agerande i stället rubriceras som sexuellt ofredande eller kränkande fotografering (beroende på hur nära målsäganden dokumentationen skett och i vilken typ av utrymme dokumentationen har skett) eller som barnpornografibrott.

Vidare finns exempel på att olika underrätter har tolkat rekvisiten ”medverka” och ”utföra” på olika sätt. Två exempel på hur rekvisitet ”medverka” har tolkats är Göta hovrätts dom i mål nr B 2276–18 och Svea hovrätts dom i mål nr B 7173–19. Göta hovrätt anförde i sin dom att rekvisitet ”medverka” var uppfyllt även om målsäganden sov och därmed förhållit sig passiv under dokumentationen. Detta ska jämföras med Svea hovrätts bedömning i mål nr B 7173–19 där rätten fann att en målsägande, som p.g.a. sin funktionsnedsättning inte kunde vidta några åtgärder, inte kunde medverka till en posering och att den tilltalade därför inte kunde dömas enligt straffbestämmelsen. Dessa två avgöranden går således emot varandra.

Det står alltså klart att det finns situationer som är näraliggande de som straffbestämmelsen är avsedd att skydda mot men som anses falla utanför straffansvaret eller där domstolarna kommit till skilda resultat. Vad det gäller är dokumentation av barn som är nakna eller lättklädda men antingen som rört sig i vardagliga situationer eller inte agerat alls. Vi kommer därför i det följande att analysera i vad mån sådana situationer kan anses eller bör omfattas av straff-

bestämmelsen och om denna i så fall behöver förtydligas eller ändras för att åstadkomma ett tillräckligt skydd.

Det bör understrykas att det föreligger ett nära samband mellan de tre rekvisiten utför, medverkar och sexuell posering och det är därför inte möjligt att helt särskilja dem. Sammantaget menar vi att dessa rekvisit måste behandlas och analyseras särskilt vilket vi kommer göra nedan.

Vid vår genomgång har vi inte uppmärksammat några motsvarande tolkningsproblem med begreppen ”främja” eller ”utnyttja” som också förekommer i straffbestämmelsen. Det kan nämnas att det krävs förhållandevis begränsat agerande från en gärningsman för att både rekvisitet främja och rekvisitet utnyttja ska vara uppfyllt. Detta beror troligtvis på att förarbeten tydligt redogör för hur begreppen bör förstås och på att begreppen är vedertagna och används på andra ställen i. Inte heller tolkningen av rekvisitet ”*om poseringen är ägnad att skada barnets hälsa eller utveckling*”, dvs. frågan om brott begångna mot offer mellan 15 och 18 år, eller kvalifikationsgrunderna för vad som särskilt ska beaktas vid bedömningen av om det är ett grovt brott synes ha vållat några tillämpningssvårigheter i underrätterna.⁴ Eftersom tolkningen av begreppet främja har visst samband med frågan om gärningsmannen har lämnat instruktioner till målsäganden som denna följt vid poseringen, kommer detta begrepp ändå att delvis behandlas nedan. I övrigt kommer vi inte att göra någon närmare analys av dessa frågor eller behandla dem särskilt nedan. Vår bedömning är att straffbestämmelsen i dessa delar är ändamålsenlig och inte behöver ändras.

7.6.2 Rekvisiten utföra, medverka och posera

Vilka ageranden omfattas av straffbestämmelsen?

Tolkning av begreppet posering

Både av förarbeten och praxis framgår det att ageranden som innebär att en person under 18 år medvetet utför eller medverkar i en sexuell posering, om övriga rekvisit är uppfyllda, omfattas av straffbestämmelsen.

Vad som dock inte framgår av förarbeten och doktrin är huruvida ageranden som är helt vardagliga, och där målsäganden inte följt

⁴ Se bl.a. Hovrätten för Västra Sveriges dom den 13 augusti 2010 i mål nr B 3011–10.

några instruktioner från gärningsmannen, kan vara straffbara enligt straffbestämmelsen. Här avser vi ageranden som innebär att målsäganden, utan att veta om det, dokumenteras eller beskådas när han eller hon är naken och t.ex. duschar eller byter om utan att för den delen förställa sin kropp sexuellt.

För att besvara den frågan måste begreppet posera analyseras. Nationalencyklopedin definierar begreppet posera som: ”*Inta en uttrycksfull men konstlad kroppsställning för att uppnå ngn (ofta estetisk) effekt*”. Svenska Akademiens ordlista anger följande: ”*inta en pose, stå eller sitta modell för (naken) fotografering; göra sig till*”. Synonymer till begreppet är inta en pose, göra sig till, agera, paradera; stå modell; uppträda som nakenmodell.

Begreppet innebär att en person har vidtagit någon åtgärd för att uppnå en effekt med sin kropp eller att personen har försatt sin kropp i viss ställning som inte kommer naturligt. Om kroppen inte, av personen själv eller av annan, placerats på ett visst sätt eller försatts i någon särskild ställning kan det inte gärna omfattas av begreppet posera. För att ett agerande ska kunna omfattas av begreppet bör i stället krävas att kroppen aktivt försatts i en position, av personen på egen hand eller efter instruktioner från annan. Det kan också innebära att en annan person försatt kroppen i en sådan position.

Sammanfattningsvis menar vi att ageranden som innebär att en person utför vardagliga sysslor, utan att försätta sin kropp i en viss posering eller utan att förställa sig på något sätt, inte omfattas av straffbestämmelsen. Som vi tidigare har nämnt har denna typ av agerande de senaste åren rubricerats som kränkande fotografering eller sexuellt ofredande.

Vår bedömning är att det kan förhålla sig annorlunda om någon har förmått barnet, genom instruktioner, att bete sig eller klä sig på ett särskilt sätt så att barnet därmed blir sexualiserat. Beroende på omständigheterna i det enskilda fallet kan en sådan gärningsman dömas för utnyttjande av barn för sexuell posering om målsäganden kan anses posera, dvs. om offrets kropp i enlighet med gärningsmannens instruktioner intar en särskild ställning som kan anses ha en sexuell innebörd. Vid dessa situationer måste en helhetsbedömning av situationen göras. Vikt måste läggas vid hur den tilltalade har agerat och om denne på något sätt påverkat (främjat) eller utnyttjat målsäganden när denne medverkat i eller utfört sexuell posering. Som förarbetena har nämnt är det tillräckligt att gärningsmannen

instruerar eller förleder barnet för att rekvisitet främja ska vara uppfyllt.

I avsnittet 7.7.2 återkommer vi till hur vi menar att dessa situationer bör bedömas och om de ska omfattas av straffbestämmelsen.

Förutsätter straffansvar att målsäganden varit aktiv vid gärningstillfället? Tolkning av begreppen utföra och medverka

Om man, mot bakgrund av vad vi har redogjort för ovan, kan konstatera att offrets kropp är i en situation som innebär en sexuell posering, är nästa fråga om straffansvar förutsätter någon typ av aktivitet eller deltagande från offrets sida eller om det är tillräckligt att offret förhåller sig helt passiv vid gärningstillfället (på grund av t.ex. sömn eller funktionshinder). För att kunna bedöma denna fråga måste begreppen utföra och medverka analyseras.

Begreppet *utföra* definieras enligt följande i Nationalencyklopedin: ”*Vara verksam med och föra till sitt slut med avs. på viss handling*” medan Svenska Akademiens ordlista anger följande: ”*fullgöra; utföra ett arbete*”. Synonymer till begreppet är genomföra, verkställa och göra.

I Nationalencyklopedin definieras medverka som ”*verka tillsammans med andra för ett gemensamt mål*”. Svenska Akademiens ordlista anger att begreppet betyder ”*bidra*”. Synonymer till begreppet är vara med, delta, bidra, hjälpa till och samverka.

Sett i ljuset av begreppens ordalydelse är det vår uppfattning att begreppen utföra och medverka inte kan anses omfatta handlingar där offret förhållit sig passiv som en följd av att hon eller han t.ex. sovit eller på grund av funktionsnedsättning inte har haft möjlighet att medverka eller utföra något. Vår bedömning är därför att straffbestämmelsen i dag endast omfattar handlingar där offret själv agerar på något sätt vid gärningstillfället.

I ljuset av att lagstiftningen i övriga delar av 6 kap. (jfr den uppräknade som finns i 1 § 2 p och som 2 § hänvisar till) syftar till ett särskilt skydd för den som inte haft möjlighet att värja sin sexuella integritet framstår enligt vår bedömning straffansvaret för utnyttjande av barn för sexuell posering därmed som väl svagt. Mot bakgrund av det starkare skydd som andra straffbestämmelser ger för de som otillbörligen har utnyttjats på grund av att de har befunnit sig i en utsatt situation menar vi att dagens utformning bör ändras så att

gärningar som begås mot passiva offer ska omfattas. Detta innebär att det inte är tillräckligt med en straffbestämmelse som endast anger ”utföra” och ”medverka”.

I avsnitt 7.7.2 återkommer till frågan hur vi menar att man ska bedöma dessa situationer framöver.

7.7 Bestämmelsens framtida utformning

7.7.1 Principer för straffansvar

Som vi tidigare har anfört föreligger det ett behov av en heltäckande översyn av straffbestämmelsen och vi har också att ta ställning till vilka principer som bör gälla för straffansvaret.

Straffansvaret tar i dag sikte på sådana utnyttjanden av barn som avser medverkan i eller utförande av en sexuell handling eller en ohöjld exponering av sexuell innebörd, och som för en vuxen person har en klar och otvetydig sexuell karaktär samt som utförs inför en eller flera personer eller framför en kamera för dokumentation på eller förmedling av bild. Det handlar alltså om att skydda barn mot medverkan i framställningar eller föreställningar av mera pornografisk innebörd. Skälet till att straffbestämmelsen utformats på det här sättet är för att den här typen av agerande regelmässigt innebär ett utnyttjande av barnet.

Skyddsintresset bakom straffbestämmelsen kan alltså inte anses vara att mera allmänt skydda barn från att beskådas eller avbildas helt eller delvis nakna. Avgörande för om straffansvar föreligger måste vara att det rör sig om sexuell posering, dvs. ett agerande som för en vuxen person har en klar och otvetydig sexuell innebörd. Straffansvar kan t.ex. föreligga om gärningsmannen förmått ett barn att ta på sig viss sorts kläder som har en sexuell prägel och sedan dokumenterat eller beskådat barnet. Motsatt behöver straffansvar inte föreligga om en person beskådat eller dokumenterat ett naket barn som inte förmåtts inta en särskild posering. Av detta följer att det är gärningsmannens sexualisering av barnet som är straffbart och att det är det agerandet som gärningsmannen antingen ska ha främjat eller utnyttjat samtidigt som denne dokumenterat eller beskådat barnet.

Som vårt uppdrag är utformat finns det inte skäl för oss att överväga ett straffansvar som sträcker sig längre än detta skyddsintresse.

Straffbestämmelsen syftar till att ge ett *absolut* skydd för barn under 15 år och till ett visst men inte lika långtgående skydd för barn som fyllt 15 men inte 18 år mot att utnyttjas för sådan sexuell posering.

Inte minst de senaste årens tekniska utveckling och digitalisering har visat hur viktigt behovet av att skydda barn från att utsättas för denna typ av övergrepp är, och att intresset av sådant skydd snarast har ökat. Skyddsbehovet har även, som vi visat ovan (avsnitt 7.6.1) förändrats något eftersom det i dag är vanligare än tidigare att offret inte känner till att de dokumenteras. Detta, och det övergripande syftet enligt 6 kap. att skydda människor från att utsättas för sexuella kränkningar, bör tjäna som utgångspunkt för våra bedömningar nedan. Skyddsintresset sätter även ramen för hur straffbestämmelsen bör tillämpas.

7.7.2 Vilka gärningar ska omfattas av straffbestämmelsen?

Förslag: Straffansvaret för utnyttjande av barn för sexuell posering ska, utöver vad som gällt, även omfatta situationer då gärningsmannen *har försatt barnet i eller utnyttjar att barnet befinner sig i en situation som innebär sexuell posering.*

För att straffansvar ska föreligga bör krävas medverkan i eller utförande av en sexuell handling eller ohöjd exponering av sexuell innebörd. Poseringen ska för en vuxen person ha en klar och otvetydig sexuell karaktär. För att avgöra om en posering är av sådan karaktär måste en bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet alltid göras. Mot bakgrund av syftet med bestämmelsen menar vi att vardagliga sysslor, som att utan instruktioner eller påverkan från gärningsmannen duscha eller byta om, som regel inte kan anses vara av sådan sexuell karaktär trots att barnet är naket eller lättklätt. Barnet har då inte sexualiserats genom gärningsmannens främjande eller utnyttjande på ett sådant sätt att dennes agerande ska vara straffbelagt. Det rör sig inte heller om en sexuell handling eller en ohöjd exponering av sexuell innebörd. Den typen av agerande faller inte inom straffbestämmelsens syfte och ska därför inte rubriceras som utnyttjande av barn för sexuell posering. Dagens lydelse överensstämmer med vårt synsätt och vi föreslår därför ingen ändring av straffbestämmelsen i den här delen.

Med detta sagt menar vi inte att agerandet att dokumentera lättklädda barn inte är klandervärt eller inte ska bestraffas. Om gärningen inte är straffbar som utnyttjande av barn för sexuell posering bör dock i stället – i förekommande fall – ansvar kunna komma i fråga för kränkande fotografering, barnpornografibrott eller sexuellt ofredande (jfr NJA 2017 s. 393).

Om man däremot har konstaterat att det rör sig om en sexuell posering som för en vuxen person har en klar och otvetydig sexuell karaktär bör det dock vara irrelevant *hur* barnets kropp försatts i den sexuella poseringen. Om barnet *intar* en sådan posering menar vi att gärningsmannen ska dömas om denne på något sätt har främjat eller utnyttjat offrets sexualiserade situation. I sådant fall bör det sakna relevans för bedömningen huruvida barnet har medverkat till att den befinner sig i en sexuell posering eller om den utför en sexuell posering. Som vi har anfört ovan är rekvisiten främja och utnyttja lågt ställda och det krävs inte mycket för att gärningsmannen ska anses uppfylla rekvisiten. Mot bakgrund av detta föreslår vi därför att första stycket får följande lydelse:

Den som främjar eller utnyttjar att ett barn under femton år utför eller medverkar i sexuell posering döms för utnyttjande av barn för sexuell posering. Detsamma gäller den som försätter barnet i eller utnyttjar att barnet befinner sig i en situation som innebär sexuell posering.

Förslaget innebär att den gärningsman som försatt ett barn i en situation som innebär sexuell posering och sedan utnyttjar situationen ska dömas för brottet även om offret av någon anledning (t.ex. sömn, berusning eller funktionsnedsättning) har förhållit sig passiv.

Vidare inträder straffansvar för den som, även om han eller hon själv inte försatt barnet i situationen, utnyttjar barnets situation exempelvis genom att dokumentera att barnet befinner sig i en situation som innebär sexuell posering eller uppmuntrar andra att beskåda barnet. Att enbart se på ett barn som befinner sig i en situation som innebär sexuell posering och inte därutöver göra något otillbörligt kan i normalfallet inte anses tillräckligt för att det ska vara fråga om ett utnyttjande.

Genom tillägget får frågan om hur barnet agerat vid gärningstillfället mindre utrymme och fokus läggs i stället på gärningsmannens agerande.

I detta sammanhang bör det tilläggas att medverkansläran omfattar även den här typen av gärningar (jfr vad vi anförde i avsnitt 5.4 gällande de olika formerna av utförande av brott). Detta innebär att t.ex. den som främjar att annan försätter ett barn i en situation som innebär sexuell posering kan dömas för brott som medgärningsman eller medhjälpare.

Eftersom andra stycket, som avser brott mot barn som fyllt 15 men inte 18 år där poseringen är ägnad att skada barnets hälsa eller utveckling, hänvisar till första stycket krävs ingen ändring av andra stycket.

7.8 Brottskonkurrens

Vi har ovan nämnt att det är vanligt att den tilltalade är åtalad både för det sexuella övergreppet⁵ och för utnyttjande av barn för sexuell posering (dvs. att övergreppet också utgör sexuell posering).

Vid vår praxisgenomgång noterade vi att underrätterna bedömt frågan om tilltalade ska dömas för både övergreppet och dokumentationen olika. I bl.a. Svea hovrätts mål nr B 8435–19 fann rätten att den tilltalade skulle dömas både för våldtäkt mot barn och utnyttjande av barn för sexuell posering. Skälet till detta var, kortfattat, att straffbestämmelsernas skyddsintressen delvis skilde sig åt.⁶ Samma hovrätt gjorde en annan bedömning i frågan i dom den 5 februari 2020 i mål nr B 12916–19. I målet dömdes en man för våldtäkt mot barn och barnpornografibrott. Åklagaren hade även gjort gällande att den tilltalade skulle dömas för utnyttjande av barn för sexuell posering för att denne dokumenterat övergreppet. Hovrätten anförde dock att brottet utnyttjande av barn för sexuell posering konsumeras av brottet våldtäkt mot barn och den tilltalade dömdes därför inte för det brottet. Riksåklagaren överklagade domen och menade att den tilltalade även skulle dömas för utnyttjande av barn för sexuell posering. Högsta domstolen meddelade inte prövningstillstånd.⁷

⁵ Med detta begrepp avses här våldtäkt, sexuellt övergrepp, våldtäkt mot barn, sexuellt utnyttjande av barn och sexuellt övergrepp mot barn.

⁶ För liknande bedömningar i fråga om brottskonkurrens se Svea hovrätts mål nr B 11734–17 och nr B 305–17 den 14 mars 2018 samt Göta hovrätts dom i mål nr B 2276–18.

⁷ För liknande bedömningar i fråga om brottskonkurrens se Hovrätten för Nedre Norrlands dom den 6 maj 2013 i mål nr B 304–12 och följande domar från Svea hovrätt; dom den 19 april 2016 i mål nr B 1238–16, dom den 20 januari 2020 i mål nr B 12924–19 och dom den 5 februari 2020 i mål nr B 12916–19.

Frågan om brottskonkurrens blir aktuell när ett händelseförlopp samtidigt uppfyller rekvisiten i fler än en straffbestämmelse. Detta är ett vanligt förhållande i mål som rör utnyttjande av barn för sexuell posering. Detta visar sig inte minst i att flera av de avgöranden som vi har tagit del av berör olika straffbestämmelser med samma händelseförlopp. Vid dessa situationer vill man undvika en dubbelbestraffning samtidigt som gärningsmannen inte bör gynnas på ett otillbörligt sätt. Det är även viktigt att enskilda tillerkänns adekvat skydd för de gärningar de har utsatts för.

Straffbestämmelsen anger inte hur frågan om brottskonkurrens ska lösas utan bedömningen får i stället utgå från förarbeten och de allmänna principer som framgår av praxis och doktrin.

Frågan om brottskonkurrens har knappt berörts i förarbetena till straffbestämmelsen. Som vi har redogjort för ovan anger både prop. 1983/84:105 och prop. 2004/05:45 att en tilltalad som är åtalad för både utnyttjande av barn för sexuell posering och barnpornografibrott ska dömas för båda brotten. Vi delar den bedömningen som också fått genomslag i praxis. När brottet kränkande fotografering infördes, ansågs att om förutsättningar förelåg att döma för såväl kränkande fotografering som sexuellt ofredande bör det, med hänsyn till bestämmelsernas delvis olika syften och tillämpningsområden, vara möjligt att döma för båda brotten i brottskonkurrens (prop. 2012/13:69 s. 41). Det saknas enligt oss anledning att göra någon annan bedömning i fråga om förhållandet mellan kränkande fotografering och utnyttjande av barn för sexuell posering.

Beträffande frågan om en person vid sidan av det sexuella övergreppet även bör dömas särskilt för utnyttjande av barn för sexuell posering har lagstiftaren endast angett att utgångspunkten är att sedvanliga konkurrensregler ska tillämpas.

Före lagändringen år 2005 utgjorde straffbestämmelsen en del av sexuellt ofredande som innehåller en subsidiaritetsklausul som anger att straffansvar enligt den straffbestämmelsen föreligger om "*den som, i annat fall än som avses förut i detta kapitel*" (vi har utvecklat innebörden av denna mening i avsnitt 6.2). Någon liknande klausul infördes inte för utnyttjande av barn för sexuell posering när den lyftes ut från straffbestämmelsen sexuellt ofredande. Det finns inte heller några uttalanden som antyder att syftet var att straffbestämmelsen skulle ha en sådan klausul. Som vi redogjort för ovan ansåg 1998 års sexualbrottskommitté att en tilltalad inte borde dömas både

för det sexuella övergreppet och för att ha dokumenterat det. Detta var dock utifrån ett förslag till lagstiftning som inte kom att genomföras. I RH 2016:58 dömdes den tilltalade för utnyttjande av barn för sexuell posering även när gärningen också innebar att han hade berört målsägandena.

Enligt vår bedömning finns det redan i dag stöd för att den tilltalade ska dömas både för det sexuella övergreppet och för utnyttjande av barn för sexuell posering. Det bör även nämnas att detta synsätt överensstämmer med viss hovrättspraxis (jfr ovan och de rättsfall vi har redogjort för där).

För att markera allvaret i de gärningar som gärningsmannen döms för menar vi att utgångspunkten bör vara att denne döms både för det sexuella övergreppet och för utnyttjande av barn för sexuell posering. I de fall gärningsmannen döms för de allvarligaste brotten – våldtäkt och grov våldtäkt (samt motsvarande brott mot barn) – bör rätten fråga sig om det är nödvändigt att döma särskilt för utnyttjande av barn för sexuell posering. Genom att gärningsmannen dömts för dessa brott – med stränga straffskalor – har allvaret i gärningarna redan beaktats på ett påtagligt sätt och den omständigheten att gärningen även utgjort utnyttjande av barn för sexuell posering får beaktas vid straffvärdebedömningen. Vi menar att det i dessa fall inte alltid är nödvändigt att döma även för poseringsbrottet men att en bedömning i det enskilda fallet alltid ska göras.

Här bör även distansbrotten och de förslag vi presenterat i avsnitt 5 lyftas. Enligt våra förslag kan även gärningar med ett uppdelat förlopp leda till straffansvar för våldtäkt och sexuellt övergrepp (samt motsvarande brott mot barn). Vår bedömning är att det i de flesta fall troligtvis inte är nödvändigt att döma särskilt för utnyttjande av barn för sexuell posering i dessa fall. Omständigheten att övergreppet har dokumenterats ska i stället – i enlighet med uttalanden i äldre förarbeten – verka straffhöjande.

Det kan visserligen sägas att den skiftande praxis som förekommer och som vi redogjort för ovan skulle kunna tala för att genom lagstiftning fastslå den framtida tillämpningen. Frågan om huruvida det bör dömas för flera brott i brottskonkurrens är dock knappast en fråga som i allmänhet bör regleras i lagstiftningen. Till skillnad från frågan om straffansvar i och för sig, är frågan inte heller av någon särskild betydelse när det gäller det straffrättsliga skyddet.

Olägenheterna med dagens oklarhet i detta avseende kan därför inte anses vara större än att frågan bör kunna få sin lösning i rättspraxis.

Vi menar därför att det inte heller i denna del föreligger något behov av lagändring.

8 Översyn av straffskalorna i 6 kap. brottsbalken

8.1 Uppdraget

Vårt uppdrag i denna del är att göra en översyn av straffskalorna för brotten i 6 kap. och lämna förslag på de förändringar som kan behövas för att dessa i tillräcklig mån ska spegla brottens allvar.

I våra direktiv har regeringen pekat på att sexualbrottslagstiftningen har förändrats vid flera tillfällen under senare år, både när det gäller straffbestämmelsernas tillämpningsområden och enskilda straffskalor, och att förändringar även gjorts för andra brott såsom de allvarliga våldsbrotten. Av det skälet finns det enligt regeringen anledning att göra en grundlig översyn av straffskalorna för sexualbrotten i syfte att säkerställa att straffsystemet uppfyller kraven på ekvivalens och proportionalitet.

I direktiven har regeringen också anfört att den förändrade och skärpta synen på sexualbrotten i samhället som kommit till uttryck i den allmänna debatten och genom riksdagens tillkännagivanden om straffskalor för sexualbrotten är ytterligare ett skäl att överväga förändringar i straffskalorna. Sålunda har riksdagen vid flera tillfällen tillkännagett för regeringen att straffskalorna för flera av sexualbrotten bör ändras och straffen skärpas så att straffskalorna bättre speglar brottens allvar.

Utöver nämnda tillkännagivanden framgår av direktiven att Europeiska kommissionen, genom en formell underrättelse, har ifrågasatt Sveriges införlivande i nationell lagstiftning av direktiv 2011/93/EU om bekämpande av sexuella övergrepp mot barn, sexuell exploatering av barn och barnpornografi samt om ersättande av rådets rambeslut 2004/68/RIF.

Slutligen anger direktiven att vi ska analysera och ta ställning till om det bör införas ett nytt brott, grovt sexuellt ofredande, och under alla förhållande lämna förslag på en sådan reglering.

Genom tilläggsdirektiv har utredningen dessutom fått i uppdrag att föreslå förändringar i straffskalan för köp av sexuell tjänst som innebär att minimistraffet höjs från böter till fängelse.

8.2 Generella utgångspunkter för övervägandena om förändringar av straffskalorna

Den grundläggande utgångspunkten för påföljdsbestämningen är brottets allvar. Straffet ska återspegla hur allvarligt det brott som den tilltalade döms för är. Ett allvarligare brott ska bestraffas strängare än ett mindre allvarligt brott (proportionalitet) och lika allvarliga brott ska bestraffas lika strängt (ekvivalens). Detta kommer, när det gäller domstolarnas straffvärdebedömning i det enskilda fallet, till uttryck i den centrala bestämmelsen om straffmätning (29 kap. 1 § första stycket). Enligt den ska straff, med beaktande av intresset av en enhetlig rättstillämpning, bestämmas inom ramen för den tillämpliga straffskalan efter brottets eller den samlade brottslighetens straffvärde.

Bestämmelserna om straffmätning och påföljdsval i 29 och 30 kap. gäller vid domstolarnas påföljdsbestämning inom ramen för de straffskalor som lagstiftaren bestämt. Principerna om proportionalitet och ekvivalens bör vara vägledande också när lagstiftaren fastställer vilka straffskalor som ska gälla för en viss brottstyp. Straffskalan ska ange hur allvarligt lagstiftaren värderat brottstypen såväl sett för sig som i förhållande till andra brottstyper. Det innebär även att lagstiftaren måste göra en bedömning av vilken fara, kränkning eller skada en brottstyp rent generellt innebär. Lagstiftaren har alltså att värdera hela brottstypens straffvärde, vilket ska komma till uttryck genom att det i straffskalan anges minimi- och maximistraffet för brottet. Detta benämns ibland för det abstrakta straffvärdet, att skilja från det konkreta straffvärde som följer av domstolarnas värdering av det enskilda brottet.

Ett flertal brott är indelade i svårhetsgrader. Om ett brott (en brottsart) är gradindelad anses varje grad utgöra en särskild brottstyp, för vilken en straffskala ska fastställas. I lagstiftningen har det i

allt högre grad kommit att anges omständigheter som särskilt ska beaktas vid bedömningen av om ett visst brott bör hänföras till en svårare grad. Sådana omständigheter tar i allmänhet sikte på brottets allvar och är alltså av sådant slag som ska beaktas vid bedömningen av straffvärdet. Av det skälet gör sig principerna om proportionalitet och ekvivalens gällande både när det gäller gränserna för hela brottsarten och när straffskalorna för de olika graderna av ett visst brott utformas.

Det följer inte omedelbart av proportionalitets- och ekvivalensprinciperna vilken straffskala ett visst brott ska tilldelas, dvs. vilket abstrakt straffvärde det kan ha. Ytterst är det ett kriminalpolitiskt ställningstagande hur allvarligt lagstiftaren ser på ett visst brott och även på dess allvar i förhållande till andra brott. Vid den bedömningen finns det även anledning att ta hänsyn till att strafflagstiftningen utgör samhällets yttersta reaktion mot enskilda. Vårt nuvarande straffsystem har också traditionellt sett präglats av en humanitetsprincip, som i korthet innebär att samhällets ingripande mot den enskilde med straff ska ske med måttlighet och försiktighet och att frihetsberövande straff i det längsta bör undvikas, alternativt göras så korta som möjligt.

Inte minst under de senaste åren har det genomförts ett antal straffskärpningar för enskilda brottstyper där lagstiftaren bedömt att tidigare straffskalor inte tillräckligt markerat brottets allvar. Av hänsyn till förtroendet för straffsystemet är det angeläget att även lagstiftaren beaktar att reaktionen vid en viss brottstyp inte blir oproportionerligt sträng (eller oproportionerligt mild) vid bestämmande av straffskalorna. Hänsyn måste dock också tas till att straffskalorna i sig är, i vart fall delvis, resultatet av tidigare kriminalpolitiska överväganden. De har också bestämts efter de förhållanden och värderingar som rådde vid tiden för deras tillkomst eller senaste lagändring. Om däremot synen på hur allvarlig en brottstyp är, i förhållande till andra brottstyper, har förändrats över tid till följd av samhällsutvecklingen, bör detta kunna beaktas som ett skäl för ändringar. De skärpningar av straffen för allvarliga våldsbrott som genomfördes 2010 och 2016 motiverades också med att de brotten utgjorde ett större hot mot enskilda än tidigare och att de måste ses som betydligt allvarligare än tidigare. Särskilt i förhållande till förnögenhetsbrotten kunde dessa brott även ses som mer klandervärda.

Det grundläggande syftet med straffsystemet är att minska brottsligheten. Avsikten är alltså att straffhotet ska verka avhållande på enskilda att begå eller återfalla i brott. Hur detta syfte påverkas måste beaktas vid överväganden om förändringar av strafflagstiftningen. I den kriminalpolitiska debatten framkommer ibland synpunkter om att skärpta straff skulle minska brottsligheten, genom att avhålla den enskilde från att begå eller återfalla i brott eller i vart fall genom att den som dömts till ett frihetsstraff inte kan begå nya brott under den tid som verkställigheten pågår. Något empiriskt stöd för att en höjd straffnivå skulle minska brottsligheten generellt finns dock inte, i vart fall inte för brottstyper där brotten väsentligen framstår som impulsstyrda. Med utgångspunkt i att straffskalorna ska återspegla brottets allvar – en utgångspunkt som vi också har att iaktta enligt våra direktiv – är det också svårt att motivera straffskärpningar med hänsyn till omständigheter hänförliga till enskilda gärningsmän.

Liksom tidigare bör alltså brottets svårhet vara det avgörande för straffnivåerna för sexualbrotten och straffskalornas utformning. Detta kommer också att vara det styrande för våra överväganden i det följande.

8.3 Straffskalor och straffvärde

Den centrala bestämmelsen om straffvärde är, som angetts tidigare, 29 kap. 1 §. Vid bedömningen av straffvärdet inom ramen för den tillämpliga straffskalan ska beaktas vilken skada, kränkning eller fara som gärningen inneburit, vad den tilltalade insett eller borde ha insett om detta samt de avsikter eller motiv som han eller hon haft. Därvid ska särskilt beaktas om gärningen inneburit ett allvarligt angrepp på någons liv eller hälsa eller trygghet till person.

Bestämmelserna om straffvärde i 29 kap. 1 § kompletteras med bestämmelser om omständigheter som, vid sidan av vad som anges för en särskild brottstyp (2 §) eller vid sidan av vad som är föreskrivet för vissa fall (3 §), ska beaktas i försvårande eller förmildrande riktning. Det är alltså genom en tillämpning av dessa bestämmelser, inom ramen för den straffskala som fastställts för brottet, som domstolen tar ställning till brottets allvar mätt i böter eller fängelse.

I de övriga bestämmelserna i 29 kap. anges andra omständigheter som vid sidan av straffvärdet ska beaktas vid straffmätningen. De bestämmelserna tar alltså inte sikte på brottets allvar men möjliggör att hänsyn tas i försvårande riktning till återfall och i förmildrande riktning till omständigheter som det inte hade varit skäligt att inte beakta, såsom t.ex. att den tilltalade till följd av brottet drabbas av andra rättsliga sanktioner. Hänsyn tas även till om den tilltalade är ung.

Påföljden bestäms med tillämpning av bestämmelserna i 30 kap. Det finns inte anledning att här närmare gå in på de bestämmelserna.

Straffskalorna för respektive brottstyp anges i de olika straffstadgandena. Det är alltså genom straffskalorna, och inte i de generella bestämmelserna om straffvärde och påföljdsval, som lagstiftaren tar ställning till brottstypens allvar, dvs. dess abstrakta straffvärde. Vid straffmätningen i det enskilda fallet finns det dock möjlighet för domstolen att gå under straffskalan för brottet om det föreligger förmildrande omständigheter som ska beaktas vid bedömningen av straffvärdet (29 kap. 3 § andra stycket) eller av skäl som inte har betydelse för straffvärdet (29 kap. 5 § andra stycket).

Också straffmätningen vid flerfaldig brottslighet, dvs. när domstolen ska bestämma ett gemensamt straff för flera brott, är ett utflöde av principerna om proportionalitet och ekvivalens. Vid flerfaldig brottslighet utvidgas straffskalan uppåt. Enligt bestämmelserna i 26 kap. 2 § får nämligen domstolen i sådant fall döma till strängare straff än det högsta straff som kan följa på något av brotten, men får dock inte överstiga vare sig de högsta straffen sammanlagda med varandra eller arton år. Beroende på vilket straff som enligt straffskalan följer på det allvarligaste brottet får straffet överstiga straffmaximum för detta med ett, två eller fyra år. Hur straffmätningen vid flerfaldig brottslighet närmare ska gå till framgår inte uttryckligen av lagtexten. Avsikten har inte varit att straffvärdet för vart och ett av brotten adderas utan att utgångspunkten i stället normalt tas i det allvarligaste brottet varefter hänsyn tas till en efter hand minskande del av straffvärdet för vart och ett av de övriga brotten. Det förekommer också i den juridiska litteraturen exempel på hur straffvärdebedömningen vid flerfaldig brottslighet bör kunna gå till, utifrån att kvotdelar av straffvärdet för den tillkommande brottsligheten läggs till straffvärdet för det allvarligaste brottet. Att en sådan asperationsprincip bör ligga till grund för straffvärdebedöm-

ningen vid flerfaldig brottslighet har stöd i förarbetena till nuvarande påföljdssystem och har också bekräftats i Högsta domstolens praxis. Högsta domstolen har dock i enskilda fall nyanserat hur bedömningen bör göras, särskilt vid seriebrottslighet. Detta är av särskild betydelse för våra överväganden, inte minst eftersom ett flertal av de avgöranden som vi redovisat i fråga om distansbrotten avser just sådan brottslighet.

I NJA 2018 s. 378 har således Högsta domstolen uttalat att systematik och planering i vissa fall kan ges betydelse på så sätt att reduktion av den samlade brottslighetens straffvärde blir något mindre än annars. Särskilda överväganden kan alltså behöva göras när den tilltalade ska dömas för ett mycket stort antal allvarliga brott med ett någorlunda likartat straffvärde. I NJA 2019 s. 238 dömdes en man för omkring 100 fall av grov våldtäkt mot barn samt annan omfattande grov sexualbrottslighet. Målsäganden var nio år gammal vid det första gärningstillfället, brottsligheten pågick sedan i fem år. Högsta domstolen ansåg att det kvalitativt försvårande – att brottsligheten hade utövats återkommande och systematiskt och genomgående hade inneburit stor hänsynslöshet – måste ges stor betydelse utöver det samlade straffvärdet hos de enskilda gärningarna i sig och bestämde påföljden till fängelse i tolv år.

Också vid återfall i särskilt allvarlig brottslighet får enligt 26 kap. 3 § dömas till strängare straff än som är föreskrivet för brottet.

8.4 Hur uppnås en ändrad straffnivå?

Eftersom brottets allvar ska komma till uttryck genom dess straffskala, är det gängse sättet att ändra straffnivån att ändra straffskalan genom att justera minimi- eller maximistraftet. I allmänhet bestäms straffen för en viss brottstyp i stor utsträckning i straffskalans nedre del. Skälet till detta torde vara att de mindre allvarliga fallen inom brottstypen är vanligare än de grövre fallen. Att ändra minimistraftet framstår därför som det mest ändamålsenliga sättet att ändra straffnivån för brottstypen som sådan. För att åstadkomma en höjd straffnivå för de allvarligare fallen inom en brottstyp är det också tänkbart att införa en grövre grad av brottet som tar sikte på dessa fall. I lagstiftningen har också i ett enskilt fall förekommit att straffskärpningar sökt åstadkommas genom att reformera de generella och på alla brottstyper

tillämpliga reglerna om straffmätning (se prop. 2009/10:147). Den senare metoden förutsätter, såvitt avser vårt uppdrag, att det finns anledning att skärpa straffen generellt för sexualbrotten, samtidigt som de enskilda straffskalorna inte i allmänhet borde ändras.

8.5 Utvecklingen av straffnivåerna för sexualbrotten

Våldtäktsbrottet har allt sedan BrB trädde i kraft 1965 varit att anse som det allvarligaste sexualbrottet. Det är också naturligt att vid bedömningen av hur straffnivåerna för sexualbrotten utvecklats ta utgångspunkt i det brottet.

För våldtäkt dömdes enligt 6 kap. 1 § i den ursprungliga lydelsen från 1965 den man som tvingade en kvinna till samlag genom våld å henne eller genom hot som innebar trängande fara. Lika med våld ansågs att försätta kvinnan i vanmakt eller annat sådant tillstånd. Straffet var fängelse i lägst två och högst tio år. Om brottet var mindre grovt dömdes i stället för våldförande till fängelse i högst fyra år. Vid övriga sexualbrott mot vuxna var straffet inte i något fall högre än fyra års fängelse, utom såvitt avsåg grovt koppleri. När det gäller sexualbrott mot barn, i den mån brottet inte var att anse som våldtäkt, föreskrevs att om någon hade ”könsligt umgänge” med barn under 15 år dömdes för otukt med barn till fängelse i högst fyra år. Om gärningsmannen hade förgripit sig särskilt hänsynslöst mot barnet eller brottet annars var att anses som grovt dömdes i stället till fängelse i lägst två och högst åtta år.

På sätt som vi redovisat i avsnitt 3 har bestämmelserna om sexualbrott ändrats på ett påtagligt sätt sedan BrB trädde i kraft. Detta kan jämföras med flertalet andra kapitel i BrB, som i flera avseenden fortfarande uppvisar betydande likheter med vad som gällde vid BrB:s tillkomst. Sålunda utvidgades genom 1984 års ändringar tillämpningsområdet för våldtäkt till att även omfatta övergrepp som innefattade sexualhandlingar jämförliga med samlag. Vidare kom våldtäktsbestämmelsen genom ändringarna att omfatta även handlingar som riktades mot män och mellan personer av samma kön. En särskild straffskala för grov våldtäkt infördes. Ändringarna innebar också att offrets handlande före övergreppet samt hennes förhållande till gärningsmannen skulle sakna betydelse vid bedömningen av om brottet var att hänföra till den lindrigare graden – våldförande. Vidare har

genom ändringar 1998, 2005 och 2013 kränkningens art och allvar, i stället för sexualhandlingen som sådan, kommit att betonas i successivt ökande utsträckning (se även avsnitt 4).

Ändringarna i våldtäktsbrottet över tid har också inneburit att kravet på de otillbörliga medel som förutsatts för straffansvar sänkts för att genom 2018 års ändringar helt avskaffas som rekvisit för straffansvar. Före reformen krävdes det våld, hot eller utnyttjande av en särskilt utsatt situation för att dömas för våldtäkt. I dag går gränsen för brottslig handling vid att det inte föreligger frivillighet. Detta innebär att om det förekommer våld eller hot så är det en försvårande omständighet som är straffvärdehöjande. 2018 års ändringar har således, liksom de tidigare ändringarna, i praktiken inneburit skärpningar av straffen för våldtäkt på så sätt att den nedre gränsen för vad som är att bedöma som våldtäkt har sänkts och att gärningar som tidigare bedömdes enligt en lindrigare straffbestämmelse numera är att bedöma som våldtäkt. På motsvarande sätt har dagens straffbestämmelse om sexuellt övergrepp genomgått stora förändringar i jämförelse med den äldre straffbestämmelsen om sexuellt tvång.

Nämnda ändringar har, som vi redovisat i avsnitt 6, inneburit att tillämpningsområdet för sexuellt ofredande har minskat eftersom fler gärningar i dag rubriceras som våldtäkt eller sexuellt övergrepp (jfr avsnitt 6.3.4). Dessa ändringar av straffbestämmelserna innebär en successiv och indirekt straffskärpning trots att straffskalorna för brotten inte har ändrats. Det bör även nämnas att det inte har skett några ändringar i mildrande riktning i 6 kap.

Även brotten mot barn under 15 år har reformerats i betydande grad, inte minst genom 2005 års ändringar när brottet våldtäkt mot barn infördes med minimistrafvet två års fängelse, i syfte att träffa alla sexuella handlingar jämförliga med samlag som någon utförde med ett barn under 15 år. Dessutom har ett särskilt straffansvar för utnyttjande av barn för sexuell posering införts (se avsnitt 7). Slutligen har även enskilda straffskalor för brott mot barn, i fall som inte varit att bedöma som våldtäkt mot barn, skärpts.

Av redovisningen framgår således att även om minimistrafvet för våldtäkt har varit detsamma sedan BrB trädde i kraft, har tillämpningsområdet för det brottet utvidgats påtagligt. Ett flertal handlingar som tidigare inte var straffbara eller var straffbelagda enligt lindrigare straffbestämmelser har kommit att hänföras till våldtäkt.

Några studier av hur straffnivåerna kommit att påverkas av att ytterligare gärningar kommit att bedömas som våldtäkt har vi inte kunnat finna, utom såvitt avser de senaste årens lagändringar.

Genom en lagändring som trädde i kraft den 1 juli 2010 skärptes straffen generellt för allvarliga våldsbrott. Ändringen bestod i att domstolarna vid straffvärdebedömningen särskilt skulle beakta om gärningen inneburit ett allvarligt angrepp på någons liv eller hälsa eller trygghet till person. Avsikten var att den bestämmelsen i regel skulle omfatta även grov våldtäkt, grov våldtäkt mot barn, våldtäkt och våldtäkt mot barn samt att även andra sexualbrott kunde omfattas. Av de utvärderingar som gjorts av den reformen (se särskilt Brå rapport 2014:6) kan man inte dra slutsatsen att den reformen fick något egentligt genomslag för straffnivåerna vid sexualbrotten.

När det däremot gäller effekterna av 2018 års ändringar har emellertid Brå, som vi kommer att återkomma till, iakttagit en i viss utsträckning höjd straffnivå för de brott som redan före reformen var att bedöma som våldtäkt.

8.6 Tillgänglig statistik och underlag

8.6.1 Brås årliga kriminalstatistik

För att kunna redovisa vilka påföljder som i dag döms ut för de olika brotten har vi tagit del av Brås officiella kriminalstatistik ”*Personer lagförda för brott*”. Brås statistik för 2020 har inte funnits tillgänglig för utredningen före tryckningen av vårt betänkande.

I denna statistik redovisar Brå de lagföringsbeslut som fattats av åklagare och domstol (med domstol avses fällande domar i tingsrätt) under ett kalenderår, dvs. fällande domslut, godkända strafförelägganden och meddelanden om åtalsunderlåtelse.

Vi har använt oss av flera av Brås tabeller. Den tabell vi främst använt oss av är ”*Tabell 420. Lagföringsbeslut efter huvudbrott och huvudpåföljd*”. Därutöver har vi bl.a. tittat på de tabeller som särskilt redogör för lagföringsbeslut mot ungdomar (15–20 år) efter huvudbrott och huvudpåföljd samt för tabeller som visar hur långa fängelsestraff som dömts ut.

I denna del redovisas statistiken i enlighet med huvudbrottsprincipen. Enligt denna princip redovisas det allvarligaste brottet, vid en jämförelse mellan brottens straffskalor. Om den tilltalade dömts

för flera brott innebär huvudbrottsprincipen att det av statistiken bara framgår vilket det allvarligaste brottet var (sett utifrån straffskalorna). Om den dömde begått flera brott och ett eller flera av dessa har samma straffskala, väljs ett av brotten slumpmässigt. Principen innebär att de brott som har lågt straffvärde och ofta begås i samband med andra brott sällan kategoriseras som huvudbrott. De brotten blir därför underrepresenterade i statistiken över domslut.

Statistiken redovisar även alla brottsformer sammantaget vilket innebär att även försök, förberedelse, anstiftan och medhjälp till brott ingår i statistiken. De utdömda strafftiderna kan antas skilja sig åt mellan fullbordade brott och andra brottsformer.¹

Dessa omständigheter kan tyckas innebära att uppgifterna i Brås statistik får mindre betydelse. Eftersom det förhåller sig på samma sätt för alla år är dock uppgifterna trots allt intressanta och jämförelse mellan de olika åren kan därför göras.

Brås lagföringsstatistik avseende ”*Domslut med påföljd fängelse*” och ”*Bötespåföljder. Årsvi*” redovisar samtliga paragrafer i brottsbalken på paragrafnivå. Eftersom en och samma paragraf kan innehålla flera brott, t.ex. 6 kap. 6 § (sexuellt övergrepp mot barn och grovt sexuellt övergrepp mot barn), redovisar Brå dessa brott sammantaget och det finns alltså ingen separat statistik för alla gradindelningar. Detsamma gäller för andra brott i kapitlet och vi kommer ange när statistiken avser flera gradindelningar. Dessa omständigheter påverkar vilka analyser, beräkningar och bedömningar som man kan göra.

Vi har tagit del av statistik från åren 2000, 2006 samt 2010–2019. Skälet till detta urval är att vi dels vill veta hur utvecklingen sett ut de senaste åren (inklusive de lagändringar som trädde i kraft den 1 juli 2013 och den 1 juli 2018), dels effekten av den stora reformen som trädde i kraft den 1 april 2005 (därav år 2000 och 2006). När vi hänvisar till Brås årliga kriminalstatistik är det dessa år vi avser. Vi återkommer till själva statistiken (dvs. den genomsnittliga utdömda påföljden per år) när vi redogör för respektive brott (jfr avsnitt 8.9 och därefter).

¹ Brå kortanalys 2015:4 ”Utdömda strafftider – en jämförelse av fullbordade brott och försöksbrott”, 3.

8.6.2 Återfall i brott

Som vi redogjort för ovan är ett skäl som ofta anförs för skärpta straff att dömda ska hindras från att begå nya brott. En relevant fråga är därför hur vanligt det är att en person som lagförts för ett sexualbrott återfaller i samma typ av brott. Det är även intressant att jämföra andelen dömda som återfaller i sexualbrott med andelen dömda som återfaller i andra brott.

Beträffande frågan om återfallsfrekvens har vi valt att använda oss av statistik från Kriminalvården. Skälet till att vi i detta avsnitt har valt att använda Kriminalvårdens statistik i stället för Brås statistik är för att det främst är återfall i kriminalvårdspåföljd som är relevant. Eftersom Kriminalvårdens statistik redogör för återfall i sådana påföljder är den statistiken mest relevant.

Kriminalvården publicerar varje år en övergripande beskrivande bild av sin verksamhet i publikationen ”*Kriminalvård och Statistik*”. Vid tidpunkten för överlämnande av vårt betänkande till tryckning hade fortfarande inte statistiken för 2020 publicerats utan vi har använt oss av den publikation som Kriminalvården publicerade i maj 2020 och som avser 2019.

En del av denna publikation redogör för hur stor andel av Kriminalvårdens klienter som återfaller i kriminalvårdspåföljd och om de återfaller i brott inom samma huvudbrottskategorier (jfr avsnitt 8.6.1 angående huvudbrottsprincipen).

Av publikationen framgår att av de klienter som avslutade en verkställighet inom frivården 2016 återföll 30 procent fram till 2019 och dömdes till en ny påföljd inom Kriminalvården. Denna siffra avser alltså samtliga klienter och inte bara de som dömts för sexualbrott. Det kan nämnas att återfallsfrekvensen generellt sett är högre för de klienter som tidigare har dömts till kriminalvårdsverkställigheter.

Kriminalvårdens statistik över återfall redogör även för hur återfallen fördelar sig för de olika brottstyperna. Högst andel med återfall har trafikbrott (55 procent), rån och tillgreppsbrott (47 procent) och narkotikabrott/smuggling (39 procent). Inom dessa huvudbrottskategorier återföll cirka hälften av klienterna i samma huvudbrott. Undantaget är klienter dömda för rån där det var vanligare med återfall i en annan huvudbrottskategori.

Lägst andel återfall var det för sexualbrottsdömda. Av de sexualbrottsdömda återföll 2 procent i kriminalvårdspåföljd för samma huvudbrott och 9 procent till annat huvudbrott.

Av statistiken följer alltså att återfallsfrekvens i sexualbrott är lägre efter sexualbrott jämfört med andra brottstyper.

8.6.3 Brottsförebyggande rådets rapport 2020:6 "Den nya samtyckeslagen i praktiken, En uppföljning av 2018 års förändringar av lagreglerna rörande våldtäkt"

Den 11 december 2018 gav regeringen i uppdrag till Brå att följa upp och analysera tillämpningen av våldtäktsbrottet efter den lagändring som trädde i kraft den 1 juli 2018. Uppdraget redovisades i Brås rapport 2020:6.

Under arbetet med rapporten analyserade Brå samtliga tingsrättsdomar från 2019 rörande fullbordad våldtäkt mot kvinnor över 15 år liksom 37 hovrättsdomar och en dom från Högsta domstolen. Domar som rörde våldtäktsförsök eller där målsäganden var en man exkluderades från undersökningen.

Den del av Brås uppdrag som är av intresse här är redovisningen av vilka konsekvenser lagändringarna beträffande våldtäkt fått för fängelsestraffets längd (avsnittet om *Straffmätningen*).

Brå konstaterar inledningsvis att påföljden i de allra flesta fall bestämdes till fängelse i två år vid våldtäktsbrott. Eftersom straffminimum för våldtäktsbrottet behölls oförändrat, trots utvidgningen av straffbestämmelsen, förväntade sig Brå att straffminimum hade reserverats för de gärningar som enbart uppfyllde frivillighetsrekvisitet. De gärningar som var straffbara före lagändringen den 1 juli 2018 borde därmed få ett högre straff än fängelse två år.

Enligt rapporten hade det genomsnittliga fängelsestraffet för våldtäkter endast ökat måttligt. Genomgången tyder på att det har utvecklats en straffpraxis där kortvariga övergrepp, framför allt sådana som består av penetration med fingrar, där offret sovit eller av annan anledning bedöms ha befunnit sig i en särskilt utsatt situation, fortfarande anses ha ett straffvärde i linje med straffminimum. Däremot anger hovrättsdomarna att längre övergrepp, speciellt om de innefattat samlag eller har tilltvingats med våld, ska ge ett straff som ligger minst tre-fyra månader över straffminimum. Av rapporten framgår det att den genomsnittliga utdömda fängelsetiden i

fällande domar för våldtäkt av normalgraden ökade från 25,4 månader år 2017 till 26,5 månader år 2019.

Brå studerade även domar där den tilltalade endast hade dömts för en våldtäkt av normalgraden och där fängelsetiden inte hade påverkats av andra faktorer som t.ex. den tilltalades ålder. År 2017 identifierades 54 sådana domar, den genomsnittliga fängelsetiden uppgick då till 26 månader. För år 2019 identifierades 46 sådana domar och den genomsnittliga fängelsetiden uppgick då till 27,9 månader. Brå menade därmed att lagändringarna år 2018 hade resulterat i att de utdömda straffen för gärningar som var straffbara som våldtäkt före lagändringen nu blivit närmare två månader längre i de våldtäktsfall som var straffbara redan före lagändringen. För mindre grov våldtäkt uppgick straffmättningsvärdet vanligtvis till ett år.

För brottet våldtäkt har vi alltså ett utökat underlag jämfört med övriga brott eftersom fler parametrar har beaktats i rapporten jämfört med den årliga kriminalstatistiken. Rapporten innebär även att vi har underlag rörande brottet mindre grov våldtäkt för år 2019 men alltså inte något underlag för övriga år.

8.6.4 Brottsförebyggande rådets kortanalys 2015:4 "Utdömda strafftider – en jämförelse av fullbordade brott och försöksbrott"

Som vi har nämnt redogör Brå officiella kriminalstatistik för alla brottsformer. Syftet med denna kortanalys var att kartlägga de genomsnittliga utdömda strafftiderna i tingsrätt för nio utvalda brottskategorier under perioden 2000–2013, uppdelat på fullbordade brott och i första hand försök till brott. De för utredningen relevanta frågorna var i vilken mån de genomsnittliga utdömda strafftiderna mellan fullbordade brott och försöksbrott skilde sig och hur strafftiderna för fullbordade brott förhöll sig till de strafftider som redovisas i kriminalstatistikens sammantagna mått. Två av de studerade brotten var våldtäkt och våldtäkt mot barn.

I studien gick Brå igenom samtliga tingsrättsdomar under åren 2000–2013 som innebar att den tilltalade hade dömts till fängelse. I de utvalda domarna hade den tilltalade endast dömts för det aktuella brottet (dvs. våldtäkt eller våldtäkt mot barn). Den genomsnittliga strafftiden vid fullbordad våldtäkt varierade enligt analysen mellan 22,0 och 28,3 månader. En viss minskning i de genomsnittligt utdömda

strafftiderna kunde iakttas efter 2005. Strafftiderna för våldtäkt mot barn var i genomsnitt 26,0 månader från det att den särskilda brottsrubriceringen infördes 2005 och fram till 2013.

För grov våldtäkt var motsvarande siffra mellan 37,5 och 69 månaders fängelse. Underlaget för grov våldtäkt mot barn var endast elva domar och strafftiderna i dessa domar varierade mellan 44 och 96 månaders fängelse. I de flesta fallen låg strafftiderna för grov våldtäkt mot barn högre än för övriga grova våldtäkter. Precis som för våldtäkt av normalgraden noterades en minskning i utdömda strafftider för grova brott från 2005 och framåtvarierade.

8.6.5 Brottsförebyggande rådets rapport 2014:6 "Skärpta straff för allvarliga våldsbrott – Utvärdering av 2010 års straffmättningsreform"

Våren 2012 gav regeringen i uppdrag till Brå att utvärdera den straffmättningsreform som trätt i kraft år 2010 (jfr avsnitt 8.5). Uppdraget redovisades i mars 2014. Syftet med rapporten var att utreda om straffnivåerna för allvarliga våldsbrott hade skärpts, om spännvidden vid straffvärdebedömningen hade ökat och om återfallsskärpningen hade fått en mätbar effekt.

Enligt rapporten var det svårt att ge något klart besked huruvida reformen hade haft någon effekt på utdömda straff för sexualbrott eller inte. Skälet till det var att den ändring som genomfördes i sexualbrottslagstiftningen år 2005 gjorde att jämförelsematerialet blev relativt begränsat. Sammantaget menade Brå att det gick att iakttä en statistiskt säkerställd nedgång i strafflängd efter reformen 2010 jämfört med tiden före. De kortare straffen sattes dock i samband med den utvidgning av våldtäktsbestämmelsen som gjordes år 2005. De närmare effekterna av straffmättningsreformen för just våldtäktsbrottet föreföll inte ha blivit särskilt stort.

8.7 Riksdagens tillkännagivanden

Riksdagen har, som tidigare nämnts, vid ett flertal tillfällen tillkännagett för regeringen att straffskalorna för ett antal sexualbrott bör skärpas.

Beträffande *våldtäkt* har riksdagen tillkännagett att minimistraf-fet för våldtäkt av normalgraden ska höjas från fängelse i två år till fängelse i tre år (bet. 2017/18:JuU29 punkt 4, rskr. 2017/18:302, bet. 2018/19:JuU11 punkt 13, rskr. 2018/19:181 och bet. 2019/20:JuU26, punkt 9, rskr. 2019/20:258).²

Vidare har riksdagen när det gäller *sexuellt övergrepp* tillkännagett att minimistraf-fet bör höjas från fängelse i 14 dagar till fängelse i minst sex månader (bet. 2018/19:JuU11 punkt 14, rskr. 2018/19:181).

Dessutom har riksdagen tillkännagett att straffskalan för *köp av sexuell handling av barn* (som efter ändringar den 1 januari 2020 benämns *utnyttjande av barn för köp av sexuell handling*) bör skärpas dels genom att minimistraf-fet höjs från böter till fängelse i sex månader, dels genom att maximistraf-fet höjs från fängelse i två år till fängelse i fyra år (bet. 2017/18:JuU29 punkt 8, rskr. 2017/18:302). Detta tillkännagivande har delvis tillgodosetts genom en ändring den 1 januari 2020, då straffminimum höjdes från böter till fängelse-minimum och straffmaximum höjdes till fyra års fängelse.

Slutligen kan det nämnas att riksdagen även har gjort tillkännagivanden rörande *grovt sexuellt ofredande*, jfr avsnitt 8.14.2 nedan.

8.8 Behovet av ändringar i straffskalorna

8.8.1 Inledande överväganden

Såvitt gäller brottet köp av sexuell tjänst är uppdraget att utmönstra böter ur straffskalan. Uppdraget är för övriga brott inte utformat så att vi har ålagts att föreslå straffskärpningar eller andra ändringar i straffskalorna oberoende av vad våra bedömningar i övrigt ger anledning till. Vi är följaktligen inte heller bundna av riksdagens tillkännagivanden som riktar sig till regeringen, dock att dessa – såsom direktiven får förstås – i sig ger uttryck för en skärpt syn på sexualbrotten.

I det följande kommer vi därför att pröva i vad mån synen på sexualbrotten har skärpts och i så fall om detta motiverar ändringar på ett mer övergripande plan. I anslutning till detta kommer vi även att överväga om hänsynen till principerna om proportionalitet och

² Tillkännagivandet i bet. 2019/20:JuU26 lämnades efter att regeringen beslutat om kommittédirektiven varför detta tillkännagivande inte redovisas i kommittédirektivet.

ekvivalens innebär att straffskalorna för sexualbrotten i allmänhet, eller för enskilda brott, bör förändras.

Även om vårt uppdrag inte är formulerat så att det, förutom för ett enskilt brott, förutsätter att vi föreslår några straffskärpningar, står det emellertid klart att det finns ett starkt parlamentariskt stöd för att straffen för i vart fall enskilda sexualbrott bör skärpas. Särskilt tydligt är detta vid våldtäkt. Vi kan därför inte underlåta att också ta ställning till om det av andra skäl än de ovan nämnda finns anledning att överväga straffskärpningar och även i övrigt hur vi bör förhålla oss till riksdagens tillkännagivanden. Det måste dock redan här nämnas att det inte, som vårt uppdrag är formulerat, ankommer på oss att göra några kriminalpolitiska ställningstaganden i fråga om ingripandenivåerna för sexualbrotten.

8.8.2 Synen på sexualbrotten har skärpts

Sexualbrotten har under lång tid varit utformade för att skydda den enskildes sexuella integritet. Det var dock först när BrB trädde i kraft 1965 som sexualbrott i allmänhet kom att betraktas som brott mot person.

Utgångspunkten vid sexualbrotten är i dag att varje människa i varje situation har rätt att bestämma över sin egen kropp och sexualitet och att dennes önskan att inte ha samlag eller annat sexuellt umgänge ovillkorligen ska respekteras. Grundtanken bakom sexualbrotten är alltså varje människas ovillkorliga rätt till sexuellt självbestämmande. Även om skyddet för den sexuella integriteten varit vägledande vid utformningen av lagstiftningen sedan lång tid tillbaka, är det dock uppenbart att den närmare synen på det skyddsvärda förändrats påtagligt över tid. Det var t.ex. först vid BrB:s tillkomst som tilltvingat samlag inom äktenskapet kriminaliserades. Och homosexuella övergrepp, likaså övergrepp av en kvinna mot en man, hänfördes även efter BrB:s tillkomst utan några särskilda principiella överväganden under straffbestämmelser med en påtagligt mildare straffskala. Först 1984 blev bestämmelsen om våldtäkt tillämplig även på handlingar som riktades mot män och mellan personer av samma kön. Av motiveringarna till de omfattande ändringar som gjordes då går det dock inte att utläsa annat än att bedömningen av gärningens allvar väsentligen var beroende av vilken sexualhand-

ling det varit fråga om. Det framstår som att det varit först under de senaste dryga 20 åren som det särskilt integritetskränkande i att utsättas för ofrivilliga sexuella handlingar lyfts fram i lagstiftningen.

Det är ofrånkomligt att lagstiftningen präglas av de värderingar som gällde när den kom till, värderingar som kan ändras över tid. En förändrad syn måste också få genomslag i lagstiftningen. Det finns visserligen ett värde i att lagstiftningen, inte minst på straffrättens område, utformas så att den ska kunna stå sig under en längre tid och att försiktighet bör vara påkallad mot ändringar som inte föranleds av tillräckligt starka skäl. Som regering och riksdag tidigare konstaterat kan dock synen på hur allvarlig en brottstyp är förändras över tid till följd av samhällsutvecklingen. När synen har förändrats mera varaktigt och inte kan få eller inte ges ett tillräckligt genomslag inom ramen för gällande lagstiftning om hur domstolarna ska bestämma straff måste lagstiftningen ändras (prop. 2009/10:147 och bet. 2009/10:JuU32). I det lagstiftningsärendet konstaterade lagstiftaren att synen på allvarliga angrepp på person, särskilt i form av de allvarliga våldsbrotten, hade förändrats varaktigt i jämförelse med synen på exempelvis förmögenhetsbrotten.

De slutsatser som lagstiftaren gjorde i 2010 års lagstiftningsärende om de allvarliga våldsbrotten framstår som giltiga även i fråga om sexualbrotten. Till det kommer att det är uppenbart att toleransen mot sexuella övergrepp har minskat och att rätten att själv bestämma över sin egen kropp och sexualitet har betonats.

Enligt utredningen står det således klart att synen på sexuella övergrepp och andra former av sexuella kränkningar har skärpts påtagligt.

8.8.3 Den skärpta synen har också fått genomslag i lagstiftningen

För att den skärpta synen på sexuella kränkningar ska beaktas som ett skäl för skärpningar av lagstiftningen måste emellertid krävas att den inte redan har fått ett tillräckligt genomslag inom ramen för lagstiftningen.

Som vi tidigare redovisat har minimistraffet för våldtäkt varit oförändrat – två års fängelse – sedan BrB:s tillkomst. Som vi också redovisat har beskrivningen av vad som straffrättsligt utgör våldtäkt utvidgats i betydande utsträckning sedan dess utan att straffminimum har ändrats. 1977 års sexualbrottskommitté hade, med hänsyn

till att våldtäktsbrottet utvidgades och bestämmelsen gjordes könsneutral, föreslagit att straffminimum skulle sänkas till ett år. Det förslaget genomfördes dock inte. Visserligen har regeringen i samband med senare ändringar som utvidgat våldtäktsbrottet pekat på möjligheten att tillämpa den lindrigare straffskalan för mindre grovt brott. Avsikten har varit att brott som uppfyller rekvisiten för våldtäkt som utgångspunkt bör bedömas som brott som inte är mindre grovt. Regeringen har i och för sig gjort uttalanden i prop. 2017/18:177 som antyder att tillämpningen av den lindrigare straffskalan borde kunna ske i något större utsträckning. Detta synes dock framför allt ta sikte på de fall som tidigare bedömdes som utnyttjande av person i beroendeställning och torde inte ha inneburit att de andra situationer som genom 2018 års ändringar är att bedöma som våldtäkt i någon nämnvärd utsträckning bedöms som mindre grovt brott. Här bör det påpekas att det ännu inte finns något avgörande från högsta instans som bekräftar denna slutsats. Redan den omständigheten att vissa sexualbrott som tidigare bedömdes som sexuellt ofredande numera utgör våldtäktsbrott innebär i sig en påtaglig repressionshöjning.

Också när det gäller brotten mot barn har lagstiftningen skärpts påtagligt. Inte minst gäller det de ändringar som genomfördes 2005 när brottet våldtäkt mot barn infördes. De ändringarna innebar bl.a. att vissa slags handlanden som tidigare bestraffades som brott med ett minimistraff på sex månaders fängelse i stället bedöms som våldtäkt mot barn med minimistraffet två års fängelse. I fråga om brotten mot barn har också andra straffskärpningar genomförts, såsom 2013 års ändring när minimistraffet för grovt sexuellt övergrepp mot barn höjdes från fängelse i sex månader till fängelse i ett år.

Sammantaget står det enligt vår bedömning klart att samtidigt som synen på sexuella övergrepp skärpts, har också lagstiftningen skärpts på ett påtagligt sätt. Visserligen har regeringen i direktiven pekat på den skärpta syn som kommer till uttryck i den allmänna debatten och genom riksdagens tillkännagivanden som ett skäl för översyn. Vi kan också konstatera att frågan om utdömda straff för sexualbrott har diskuterats flitigt både i traditionella medier och på sociala medier de senaste åren. Även om sådana diskussioner inte sällan utgår från felaktiga förutsättningar när det gäller omständigheterna i målen ger de dock ett visst stöd för att allmänhetens syn på hur straffskalorna för dessa brott borde vara utformade kan skilja sig från hur lagstiftningen ser ut i dag. Å andra sidan förekommer också

synpunkter som kan ge stöd för att straffen för åtminstone vissa gärningar som är att bedöma som våldtäkt framstår som höga. Tidigare undersökningar i fråga om allmänhetens syn på straffmätning i fallstudier ger stöd för att uppfattningarna om på vilken nivå som domstolarna värderar allvaret i enskilda brott på underskattas (se t.ex. Jerre & Tham, Svenskarnas syn på straff, 2010). Av undersökningen, som alltså genomfördes för drygt tio år sen men som ändå är den som är mest adekvat för utredningen, framgår bl.a. att allmänheten tror att domstolarna dömer ut mildare straff än vad de gör. Allmänhetens uppfattning rörande påföljden för våldtäkt låg på samma eller liknande straffnivåer som domstolarnas. Studien talar alltså inte för att straffet för våldtäkt som inte är mindre grov är för lågt i relation till det allmänna rättsmedvetandet.

Det kan inte heller bortses från att diskussioner om straff i ett enskilt fall inte sällan beror på att domstolarna haft att beakta omständigheter vid sidan av straffvärdet, såsom hänsyn till gärningsmannens ungdom eller förordnanden om utvisning.

Om glappet mellan allmänhetens rättsmedvetande och lagen är alltför stort kan det i och för sig leda till att allmänhetens förtroende för lagen och rättsskipningen minskar. Med de bedömningar vi gjort i det föregående kan vi emellertid inte komma till annan slutsats än att den skärpta synen på sexualbrott i samhället på ett övergripande plan fått genomslag i lagstiftningen och rättstillämpningen. En allmän repressionshöjning för sexualbrotten utifrån en skärpt syn på sexualbrotten skulle därför förutsätta sådana kriminalpolitiska överväganden som vi inte har i uppdrag att göra.

Vi har inte heller fått några tydliga indikationer på att företrädare för de organisationer som är verksamma på området ser straffskärpningar som det som efterfrågas. Frivilligorganisationen Fatta har gett in ett yttrande till utredningen. Av detta yttrande framgår det att Fatta inte anser att straffen för sexualbrotten ska skärpas och att organisationen därför avstyrker en straffskärpning. Fatta har i stället pekat på domstolarnas möjlighet att i högre grad utnyttja de befintliga straffskalorna.

Det finns därför enligt vår bedömning inte anledning för oss att av dessa skäl föreslå någon allmän repressionshöjning för sexualbrotten. Detta utesluter dock inte att enskilda straffskalor kan behöva ses över för att dessa inte fullt ut motsvarar den skärpta synen på sexualbrott.

8.8.4 Betydelsen av att straffnivåerna förändrats för andra brottstyper

Vi menar alltså att den generellt skärpta synen på sexualbrott har fått genomslag i lagstiftningen. Trots detta måste vi beakta att det för ett flertal andra brottstyper har genomförts lagstiftningsåtgärder under senare år i syfte att skärpa straffen för dessa. Detta har också påpekats i våra direktiv. Närmare bestämt handlar det om att ta ställning till om huruvida straffskärpningar för andra slags brott bör påverka straffnivån även för sexualbrotten.

Inom vissa områden har det genomförts mycket kraftiga straffskärpningar under det senaste tiotalet år. Ett särskilt tydligt exempel är straffen för grovt vapenbrott. Straffminimum för brottet har höjts i omgångar sedan 2014 från sex månaders till två års fängelse. Därtill har en synnerligen grov grad av brottet införts. Den uppenbart strängare synen på allvarigare fall av vapenbrott som lagstiftaren anlagt innebär dock inte att straffen av ekvivalensskäl måste skärpas för allvarliga brott i allmänhet.

Vad som däremot är av särskilt intresse är de straffskärpningar som genomförts när det gäller allvarliga våldsbrott. Reformen 2010 syftade till en skärpt syn på alla allvarliga våldsbrott, dvs. brott där gärningen har bestått i uppsåtlig allvarligare våldsanvändning, uppsåtligt allvarligare hot eller med sådant våld eller hot jämförbart handlande, direkt riktat mot en annan person. Den reformen innebar dels en generell reglering som syftade till en höjd straffnivå för alla allvarliga våldsbrott, dels ändringar i vissa enskilda straffskalor varvid även infördes en synnerligen grov grad av misshandel.

Förutom att brott mot liv och allvarligare fall av brott mot hälsa, frihet och frid skulle omfattas av den generella skärpningen uttalade den dåvarande regeringen att även t.ex. våldtäktsbrotten i regel omfattades (prop. 2009/10:147 s. 41). I prop. 2016/17:108 bedömde regeringen sedan att reformen hade haft viss effekt på så sätt att den lett till i varierande grad höjda straffnivåer för allvarliga fall av misshandel samt för mord och dråp men att det när det gällde övriga allvarliga våldsbrott var svårt att dra några säkra slutsatser i den vägen. Det var således inte visat att reformen hade lett till den generella höjning av straffen för allvarliga våldsbrott som eftersträvades (a. prop. s. 26). Som vi redan redovisat hade Brå dessförinnan, i rapport 2014:6, anfört att det var svårt att ge något klart besked huru-

vida reformen hade haft någon effekt på utdömda straff för sexualbrott eller inte.

Genom de ändringar som trädde i kraft den 1 juli 2017 ändrades straffskalorna för ett antal enskilda brott. Således höjdes minimistraffet för grov misshandel och grov utpressning från ett till ett och ett halvt års fängelse, för synnerligen grov misshandel och grovt rån från fyra till fem års fängelse och för grovt olaga tvång och grovt olaga hot från sex till nio månaders fängelse. Också straffskalorna för brott mot lagen (1982:316) med förbud mot könsstympling av kvinnor (könsstymplingslagen) skärptes. I fråga om sexualbrotten uttalade regeringen emellertid att de var föremål för översyn i särskild ordning till följd av förslagen från 2014 års sexualbrottskommitté och dessutom hade reviderats både 2005 och 2013 varvid tillämpningsområdet för våldtäkt vidgats, vilket i sig var att se som en straffskärpning. Några förslag till ändringar såvitt avsåg sexualbrotten lämnades inte. Ändringarna 2018 innebar däremot, förutom att tillämpningsområdet för våldtäkt vidgades ytterligare, att minimistraffet för grov våldtäkt och grov våldtäkt mot barn skärptes från fyra till fem års fängelse.

Medan straffen för bl.a. grov misshandel och brott mot könsstymplingslagen skärpts har alltså straffskalorna för sexualbrotten inte ändrats på motsvarande sätt utom när det gäller grov våldtäkt och grov våldtäkt mot barn. Vid en första anblick skulle detta kunna tala för en straffskärpning för i vart fall vissa av de allvarigare sexualbrotten eftersom det relativa förhållandet mellan de allvarigare misshandelsbrotten och de allvarigare sexualbrotten ändrats något. Varje sådan ändring kan dock inte anses förutsätta ändringar i andra straffskalor av ekvivalensskäl; i annat fall skulle varje ändring i en straffskala förutsätta ändringar i flertalet andra straffskalor. För att ekvivalensskäl bör leda till ändringar för sexualbrotten måste därför krävas att lagstiftningen i övrigt ändrats så att dessa inte längre, i förhållande till särskilt de allvarigare misshandelsfallen, kan anses bestraffas tillräckligt strängt. Straffskalorna för sexualbrotten är i allmänhet stränga i jämförelse med misshandelsbrotten, även efter de senaste ändringarna för allvarliga våldsbrott. Till detta kommer att med våra förslag som särskilt berör distansbrotten kommer tillämpningsområdet för våldtäkt, våldtäkt mot barn, sexuellt övergrepp och sexuellt övergrepp mot barn att vidgas ytterligare. Minimistraffet för våldtäkt och våldtäkt mot barn är samma som minimistraffet för brott mot könsstymplingslagen som inte är mindre grovt. Straffminimum

för dessa brott är sex månader högre än minimistrafvet för grov misshandel. Därtill motsvarar minimistrafvet för grov våldtäkt och grov våldtäkt mot barn minimistrafvet för synnerligen grov misshandel och grovt brott mot könsstymningslagen.

Vi anser därför att det står klart att hänsynen till principen om ekvivalens inte motiverar en skärpning av straffen för våldtäktsbrotten. Inte heller leder en jämförelse med straffen för våldsbrott i övrigt till slutsatsen att straffen för sexualbrott i övrigt måste skärpas.

I likhet med vad vi anført i det föregående utesluter detta dock inte att enskilda straffskalor ändå kan behöva ses över.

8.8.5 Motiverar andra hänsyn skärpningar av straffskalorna för sexualbrotten?

Som vi redan varit inne på är ett skäl som ibland anføres för skärpta straff att sådana skulle minska brottsligheten. Detta tankesätt bygger på att stränga straff skulle verka avskräckande på folk i allmänhet och att det skulle leda till att de inte begår brott eller på den enskilde, som dömts för brott, så att denne inte återfaller.

Skärpta straff skulle teoretiskt kunna bidra till minskad brottslighet genom att människor under ett hot om strängare straff i högre utsträckning skulle avhålla sig från att begå brott. Det finns dock inte något empiriskt stöd för att generellt skärpta straff skulle medföra minskad brottslighet. Detta gäller i synnerhet för sådana brott som ofta begås impulsivt och där alkohol eller droger ofta är inblandade, något som i betydande utsträckning är fallet vid sexualbrotten. Det kan inte antas att fler personer skulle avstå från att begå ett våldtäktsbrott än i dag, om straffnivån skulle höjas.

Det finns inte heller några belegg för att längre eller mer ingripande fängelsestraff mer allmänt leder till att avhålla den som frigives från ett sådant straff från fortsatt brottslighet efter frigivningen. Visserligen kan hävdas att ju längre fängelsestraff som döms ut, desto större möjligheter finns att inom ramen för den kontroll som anstaltsvistelsen innebär få till stånd insatser och påverkan som motverkar kriminella attityder och stärker den enskildes förutsättningar till ett liv utan återfall i brott efter frigivningen. Någon evidens för att så skulle vara fallet generellt har vi dock inte kunnat finna. Snarare kan verkställigheten av straffet för fängelsedömda påverka den enskilde i

helt olika riktningar beroende på bl.a. ålder, utbildning, social situation, psykisk hälsa och missbruk. Dessutom är fängelsestraffen för sexualbrott redan i dag i allmänhet långa även med beaktande av nuvarande bestämmelser om villkorlig frigivning. De problem som ibland uppmärksammas som rör svårigheterna att sätta in relevanta behandlingsåtgärder för den som döms till kortare fängelsestraff torde därför inte gälla i vart fall de som dömts för våldtäkt eller våldtäkt mot barn.

Kriminalvårdens statistik över återfall visar att återfallsfrekvensen efter lagföring för sexualbrott är lägre än för de som tidigare har dömts för exempelvis narkotikabrott och tillgreppsbrott. Detta gäller vid återfall i sexualbrott såväl som i annan brottslighet. Även om det inte av tillgänglig statistik går att dra några slutsatser i fråga om skälen för den lägre återfallsfrekvensen framstår skillnaderna som så påtagliga att de ger stöd för att sexualbrottsdömda i lägre utsträckning än andra dömda återfaller i brott. En förhöjd straffnivå bör alltså inte motiveras med att den skulle kunna leda till minskad brottslighet genom att de strängare straffen skulle verka avskräckande.

Detta för oss över till en aspekt som inte sällan förts fram i debatten som skäl för längre fängelsestraff, nämligen att den som verkställer ett fängelsestraff har mindre möjligheter än andra att begå brott. Detta benämns som fängelsestraffets inkapaciteringseffekt.

Inom ramen för det övergripande målet med kriminalpolitiken, att minska risken för brottslighet och att öka människors trygghet, är det angeläget att när brott begåtts vidta nödvändiga åtgärder för att förhindra att den dömda återfaller i brott. I synnerhet måste det gälla att motverka att den som begått ett allvarligt brott återfaller efter frigivning.

Åtskilliga som döms för våldtäkt eller våldtäkt mot barn riskerar inte att återfalla i brott. Utan att förringa brottet står det klart att sådana brott i många fall har begåtts av personer som inte i övrigt har några påtagliga kriminella attityder eller uppvisar några tydliga riskfaktorer för återfall i brott. Att återfallsfrekvensen är lägre för sexualbrottsdömda än för de som dömts för vissa andra brott innebär dock inte att återfallsrisken inte är beaktansvärd. I praxis finns dessvärre flera exempel på tidigare sexualbrottsdömda som – ibland upprepat – begår nya allvarliga sexualbrott efter frigivningen. Vi har noterat sådana fall vid vår praxisgenomgång avseende distansbrotten, när det gäller kontakter på elektronisk väg för att utnyttja barn

sexuellt. Vi har också sett en del fall där den som dömts för våldtäkter, ibland överfallsvåldtäkter, efter frigivning begår sådana brott igen.

I vad mån påföljdssystemet bör användas för att hindra enskilda från att begå brott är en grannlaga fråga. Interneringspåföljden, som innebar en möjlighet till långvarigt tidsobestämt frihetsberövande för att förebygga fortsatt allvarlig brottslighet, avskaffades 1981 (se prop. 1980/81:76). Prövning av återfallsrisken som förutsättning för att verkställigheten ska upphöra sker i dag endast i de fall frågan om ett sedan tidigare utdömt livstids fängelsestraff ska omvandlas till ett tidsbestämt fängelsestraff (se lagen [2006:45] om omvandling av fängelse på livstid) eller om påföljden bestämts till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Flera förslag har lagts under årens lopp som berört samhällsskyddsaspekten vid domstolens prövning av ansvar för brott (se särskilt Psykansvarskommitténs förslag i SOU 2002:3 och Psykiatrilagsutredningens förslag i SOU 2012:17). Dessa förslag har dock inte genomförts. En generell svårighet har varit att finna en godtagbar balans mellan samhällets berättigade intresse av att skyddas mot att enskilda individer upprepat återfaller i allvarlig brottslighet och det faktum att alla riskbedömningar är förenade med en påtaglig osäkerhet vad gäller att predicera återfall. Inom ramen för vårt uppdrag finns inte förutsättningar att överväga särskilda reaktioner vid sidan av de som finns i dag för den som upprepat återfallit i sexualbrott.

Att förhindra återfall i brott är i sig ett väsentligt samhällsintresse. Det intresset framstår som särskilt väsentligt när det gäller att hindra att den som dömts för exempelvis allvarliga sexualbrott upprepat återfaller i sådan brottslighet. Detta intresse kan dock inte i sig motivera en generell skärpning av straffen för sexualbrott, vilket dessutom inte innebär mer än att sluttiden för verkställigheten skjuts framåt. Visserligen begränsas förutsättningarna att begå brott under den tid som den dömda är intagen i kriminalvårdsanstalt. Straffet för sexualbrotten måste dock, liksom för andra slags brott, bestämmas utifrån hur allvarligt brottet är. Om lagstiftaren önskar att samhällsskyddsaspekten ska tillmätas större betydelse än i dag vid påföljdsbestämningen borde därför enligt vår uppfattning andra åtgärder övervägas än generella straffskärpningar för en viss brottstyp.

Ett särskilt skäl att överväga ändringar i en straffskala vore om detta är nödvändigt för att Sverige ska anses ha införlivat relevanta

EU-instrument på ett riktigt sätt. I förekommande fall återkommer vi till detta.

8.8.6 Den parlamentariska aspekten

Utredningens uppdrag är att utifrån de direktiv som getts oss överväga straffskalornas utformning för sexualbrotten. I enlighet med det nyss anförda kan vi dock inte se att det, utifrån hur uppdraget är formulerat, bör föreslås någon generell skärpning av straffen för sexualbrott. Vår bedömning är alltså att den skärpta synen på sexualbrotten som samhällsutvecklingen medfört i allt väsentligt har kommit till uttryck i lagstiftningen genom ett flertal lagändringar under årens lopp. Vad som särskilt bör nämnas är att tillämpningsområdet för brottet våldtäkt successivt utvidgats och i dag omfattar betydligt fler handlanden än vad som ursprungligen avsågs. Vi har också funnit att de andra skäl som – utan ett kriminalpolitiskt ställningstagande – skulle kunna åberopas som skäl för strängare straff inte motiverar en generell skärpning för sexualbrotten. Förutom för en särskild brotts-typ – köp av sexuell tjänst – har vi inte heller regeringens uttryckliga uppdrag att föreslå några straffskärpningar eller andra ändringar av straffskalorna.

Riksdagen har emellertid i ett flertal tillkännagivanden begärt att regeringen ska återkomma till riksdagen med förslag i fråga om enskilda sexualbrott som innebär skärpta straffskalor. Frågan är hur utredningen bör förhålla sig till detta, med utgångspunkt i att våra direktiv inte innebär att vi är skyldiga att beakta tillkännagivandena på annat sätt än att regeringen påpekat att riksdagen uttryckt att sexualbrotten bör ha straffskalor som bättre speglar brottens allvar.

Regeringen har med anledning av tillkännagivandena rapporterat till riksdagen att den här utredningen fått i uppdrag att bl.a. se över straffskalorna för sexualbrotten i 6 kap. BrB och lämna förslag på de förändringar som kan behövas för att dessa i tillräcklig mån ska spegla brottens allvar.

Vi kan inte bortse från att det finns en majoritet i riksdagen som tydligt tagit ställning för en skärpning av minimistraffet för våldtäkt till tre års fängelse och även för vissa andra skärpningar av straffskalorna. Även om regeringen i våra direktiv inte tagit ställning för dessa skärpningar, framstår det parlamentariska stödet för ett krimi-

nalpolitiskt ställningstagande som innebär en ytterligare skärpt syn på sexualbrotten, och ändringar i dess straffskalor, som starkt. Under dessa förhållanden har vi bedömt att vi måste beakta riksdagens tillkännagivanden som en särskild grund för att lämna förslag på straffskärpningar. Det är därvid viktigt för oss att framhålla att vi inte utifrån hur vårt uppdrag är formulerat funnit skäl att föreslå sådana skärpningar. Men med hänsyn till det starka parlamentariska stödet för sådana ändringar har vi ansett att vi ändå bör presentera ett förslag som – i den mån starka skäl inte talar för en annan bedömning i enskilda frågor – i huvudsak tillgodoser riksdagens tillkännagivanden. Därefter blir det en fråga för regering och riksdag huruvida det kan anses finnas skäl för ett sådant kriminalpolitiskt ställningstagande som ett genomförande bör kräva, och i så fall anslå de resurser som krävs för dess genomförande.

8.9 Våldtäkt, grov våldtäkt och oaktsam våldtäkt

Förslag: Minimistrafvet för våldtäkt höjs till fängelse i tre år och minimistrafvet för mindre grov våldtäkt höjs till fängelse sex månader.

Bedömning: Straffskalorna för grov våldtäkt och oaktsam våldtäkt bör inte ändras.

8.9.1 Brotten, straffskalorna och gränsdragningen mellan de olika gradindelningarna

Straff för våldtäkt och grov våldtäkt föreskrivs i 6 kap. 1 §. Straffet för våldtäkt är fängelse i lägst två och högst sex år. Om brottet med hänsyn till omständigheterna vid brottet är att anse som mindre grovt är straffet fängelse i högst fyra år. Om brottet är grovt – och ska bedömas som grov våldtäkt – är straffet fängelse i lägst fem och högst tio år. Vid bedömningen om en våldtäkt är grov ska det särskilt beaktas om gärningsmannen har använt våld eller hot som varit av särskilt allvarlig art eller om fler än en förgripit sig på offret eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om gärningsmannen med hän-

syn till tillvägagångssättet eller offrets låga ålder eller annars visat särskild hänsynslöshet.

Den som begår en gärning som avses i 1 § och – till skillnad från 1 § där uppsåt krävs i förhållande till samtliga rekvisit – är grovt oaktsam beträffande omständigheten att den andra personen inte deltar frivilligt, döms enligt 1 a § för oaktsam våldtäkt till fängelse i högst fyra år. Om gärningen med hänsyn till omständigheterna är mindre allvarlig, ska det inte dömas till ansvar.

8.9.2 Våldtäkt

Straffminimum för våldtäkt, fängelse två år, har varit oförändrat sedan införandet av brottsbalken. Straffmaximum var ursprungligen fängelse i tio år. När den särskilda straffskalan för grovt brott infördes 1984 bestämdes straffmaximum för våldtäkt som inte var grov till nuvarande sex års fängelse medan straffskalan för grov våldtäkt bestämdes till fängelse i lägst fyra och högst tio år. Straffminimum för grov våldtäkt höjdes 2018 till fem års fängelse.

Minimistraflet för våldtäkt som inte är grov, och som inte heller är att anse som mindre grov, har alltså varit oförändrat under lång tid. Som vi redovisat omfattar våldtäktsbestämmelsen numera betydligt fler gärningar än tidigare och det är därför svårt att göra omedelbara jämförelser när det gäller hur straffen för våldtäkt utvecklats.

Statistik från de senaste åren

När man bedömer Brås officiella kriminalstatistik för brottet är det viktigt att ha i åtanke att den senaste lagändringen skedde den 1 juli 2018 och att den senast tillgängliga årliga statistiken endast sträcker sig till och med den 31 december 2019. Det kan därför antas att den äldre lagstiftningen tillämpats i de flesta fallen, vilket påverkar vilken relevans kriminalstatistiken har för våra överväganden. Det kan dock konstateras att den genomsnittliga fängelsetidens längd för de åren vi tittat på, med undantag för ett år, varit konstant mellan 25 och 27 månader.³ Det kan därvid konstateras att det av Brås rapporter

³ År 2000 uppgick den genomsnittliga fängelsetiden till 29 månader. Som vi nämnt skedde stora förändringar av straffbestämmelsen år 2005 varför det är svårt att jämföra utdömda påföljder från år 2000 med påföljder som dömts ut efter 2005.

(rapport 2014:4 och kortanalys 2015:4), framgår att 2010 års straffmättningsreform inte hade någon påtaglig effekt på utdömda påföljder för sexualbrotten. Av detta följer alltså att den genomsnittliga fängelsetiden för brottet knappt har varierat utan att den genomgående har varit några månader över fängelseminimum. Vad som bör påpekas är att lagföringar rörande mindre grova våldtäkter ingår i den här statistiken och att det kan påverka de genomsnittliga strafftiderna.

Med hänvisning till vad vi just anfört är de slutsatser som Brå gjort i sin rapport 2020:6 (avsnitt 8.6.3) av större vikt för vår frågeställning. Av rapporten framkommer att den utdömda fängelsetiden för gärningar som redan före lagändringen var att bedöma som våldtäkt hade ökat med ungefär två månader sedan lagändringen. Den genomsnittliga fängelsetiden för den här typen av gärningar uppgick år 2019 till 27,9 månader dvs. nästan fyra månader över fängelseminimum. Genomsnittstiden för alla våldtäkter av normalgraden var 26,5 månader.

Vad som också måste beaktas är att kriminalstatistiken avser utdömda fängelsetider. I vad mån dessa påverkats av omständigheter vid sidan av straffvärdet framgår inte av statistiken (här bör observeras att Brå i sin rapport 2020:6 begränsat jämförelsen mellan domar 2017 och 2019 till sådana där personer dömts för enbart en våldtäkt av normalgraden och den utmätta fängelsetiden inte påverkats av andra faktorer, som till exempel den tilltalades ålder). Det kan antas att det utdömda fängelsestraffet i ett inte obetydligt antal fall har påverkats av t.ex. att den tilltalade utvisats till följd av brottet vilket beaktats vid straffmätningen eller att den tilltalades ungdom beaktats i sänkande riktning. I sistnämnda hänseende finns anledning att uppmärksamma att regeringen i ett utkast till lagrådsremiss föreslagit att den generella bestämmelsen om hänsyn till gärningsmannens ålder i 29 kap. 7 § första stycket inte ska tillämpas om någon som fyllt 18 år döms för brott för vilket är föreskrivet fängelse i lägst ett år eller mer eller för försök, förberedelse eller stämpling, eller underlåtenhet att avslöja eller förhindra sådant brott.

För att vidga underlaget har utredningen gått igenom de hovrättsdomar för våldtäkt som meddelats från januari till september 2020 och som avsett gärningar begångna från och med den 1 juli 2018. Enligt vad vi kunnat utläsa synes de fall som avser avsaknad av frivillighet och som inte hade varit att bedöma som våldtäkt före

2018 års ändring ofta ha ett straffvärde som motsvarar två års fängelse. I dessa domar har ofta angetts att det varken förelegat några försvårande eller förmildrande omständigheter. Det finns också fall som skulle ha bedömts som våldtäkt även före 2018 års ändringar där straffvärdet bedömts motsvara minimistraftet (se t.ex. Hovrätten över Skåne och Blekinges dom den 29 april 2020 i mål nr B 754–20).

I likhet med vad Brå funnit i sin utvärdering har även vi sett att straffvärdet i flera fall, där den tilltalade använt våld eller utnyttjat att målsäganden befunnit sig i en särskilt utsatt situation har bedömts motsvara fängelse i två år och två till fyra månader. Så har kunnat vara fallet även där flera försvårande omständigheter förekommit. Därvid har hovrätterna inte sällan hänvisat till två tidigare hovrättsavgöranden – Hovrätten för Övre Norrlands dom den 2 oktober 2018 i mål nr B 768–18 och Svea hovrätts dom den 13 december 2018 i mål nr B 9886–18 – i vilka domstolarna fört resonemang av innebörden att lagändringarna 2018 medför att gärningar som går utöver enbart avsaknad av frivillighet bör ha ett högre straffvärde än tidigare. Se dock för annan bedömning Hovrätten över Skåne och Blekinges dom den 15 november 2018 i mål nr B 2836–18 och samma hovrätts ovan nämnda dom i mål nr B 754–20.

För ett straffvärde om två år och sex månader synes ofta ha förutsatts att den tilltalade genomfört flera olika sexualhandlingar. Högre straffvärden än så för en enskild gärning framstår som relativt ovanligt. De fall där straffvärdet bedömts motsvara fängelse i två år och nio månader eller högre har rört mer utdragna händelseförlopp med flera sexuella handlingar eller kränkande inslag, eller övergrepp mot målsägande med allmän nedsatt förmåga att freda sig. Det har också förekommit fall där målsäganden inte haft realistiska möjligheter att lämna platsen.

Överväganden och förslag

I enlighet med vår bedömning i det föregående har visserligen synen på sexualbrott, i förhållande till vad som gällde vid BrB:s tillkomst, skärpts över tid och förändrats mera varaktigt på ett sätt. Detta måste beaktas vid bedömningen av straffnivån för våldtäktsbrottet. Den utvidgning av brottet våldtäkt som skett över tid har i praktiken

också inneburit att den skärpta synen på sexualbrott också fått ett betydande genomslag.

Att slå fast exakt vilken straffnivå, och därmed vilken straffskala, som ett detta brott bör ha utifrån den i dag gällande synen på ett visst brott är i praktiken omöjligt. Som en utgångspunkt bör gälla att en viss straffskala måste kunna stå sig över längre tid. Först om den varaktigt förändrade synen inte kan få eller inte ges ett tillräckligt genomslag inom ramen för gällande lagstiftning om straffbestämning bör – i enlighet med vad den dåvarande regeringen uttalade i prop. 2009/10:147 s. 9 f. – lagstiftningen ändras.

Såväl tillgänglig statistik som den genomgång av domstolspraxis som vi gjort ger vid handen att straffvärdet för våldtäkt i stor utsträckning bedöms vara nära straffminimum. Vi kan också se en tendens till att straffvärdet för våldtäktsbrott av sådant slag som efter 2005 års ändringar bedömdes ha ett straffvärde som motsvarade eller bara med någon månad översteg minimistraffet, efter 2018 års ändringar ökat med ett par månader. I vad mån straffvärdet påverkats på motsvarande sätt av de ändringarna, eller av tidigare ändringar, för exempelvis de fall som bedömdes som våldtäkt redan enligt bestämmelsens ursprungliga lydelse 1965, är dock svårare att avgöra. Vår genomgång ger stöd för att straffvärdet i ett inte helt obetydligt antal fall ansetts överstiga fängelse i två och ett halvt år. Det är däremot svårt att i praxis finna stöd för att ett enskilt våldtäktsbrott, som inte bedömts som grovt, i överrättspraxis anses ha ett straffvärde som motsvarar tre års fängelse eller mer. Vi har inte heller funnit något tydligt stöd för att straffvärdebedömningen för våldtäkt som inte är grov påverkats på något märkbart sätt av att minimistraffet för grov våldtäkt skärptes till fem års fängelse i samband med 2018 års ändringar. Vår bedömning är emellertid att den strängare synen på sexualbrotten har kommit till sådant uttryck genom såväl lagstiftningsåtgärder som ändrad straffmättningspraxis att det inte av det skälet finns anledning att föreslå en höjning av minimistraffet för våldtäkt som inte är grov.

Vid en jämförelse med övriga brottstyper och de ändringar som gjorts under senare år, där straffskärpningen för grov misshandel 2017 är av särskilt intresse, följer visserligen att det relativa förhållandet mellan våldtäkt och grov misshandel minskat. Sexualbrotten värderas fortfarande påtagligt högre än misshandelsbrotten. Det samma gäller i förhållande till exempelvis utpressningsbrotten vars

straffskalor också förändrats. Varken de ändringar som gjorts för andra brottstyper eller straffnivåerna i allmänhet för dessa medför därför enligt vår mening att det skulle krävas en höjning av straffnivån för våldtäkt av ekvivalensskäl. Även om flertalet fall av våldtäkt bedöms ha ett straffvärde i den nedre delen av straffskalan, anser vi inte att straffmättingspraxis framstår som oproportionerligt låg. Utan ett kriminalpolitiskt ställningstagande om en påtagligt höjd straffnivå, har vi inte funnit tillräckliga skäl att föreslå någon höjning av minimistraffet för våldtäkt.

Riksdagen har emellertid tillkännagett att minimistraffet för våldtäkt ska höjas till tre års fängelse. I enlighet med våra överväganden bör vi beakta det förhållandet. Detta innebär att vi bör lägga ett förslag i enlighet med tillkännagivandet, om inte bärande skäl talar mot det.

Den första frågan som därmed måste ställas är om ett minimistraff för våldtäkt på tre års fängelse skulle vara oproportionerligt högt.

Det finns i dag inte något brott i BrB vars straffskala börjar med fängelse tre år. Om det minimistraffet skulle väljas för våldtäkt skulle det vara högre än minimistraffet för exempelvis människohandel och mordbrand. Det skulle vidare vara dubbelt så högt som minimistraffet för grov misshandel och grov utpressning. Å andra sidan skulle det vara lägre än minimistraffet för exempelvis människorov. För ansvar för våldtäkt krävs inte att något våld, betvingande eller annat otillbörligt medel använts utan avsaknaden av frivillighet från målsägandens sida till den sexuella handlingen är tillräcklig för straffansvar. Ett minimistraff på tre års fängelse för våldtäkt är såväl i sig som i förhållande till andra brottstyper högt. Det måste i synnerhet gälla i förhållande till grov misshandel, som i allmänhet förutsätter att gärningen varit livsfarlig, att offret tillfogats svåra skador eller att gärningsmannen annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet. Vid jämförelse med den brottstypen framstår ett minimistraff på tre års fängelse som mycket högt. Eftersom det skyddade intresset är den sexuella integriteten och rätten att råda över sin egen kropp, går det dock enligt vår uppfattning inte att utifrån omedelbara jämförelser med andra brottstyper att anse ett sådant minimistraff så oproportionerligt högt att det skulle hindra att det genomfördes.

En annan fråga är om en höjning av minimistraffet skulle riskera att innebära att fler fall än vad som är avsett skulle komma att bedö-

mas som mindre grov våldtäkt och därmed bedömas enligt en lindrigare straffskala. Överväganden kring sådana risker med en höjning av straffminimum gjordes i prop. 2012/13:108. Regeringen föreslog där att minimistraffet för grov fridskränkning och grov kvinnofridskränkning skulle höjas från sex till nio månaders fängelse. Såväl Fridskränkingsutredningen (SOU 2011:85) som flera remissinstanser och Lagrådet befarade att en höjning av straffminimum skulle medföra en återhållsamhet från domstolar att bedöma gärningar som fridskränkingsbrott när det inte förekom några mer allvarliga gärningar. Regeringen ansåg att fängelse nio månader motsvarade brottslighetens straffvärde på lägsta nivå och menade att det inte fanns anledning att tro annat än att domstolarna skulle tillämpa lagstiftningen på avsett vis. Eftersom en höjning av minimistraffet för våldtäkt till tre års fängelse skulle innebära en påtaglig represionsökning finns det en risk att vissa fall som relativt sett framstår som mindre allvarliga i rättstillämpningen skulle komma att bedömas lindrigare i framtiden. En sådan konsekvens framstår inte som önskvärd, inte minst utifrån ett brottsofferperspektiv där rubriceringen måhända kan ha väl så stor betydelse som straffnivån i det konkreta fallet. Det skulle också innebära en fara att vad som uppnåddes genom 2018 års reform delvis skulle gå förlorat. Enligt vår bedömning går det inte att bortse från den risken. I det sammanhanget måste också beaktas att Högsta domstolen ännu inte prövat något mål som rör frågan om till vilken svårhetsgrad gärningar som tillfördes våldtäktsbestämmelsen 2018 bör hänföras. Utgångspunkten måste dock vara att domstolarna, om rekvisiten för våldtäkt är uppfyllda och gärningen är sådan att den enligt nuvarande praxis inte är mindre grov, inte till följd av en höjning av minimistraffet skulle rubricera gärningen mildare i framtiden.

Det har under lång tid funnits en strävan att undvika frihetsberövande påföljder för unga lagöverträdare och påföljdssystemet har också utvecklats för att tillgodose behovet av tillräckligt ingripande påföljder, även för allvarligare brott, som inte innebär institutionsbehandling. Detta har i allmänhet motiverats med att unga personer är mer sanktionskänsliga än äldre och att institutionsbehandling i sig medför risk för skadeverkningar. En konsekvens av ett höjt minimistraff till tre års fängelse torde bli att utrymmet för att döma den som inte fyllt 18 år till annat än en frihetsberövande påföljd i form av sluten ungdomsvård minskar. I vad mån detta är en

önskvärd konsekvens av ett kriminalpolitiskt ställningstagande om en höjd straffnivå för våldtäktsbrott är dock en fråga för lagstiftaren att ta ställning till.

Vad som särskilt måste beaktas är om rättsväsendet och samhället har resurser att hantera en höjning av minimistraflet för våldtäkt från två till tre års fängelse. Det står klart att de direkta kostnaderna för verkställighet av domar på våldtäkt totalt sett skulle öka betydligt. Huruvida riksdagen är beredd att tillföra framför allt Kriminalvården de ytterligare medel som krävs är inte vår sak att avgöra. En sådan skärpning skulle också påverka det redan i dag ansträngda läget för Kriminalvården när det gäller antalet anstaltsplatser. Enligt vår uppfattning är det inte rimligt att på rent kriminalpolitisk grund genomföra straffskärpningar, som inte i sig kan motiveras av proportionalitets- eller ekvivalensskäl, utan att samtidigt se till att Kriminalvården ges realistiska möjligheter att låta verkställa de utdömda påföljderna. Detta utgör dock inte ett skäl mot förslaget i och för sig.

Ett alternativ hade varit att höja minimistraflet endast för de fall av våldtäkt som innefattar våld, betvingande eller användande av något otillbörligt medel, dvs. väsentligen de fall som redan före 2018 års ändringar medförde ansvar för våldtäkt. En sådan ändring är dock inte eftersträvansvärd eftersom den skulle gå mot skälen bakom 2018 års ändringar. De ändringarna syftade till att ändra synsättet på vad som utgjorde en våldtäkt och låta frågan om frivillighet förelegat eller inte, snarare än användandet av hot eller våld, vara avgörande. En ändring som utgår från att man åter ska fokusera på om det förekommit våld eller hot frångår detta synsätt och skulle därmed motverka den senaste reformen. Vi har därför valt att inte gå vidare med detta alternativ.

Något annat skäl som talar mot en höjning av minimistraflet enligt riksdagens tillkännagivande har inte framkommit. Sammanfattningsvis är därför det förslag vi lämnar att minimistraflet för våldtäkt höjs från två till tre år. Som vi återkommer till i avsnitt 8.9.4 finns inte anledning att ändra straffskalan för grov våldtäkt. Det finns därför inte heller något skäl att höja maximistraflet för våldtäkt.

8.9.3 Mindre grov våldtäkt

Straffskalan för mindre grov våldtäkt är fängelse i högst fyra år. Enligt förarbeten och praxis ska bestämmelsen om mindre grov våldtäkt användas restriktivt och i undantagsfall. Bestämmelsen ska tillämpas när omständigheterna klart avviker från vad som är normalt vid denna brottstyp (se t.ex. prop. 2004/05:45 s. 138). Rätten ska göra en sammantagen bedömning av den kränkning som målsäganden utsatts för. I praxis har bestämmelsen främst tillämpats vid kortvariga händelseförlopp där gärningsmannen avbrutit sitt handlande direkt när målsäganden markerat att handlandet är oönskat (jfr NJA 2008 s. 482 I och NJA 2013 s. 548 där brottet inte bedömdes som mindre grovt). Brottet syftar inte till att få till stånd någon mildare straffvärdebedömning generellt.

Stycket ändrades endast redaktionellt 2018. Reformen i stort innebar dock att fler fall än tidigare kan komma att bedömas som mindre allvarliga eftersom gärningar som före lagändringen omfattades av straffbestämmelserna sexuellt utnyttjande av person i beroendeställning (även grovt brott) och som numera är att bedöma som våldtäkt, i större utsträckning än andra fall av våldtäkt kan komma att rubriceras som mindre grovt brott (prop. 2017/18:177 s. 83).

Straffmättningspraxis

Något vägledande avgörande från Högsta domstolen om straffvärdebedömningen vid mindre grov våldtäkt finns inte. Enligt Brås rapport 2020:6 är det vanligaste att straffmättningsvärdet uppgår till fängelse ett år.

Statistik från de senaste åren

Brås officiella kriminalstatistik redovisar inte den genomsnittliga fängelse tiden separat för detta brott utan som en del av våldtäkt som inte är grov. Av de fällande domar som Brå studerade i rapport 2020:6 rubricerades 92 procent som våldtäkt och 8 procent som mindre grov våldtäkt.

Överväganden och förslag

Eftersom den mindre grova graden av våldtäkt är avsedd att tillämpas restriktivt och i undantagsfall, när omständigheterna klart avviker från vad som är normalt vid denna brottstyp, utgår straffvärdebedömningen normalt inte från minimistraflet. I praktiken torde i stället bedömningen göras så att domstolen tar ställning till i vilken utsträckning straffvärdet understiger minimistraflet för våldtäkt enligt 6 kap. 1 § första stycket. Rekvisiten är desamma för mindre grov våldtäkt som för övriga våldtäktsbrott. Det kan därför ifrågasättas om ett minimistraf motvarande fängelseminimum verkligen motsvarar brottets allvar på den lägsta nivån.

Till detta kommer att vi föreslår att minimistraflet för våldtäkt ska höjas till fängelse tre år. Även den ändringen talar för att höja minimistraflet för mindre grov våldtäkt, för att inte skillnaden i straffvärde mellan de två graderna ska bli alltför stor.

Vi bedömer därför att en höjning av minimistraflet för mindre grov våldtäkt bör ske.

Ett alternativ vore att bestämma minimistraflet till ett års fängelse. Därmed skulle skillnaden i minimistraf mellan våldtäkt och mindre grov våldtäkt vara lika stor som i dag. Ett minimistraf på ett års fängelse vore också förenligt med vad Brå iakttagit i fråga om straffmättningsvärdet i allmänhet vid mindre grov våldtäkt i dag. Dock måste beaktas den utvidgning av tillämpningsområdet för mindre grov våldtäkt som förutsattes när de gärningar som tidigare var att bedöma som sexuellt utnyttjande av person i beroendeställning och vissa fall av sexuella ofredanden i stället hänfördes till våldtäkt genom 2018 års ändringar (se prop. 2017/18:177 s. 83 f.). Enligt vår bedömning finns alltjämt fall där rekvisiten för våldtäkt visserligen är uppfyllda men där straffvärdet ändå måste bedömas kunna vara lägre än ett års fängelse. Inte minst torde det kunna gälla vid relativt sett mindre allvarliga fall av brott som före 2018 års ändringar bedömdes som sexuellt utnyttjande av person i beroendeställning. Vi anser därför att minimistraflet bör höjas oavsett om det sker en höjning av minimistraflet för våldtäkt som inte är grov, dock inte till mer än fängelse i sex månader. Även med beaktande av att straffminimum för våldtäkt som inte är mindre grov höjs till tre års fängelse bör nuvarande straffmaximum för mindre grov våldtäkt om fängelse fyra år kvarstå oförändrat.

Vi föreslår följaktligen att minimistrafvet för mindre grov våldtäkt ska höjas till fängelse i sex månader.

8.9.4 Grov våldtäkt

I juli 2018 höjdes minimistrafvet för grov våldtäkt från fyra år till fem år. Regeringen har i prop. 2017/18:177 s. 59 f. redogjort för de ställningstaganden som gjordes då.

Genom nämnda skärpning får synen på de allvarligaste sexualbrotten anses fullt ut beaktade. Mot bakgrund av detta och den korta tid som passerat sedan lagändringen föreslår vi inte någon ändring av straffskalan för grov våldtäkt.

8.9.5 Oaktsam våldtäkt

Oaktsam våldtäkt skiljer sig från våldtäkt på så sätt att det inte krävs uppsåt i fråga om det grundläggande rekvisitet för straffansvar, dvs. frånvaro av frivillighet, utan att det där är tillräckligt med grov oaktsamhet i förhållande till att den andra personen inte deltagit frivilligt. Med hänsyn till att brottet såtillvida är ett oaktsamhetsbrott och med beaktande av att mindre allvarliga gärningar inte ska leda till straffansvar anser vi att det inte finns förutsättningar för ett högre minimistrafv än fängelseminimum.

Nuvarande maximistrafv kan visserligen framstå som lågt om straffminimum för våldtäkt skulle höjas till tre års fängelse. Enligt vår bedömning ger dock ett maximistrafv på fyra års fängelse fortfarande ett tillräckligt utrymme för en adekvat straffmätning även för de allvarligaste fallen av oaktsam våldtäkt.

Vi föreslår därför inga ändringar i straffskalan.

8.10 Sexuellt övergrepp, grovt sexuellt övergrepp och oaktsamt sexuellt övergrepp

Förslag: Minimistraffet för sexuellt övergrepp höjs till fängelse i sex månader och minimistraffet för grovt sexuellt övergrepp höjs till fängelse ett år. Det ska införas en särskild straffskala om fängelse i högst ett år för sexuellt övergrepp som är mindre grovt.

Bedömning: Straffskalan för oaktsamt sexuellt övergrepp bör inte ändras.

8.10.1 Brotten, straffskalorna och gränsdragningen

Enligt 6 kap. 2 § döms den som, med en person som inte deltar frivilligt, genomför en annan sexuell handling än som avses i 1 § för sexuellt övergrepp till fängelse i högst två år. Om brottet är att bedöma som grovt döms personen för grovt sexuellt övergrepp till fängelse i lägst sex månader och högst sex år.

Straffbestämmelsen är subsidiär till våldtäktsbrottet på så sätt att den omfattar de sexuella handlingar som med hänsyn till kränkningens allvar inte är jämförliga med samlag, dvs. gärningar som inte är av så kvalificerade slag som bestämmelsen om våldtäkt. Det som avgör om brottet ska rubriceras som våldtäkt eller sexuellt övergrepp är således vilken typ av sexuell handling det är fråga om.

Bestämmelsen trädde i kraft den 1 juli 2018 och motsvarar i grunden den äldre straffbestämmelsen om sexuellt tvång (tidigare 2 §) och delvis straffbestämmelsen om sexuellt utnyttjande av person i beroendeställning (tidigare 3 §).

Vid bedömningen om ett sexuellt övergrepp är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen har använt våld eller hot som varit av särskilt allvarlig art eller om fler än en förgripit sig på offret eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om gärningsmannen med hänsyn till tillvägagångssättet eller offrets låga ålder eller annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet.

Den som begår en gärning som avses i 2 § och är grovt oaktsam beträffande omständigheten att den andra personen inte deltog frivilligt, döms enligt 3 § för oaktsamt sexuellt övergrepp till fängelse i högst fyra år.

Statistik från de senaste åren

När man bedömer Brås officiella kriminalstatistik för brottet sexuellt övergrepp är det viktigt att ha i åtanke att den nya lydelsen innebar flera förändringar i förhållande till de äldre straffbestämmelserna sexuellt tvång och sexuellt utnyttjande av person i beroendeställning. Detta medför att statistik från tiden före lagändringen den 1 juli 2018 inte är helt adekvat och att det därmed är svårt att dra några säkra slutsatser av äldre statistik. I den här delen är det Brås statistik ”*Domslut med påföljd fängelse, Årsvi*” som är relevant. Den statistiken särskiljer inte de olika svårhetsgraderna vilket är ytterligare en faktor att beakta.

År 2019 var den genomsnittliga strafftiden för sexuellt övergrepp (inklusive de som dömdes för det tidigare brottet sexuellt tvång) fängelse i 8,1 månader. Motsvarande strafftid för år 2018 var 6,9 månader. Jämfört med år 2017, när domstolarna endast tillämpade de äldre straffbestämmelserna, uppgick den genomsnittliga strafftiden till fängelse 4,3 månader.

Till skillnad från den genomsnittliga fängelse tiden för våldtäkt, som varit relativt stabil under de senaste 20 åren, varierar fängelse tiden kraftigt för sexuellt tvång och numera sexuellt övergrepp mellan 4 och 30 månader. Brottet är inte särskilt vanligt förekommande som huvudbrott i kriminalstatistiken och dessutom träffar det gärningar av betydande variation i svårhetsgrad. I förening med att statistiken inte särskiljer de olika svårhetsgraderna och att straffbestämmelsen genomgick förändringar 2018 innebär detta att det är svårt att utifrån statistiken dra några egentliga slutsatser av betydelse för våra överväganden.

Överväganden och förslag

Straffskalorna för sexuellt övergrepp och grovt sexuellt övergrepp måste bedömas i relation till straffskalorna för våldtäktsbrottet. Vidare har riksdagen tillkännagett för regeringen att straffminimum för sexuellt övergrepp som inte är grovt ska höjas till fängelse i sex månader.

Sexuellt övergrepp omfattar brottsliga gärningar av påtagligt varierande allvar. Gemensamt för dessa är att det är fråga om att någon genomfört sexuella handlingar mot annan utan samtycke. Det kan

ifrågasättas om den skärpta syn på sexualbrotten som vi redovisat – vilken fått ett betydligt genomslag i lagstiftningen när det gäller våldtäkt – i tillräcklig grad fått genomslag i tillämpningen av sexuellt övergrepp. Visserligen är praxis begränsad och kriminalstatistiken ger visst stöd för att brotten, i vart fall sexuellt övergrepp som inte är grovt, inte nödvändigtvis bedöms ha ett straffvärde nära straffminimum. Ett minimistraff motsvarande fängelseminimum framstår dock i sig som lågt sett i relation till de gärningar som omfattas av brottet. Vi har också föreslagit att straffminimum för mindre grov våldtäkt bör höjas till sex månaders fängelse, även om några ändringar i övrigt inte görs i straffskalorna för våldtäktsbrotten. Som vi återkommer till föreslår vi också att en särskild straffskala för grovt sexuellt ofredande och grovt sexuellt ofredande mot barn bör införas med ett minimistraff på sex månaders fängelse. Enligt vår bedömning bör straffminimum för sexuellt övergrepp höjas till sex månaders fängelse, något som också riksdagen tillkännagett för regeringen.

Sexuellt övergrepp rymmer gärningar av mycket skiftande allvar. Vi bedömer därför att det inte kan uteslutas att det finns enskilda gärningar som med hänsyn till tillvägagångssätt och effekter ändå framstår som så påtagligt lindrigare än vad som i allmänhet krävs för straffansvar, att ett minimistraff på sex månaders fängelse skulle vara för högt. Så skulle kunna vara fallet vid vissa gärningar som före 2018 års ändringar rubricerades som sexuellt utnyttjande av person i beroendeställning. För att undvika oskäligen resultat bör därför en särskild straffskala införas för sexuella övergrepp som är att bedöma som mindre allvarliga. Avsikten ska, i likhet med vad som gäller exempelvis vid mindre grov våldtäkt, vara att den lindrigare straffskalan ska tillämpas endast undantagsvis. Dock anser vi att vi inte kan undvara en sådan. Straffminimum bör därvid motsvara fängelseminimum och straffmaximum vara ett års fängelse.

När det sedan gäller grovt sexuellt övergrepp, gör sig samma skäl gällande som när det gäller höjningen av straffminimum för brott som inte är grovt. Det kan alltså ifrågasättas om den skärpta synen på sexualbrott fått tillräckligt genomslag genom nuvarande minimistraff. Eftersom vi föreslagit att minimistraffet för sexuellt övergrepp som inte är grovt ska höjas till sex månaders fängelse, är det dessutom nödvändigt med en höjning av minimistraffet för grovt brott.

Därtill bör förhållandet till grov våldtäkt beaktas. Minimistraffet för grov våldtäkt höjdes till fängelse fem år vid 2018 års reform.

Någon motsvarande ändring skedde inte för grovt sexuellt övergrepp, trots att kvalifikationsgrunderna för båda brotten är desamma, utan minimistraflet kvarstod oförändrat. Vi menar att den senaste höjningen av minimistraflet för grov våldtäkt rubbade proportionaliteten mellan de två brotten. Omständigheterna sammantagna talar för att höja minimistraflet även för grovt sexuellt övergrepp. Vi har övervägt att föreslå att minimistraflet skulle vara antingen ett eller ett och ett halvt års fängelse. För att välja ett års fängelse talar att det i sig innebär en fördubbling jämfört med i dag vilket utgör en tydlig markering av allvaret i brottet. För ett ännu högre minimistraflet talar att de gärningar som utgör grovt brott med hänsyn till tillvägagångssättet alltid är mycket allvarliga och dessutom att ett lägre minimistraflet innebär tämligen snäva ramar för straffvärdebedömningen vid respektive svårhetsgrad. För en höjning till mer än det dubbla nuvarande minimistraflet bör dock krävas betydligt starkare skäl än så. Enligt vår bedömning är en höjning av minimistraflet från fängelse sex månader till fängelse ett år proportionerligt. Straffmaximum bör däremot fortsatt vara fängelse sex år.

Sammanfattningsvis föreslår vi att straffskalan för sexuellt övergrepp ska vara fängelse i lägst sex månader och högst två år, att en särskild straffskala om fängelse i högst ett år för sexuellt övergrepp som är mindre allvarligt bör införas och att straffskalan för grovt sexuellt övergrepp ska vara fängelse i lägst ett och högst sex år.

8.10.2 Oaktsamt sexuellt övergrepp

Med den bedömning vi gjort i fråga om straffskalan för oaktsam våldtäkt, finns inte heller skäl att föreslå någon ändring i straffskalan för oaktsamt sexuellt övergrepp.

8.11 Våldtäkt mot barn, grov våldtäkt mot barn och sexuellt utnyttjande av barn

Förslag: Minimistraffet för våldtäkt mot barn höjs till fängelse i tre år.

Bedömning: Straffskalorna för grov våldtäkt mot barn och sexuellt utnyttjande av barn bör inte ändras.

8.11.1 Brotten, straffskalorna och gränsdragningen mellan de olika gradindelningarna

Den som, med ett barn under femton år, genomför ett samlag eller en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med våldtäkt döms enligt 6 kap. 4 § första stycket BrB för våldtäkt mot barn till fängelse i lägst två år och högst sex år. Det samma gäller enligt andra stycket den som begår en sådan gärning mot ett barn som fyllt femton men inte arton år och som är avkomling till gärningsmannen eller står under fostran av eller har ett liknande förhållande till gärningsmannen, eller för vars vård eller tillsyngärningsmannen ska svara på grund av en myndighets beslut.

Om brottet är grovt döms enligt tredje stycket för grov våldtäkt mot barn till fängelse i lägst fem år och högst tio år. Vid bedömningen om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen har använt våld eller hot om brottslig gärning eller om fler än en har förgripit sig på barnet eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om gärningsmannen med hänsyn till tillvägagångssättet eller barnets låga ålder eller annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet.

Om ett brott som avses i 4 § första eller andra stycket, dvs. våldtäkt mot barn som inte är att anse som grovt brott, med hänsyn till omständigheterna vid brottet är att anse som mindre grovt, döms enligt 5 § för sexuellt utnyttjande av barn till fängelse i högst fyra år. Bestämmelsen ska tillämpas med stor restriktivitet. Enligt 14 § första stycket ska den som har begått en gärning som i och för sig är att bedöma som sexuellt utnyttjande av barn inte dömas till ansvar om det är uppenbart att gärningen inte inneburit något övergrepp mot barnet med hänsyn till den ringa skillnaden i ålder och utveck-

ling mellan den som har begått gärningen och barnet samt omständigheterna i övrigt.

8.11.2 Våldtäkt mot barn

Bakgrunden och förhållandet till våldtäktsbrottet

Brottet våldtäkt mot barn infördes i samband med 2005 års reform. Syftet var att ytterligare förstärka skyddet för barn och ungdomar mot att utnyttjas i sexuella sammanhang och att särskilt markera allvaret i sexualbrott som riktar sig mot barn. I samband med att brottet infördes uttalade regeringen att flera av straffbestämmelserna i 6 kap., inte minst våldtäktsbestämmelsen, byggde på föreställningen om människors förmåga till viljeuttryck. När det gäller övergrepp som riktar sig mot barn, framstod det dock som främmande att laborera med begrepp som frivillighet och samtycke (prop. 2004/05:45 s. 67). Enligt regeringen var barns förmåga att ge uttryck för sin vilja i sådana situationer mycket begränsad och den sexuella självbestämmanderätten enligt svensk rätt inträder först vid 15 års ålder. Dessa förhållanden kan inte anses ha ändrats genom 2018 års reform. Som vi redan nämnt förutsätts inte någon brist på frivillighet hos målsäganden för ansvar för våldtäkt mot barn utan huvudregeln är att den som, med ett barn under 15 år, genomför ett samlag eller annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag ska dömas för våldtäkt mot barn.

När brottet infördes ansåg regeringen, i likhet med kommittén, att straffskalan för våldtäkt mot barn borde motsvara den för våldtäkt, se a. prop. s. 75 f. De invändningar som riktades mot kommittéförslaget under remissförfarandet var att straffen för brott mot barn snarare skulle vara strängare. Regeringen ansåg dock att redan införandet av brottet våldtäkt mot barn innebar en väsentlig straffskärpning för vissa fall, i och med att vissa gärningar som tidigare bestraffats som brott där minimistraftet var fängelseminimum, framdeles skulle bedömas som våldtäkt mot barn med minimistraftet två års fängelse. Med hänsyn bl.a. till detta ansåg regeringen att straffskalorna för våldtäkt mot barn borde motsvara de för våldtäkt.

Senare lagstiftningsärenden har inte ändrat på det förhållandet; vid 2018 års reform behölls straffskalorna för våldtäkt och våldtäkt

mot barn oförändrade medan minimistraffet för såväl grov våldtäkt som grov våldtäkt mot barn höjdes till fem års fängelse.

Statistik från de senaste åren

Ser man till Brås kriminalstatistik från de senaste tio åren (2010–2019) har den genomsnittliga fängelsetiden, med undantag för år 2016 och år 2011, varierat mellan 32 och 33 månader. Enligt Brås kortanalys 2015:4 var strafftiderna för våldtäkt mot barn i genomsnitt 26,0 månader sedan den särskilda brottsrubriceringen infördes 2005 och fram till 2013.

Överväganden och förslag

Riksdagen har inte särskilt tillkännagett för regeringen att straffet för våldtäkt mot barn ska skärpas. Det särskilda skydd som barn åtnjuter mot att utsättas för sexuella handlingar måste däremot beaktas. Med hänsyn till detta framstår det inte som lämpligt med en lindrigare straffskala för våldtäkt mot barn än våldtäkt. Att straffskalan för våldtäkt mot barn skulle vara lindrigare än den för våldtäkt enligt 1 § första och andra styckena skulle inte heller vara förenligt med avsikterna när brottet våldtäkt mot barn infördes. Om straffminimum för våldtäkt höjs till tre års fängelse bör därför även straffminimum för våldtäkt mot barn höjas på samma sätt.

Samma invändningar kan visserligen riktas mot att höja straffminimum på det sättet som när det gäller våldtäkt. I fråga om våldtäkt mot barn innebar dessutom redan införandet av det brottet en mycket kraftig straffskärpning för vissa gärningar, som före 2005 års reform hade ett minimistraff motsvarande fängelseminimum (se också SOU 2010:71 s. 345 f.). För sådana gärningar skulle alltså minimistraffet nu bli tre års fängelse. Detta är en konsekvens av dels det tidigare kriminalpolitiska ställningstagandet att avsaknaden av tvång eller frivillighet inte skulle ha någon betydelse för hur sådana brott rubriceras, dels av om lagstiftaren nu anser att det är kriminalpolitiskt befogat med en ytterligare höjd straffnivå. Enligt vår bedömning bör dock straffskalan för våldtäkt mot barn även i framtiden vara densamma som för våldtäkt.

Vi föreslår därför, i enlighet med det förslag vi lämnat för våldtäkt, att fängelseminimum för våldtäkt mot barn ska höjas till fängelse tre år. I likhet med vår bedömning av våldtäktsbrottet bör straffmaximum inte ändras.

8.11.3 Grov våldtäkt mot barn

I juli 2018 höjdes minimistraftet för grov våldtäkt mot barn från fängelse fyra år till fängelse fem år. Regeringen har i prop. 2017/18:177 s. 59 f. redogjort för de ställningstaganden som gjordes då.

Genom den skärpningen får synen även på de allvarligaste sexualbrotten mot barn under 15 år anses fullt ut beaktade. Vi anser inte heller att det framkommit tillräckliga skäl att nu låta straffskalan för grov våldtäkt mot barn vara strängare än för grov våldtäkt. Mot bakgrund av detta föreslår vi ingen ändring i denna del.

8.11.4 Sexuellt utnyttjande av barn

Allmänt om tillämpningsområdet

Ansvar för sexuellt utnyttjande av barn förutsätter att en gärning, som i och för sig uppfyller rekvisiten för våldtäkt mot barn, har begåtts. Om brottet är mindre grovt ska dock i stället dömas för sexuellt utnyttjande av barn.

Som exempel på omständigheter som medför att brottet ska bedömas som sexuellt utnyttjande av barn och inte som våldtäkt mot barn har i förarbetena angetts att två ungdomar, den ena under och den andra strax över 15 år, frivilligt har samlag med varandra eller att en målsägande som är 14 år och 11 månader har samlag med en 29-åring; det kan vara fråga om en tonåring som har utvecklat sin sexualitet och har en frivillig relation till någon som är betydligt äldre och där samlaget bygger på fullständig frivillighet och ömsesidighet mellan parterna. Bestämmelsen ska enligt förarbetena tillämpas restriktivt, se prop. 2004/05:45 s. 77.

Avsikten har alltså varit att från ansvar för våldtäkt mot barn undanta situationer där det varit liten åldersskillnad mellan de båda (i vilket fall ansvarsfrihet dessutom kan komma i fråga enligt 6 kap. 14 §) men också situationer där barnet varit nära åldern för

sexuellt självbestämmande och där gärningen, om barnet hade fyllt 15 år, inte skulle ha varit brottslig. Det får också antas att tillämpningsområdet är begränsat till fall där den sexuella handlingen varit frivillig från målsägandens sida och där frivilligheten varit relevant med hänsyn till målsägandens ålder och mognad (se Asp [Lexino], kommentaren till 6 kap. 5 § BrB). I NJA 2015 s. 948 har det uttryckts på så sätt att om en sexuell handling är helt frivillig och ömsesidig kan den normalt bedömas som sexuellt utnyttjande av barn, förutsatt att målsäganden är sexuellt mogen och nära gränsen för sexuellt självbestämmande.

Statistik från de senaste åren

Ser man till Brås kriminalstatistik från de senaste tio år (2010–2019) har den genomsnittliga fängelsetiden varierat mellan sex och tio månader. Detta synes inte vara anmärkningsvärt med hänsyn till de situationer som brottet särskilt har varit avsett att tillämpas för och är också förenligt med de straffvärdebedömningar som Högsta domstolen gjort i NJA 2006 s. 79 I och II, NJA 2014 s. 990 och NJA 2015 s. 948. Det kan dessutom antas att gärningsmannen vid sexuellt utnyttjande av barn i större utsträckning än vid våldtäkt mot barn är under 21 år, vilket beaktas vid straffmätningen.

Överväganden och förslag

Riksdagen har inte gjort något tillkännagivande för denna straffbestämmelse. Vi har ovan redogjort för skälen för att höja straffminimum för mindre grov våldtäkt till fängelse sex månader.

Vårt förslag att höja minimistraffet för mindre grov våldtäkt talar i och för sig för att också höja minimistraffet för sexuellt utnyttjande av barn till sex månaders fängelse eftersom straffskalorna för brott mot barn under 15 år i allmänhet inte bör vara lindrigare än de för motsvarande brott mot den som fyllt 15 år. Och om lagstiftaren väljer att höja minimistraffet för våldtäkt mot barn till tre års fängelse ger den höjningen i sig ett stöd för att också höja straffnivån för sexuellt utnyttjande av barn. I annat fall skulle den redan i dag påtagliga skillnaden i straffminimum ytterligare förstärkas och riskera att medföra påtagliga tröskeffekter.

Enligt vår bedömning finns det dock, trots det sagda, skäl att vara försiktig med att genomföra en sådan ändring. Visserligen kan brottet omfatta gärningar som legat nära gränsen till våldtäkt mot barn. Såsom tillämpningsområdet kommit att avgränsas enligt förarbeten och praxis tar brottet särskilt sikte på situationer där det varit fråga om sexuella handlingar som varit ömsesidiga och som också framstått som frivilliga även om målsäganden var under 15 år och alltså i princip inte kan samtycka till sådana handlingar. Detta innebär att tillämpningsområdet skiljer sig åt i beaktansvärd mån från våldtäkt som är mindre grov. Det är vidare av betydelse att om gärningen inte inneburit något övergrepp mot barnet med hänsyn till den ringa skillnaden i ålder och utveckling mellan den som har begått gärningen och barnet samt omständigheterna i övrigt, ska enligt 6 f kap. 14 § första stycket inte dömas till ansvar. Den ansvarsfrihetsbestämmelsen behövs enligt vår mening fortfarande för att strafflagstiftningen inte ska leda till orimliga resultat i fråga om sexuella handlingar mellan barn. Detta gäller inte minst då ena barnet varit under och det andra varit strax över 15 år.

Såsom anfördes i prop. 2012/13:111 s. 43 f. omfattar alltså brottet såväl gärningar som ligger nära våldtäkt mot barn som sådana som gränsar till ansvarsfrihet. I det lagstiftningsärendet – där utredningen föreslagit att minimistraffet skulle höjas till sex månaders fängelse – ansåg regeringen att det inte var rimligt med ett minimistraff på sex månaders fängelse så snart ansvarsfrihetsregeln inte skulle vara tillämplig. Vi instämmer i den bedömningen.

Vi anser sammantaget att skälen mot en höjning är så starka att vi inte lämnar något förslag till höjning av straffminimum för detta brott.

8.12 Sexuellt övergrepp mot barn och grovt sexuellt övergrepp mot barn

Förslag: Minimistraffet för sexuellt övergrepp mot barn höjs till fängelse i sex månader och ministrattet för grovt sexuellt övergrepp mot barn höjs till fängelse ett år och sex månader. En särskild straffskala om fängelse i högst ett år införs för sexuellt övergrepp mot barn som är mindre grovt.

8.12.1 Brotten, straffskalorna och gränsdragningen mellan de olika gradindelningarna

Den som, med ett barn under femton år eller med ett barn som fyllt femton år men inte arton år och som gärningsmannen står i ett sådant förhållande med som avses i 4 § andra stycket (dvs. som är avkomling till gärningsmannen eller står under fostran av eller har ett liknande förhållande till gärningsmannen), genomför en annan sexuell handling än som avses i 4 och 5 §§, döms enligt 6 kap. 6 § första stycket för sexuellt övergrepp mot barn till fängelse i högst två år. Om brottet är grovt döms enligt andra stycket för grovt sexuellt övergrepp mot barn till fängelse i lägst ett och högst sex år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen är närstående till barnet eller i övrigt utnyttjat sin ställning eller missbrukat ett särskilt förtroende eller om fler än en förgripit sig på barnet eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om brottet med hänsyn till tillvägagångssättet eller barnets låga ålder eller annars inneburit ett hänsynslöst utnyttjande av barnet. Straffskalan för brott som inte är grovt motsvarar alltså straffskalan för sexuellt övergrepp medan straffminimum för grovt sexuellt övergrepp mot barn är högre än för grovt sexuellt övergrepp.

Brottet är subsidiärt till våldtäkt mot barn och kännetecknas av att gärningsmannen genomför en annan sexuell handling än som avses i bestämmelsen om våldtäkt mot barn. Straffansvaret avser alltså sexuella handlingar som inte är jämförliga med samlag. Det bör noteras att det vid sexuellt övergrepp mot barn inte finns någon särskild straffskala för mindre grovt brott. Även gärningar där ålderskillnaden varit liten eller barnet varit nära åldern för sexuellt självbestämmande är alltså avsedda att omfattas av straffskalan enligt första stycket, också om det varit fråga om sexuella handlingar som – med hänsyn till barnets ålder och mognad – varit helt frivilliga och ömsesidiga. Liksom vid sexuellt utnyttjande av barn gäller enligt 14 § första stycket att det inte ska dömas till ansvar om det är uppenbart att gärningen inte inneburit något övergrepp mot barnet med hänsyn till den ringa skillnaden i ålder och utveckling mellan den som har begått gärningen och barnet samt omständigheterna i övrigt.

Statistik från de senaste åren

Liksom vid brottet sexuellt övergrepp särskiljer inte Brås officiella kriminalstatistik ”*Domslut med påföljd fängelse. Årsvi*”, som är relevant i den här delen, de olika svårhetsgraderna av brottet. Det är därför svårt att dra några säkra slutsatser av statistiken. Vi har inte heller några uppgifter om hur stor andel av domarna som avser grovt sexuellt övergrepp mot barn.

Från år 2006 har den genomsnittliga utdömda fängelse tiden varierat mellan åtta och sjutton månader med viss tyngdpunkt kring tio till elva månader.

Med de ändringar som vi föreslår i fråga om sexualbrott på distans kan antas att det blir fler lagföringar för sexuellt övergrepp mot barn på distans, vilka inte sällan kan antas vara att bedöma som grovt brott.

8.12.2 Sexuellt övergrepp mot barn

Vi har, med beaktande av riksdagens tillkännagivande i den delen, föreslagit att straffminimum för sexuellt övergrepp bör höjas till sex månaders fängelse. För fall av sexuellt övergrepp som är att bedöma som mindre grova har vi dock föreslagit en särskild straffskala där straffminimum motsvarar fängelseminimum.

Straffskalan för sexuellt övergrepp mot barn bör som utgångspunkt inte vara lindrigare än den för sexuellt övergrepp. Detta talar alltså för att straffminimum bör höjas till sex månaders fängelse även för sexuellt övergrepp mot barn. Även förslaget till höjt straffminimum för våldtäkt mot barn talar för en höjning av minimistraffet vid andra sexuella handlingar mot barn. Hänsyn måste emellertid tas till att sexuellt övergrepp mot barn omfattar gärningar av mycket skiftande slag. Brottet omfattar alltså även sådana situationer som, om det varit fråga om samlag eller en sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag, uppenbart hade varit att bedöma som sexuellt utnyttjande av barn. Enligt vår bedömning skulle det inte vara lämpligt att höja minimistraffet för samtliga fall av sexuellt övergrepp mot barn. Vi ser därför två möjliga alternativ. Antingen behålls straffminimum för sexuellt övergrepp mot barn oförändrat eller så höjs detta till sex månaders fängelse samtidigt som en särskild straffskala införs för sexuellt övergrepp mot barn som är

mindre grovt. Det förra alternativet torde dock innebära att sexuellt övergrepp mot barn skulle ses som ett mindre allvarligt brott än sexuellt övergrepp mot den som fyllt 15 år, vilket i sig inte framstår som lämpligt. Visserligen hade det i praktiken, såsom straffskalan är utformad, funnits ett utrymme för en nyanserad straffmätning där den lägsta delen av straffskalan borde kunna vara förbehållen de fall som framstår som minst allvarliga – utan att för den skull träffas av ansvarsfrihetsregeln i 6 kap. 14 § första stycket. Det hade emellertid funnits en påtaglig risk för att bedömningen vid brott mot barn under 15 år hade blivit mindre sträng än i övriga fall, även om det hade handlat om motsvarande gärningar. Detta är inte förenligt med att barn under 15 år måste förtjäna ett särskilt starkt straffrättsligt skydd mot sexuella övergrepp.

Enligt vår bedömning är därför det senare alternativet att föredra. Genom att höja minimistraffet för sexuellt övergrepp mot barn i allmänhet samtidigt som en särskild straffskala införs för mindre grova fall, ges en höjd straffnivå ett genomslag även för brott mot barn under 15 år. Samtidigt finns det fortfarande förutsättningar att ta hänsyn till uppenbart förmildrande förhållanden, även i de fall när de inte bör leda till ansvarsfrihet.

Vi föreslår därför att minimistraffet för sexuellt övergrepp mot barn höjs till fängelse i sex månader. Som vi återkommer till nedan bör straffminimum för grovt sexuellt övergrepp mot barn höjas till fängelse i ett år och sex månader. Den ändringen innebär dock inte att det är nödvändigt att höja straffmaximum för sexuellt övergrepp mot barn som inte är grovt.

Vi föreslår vidare att en särskild straffskala införs för mindre grovt brott. Den straffskalan bör vara förbehållen sexuella handlingar av annat slag än de som medför ansvar för våldtäkt mot barn under de förutsättningar som i övrigt gäller för sexuellt utnyttjande av barn. Straffskalan bör lämpligen vara fängelse i högst ett år.

Ansvarsfrihet enligt 6 kap. 14 § första stycket bör ta sikte endast på den minst allvarliga graden av brottet eftersom det ska vara uppenbart att gärningen inte inneburit något övergrepp mot barnet med hänsyn till den ringa skillnaden i ålder och utveckling mellan den som har begått gärningen och barnet samt omständigheterna i övrigt. Således bör ansvarsfrihet enligt den bestämmelsen bara komma i fråga vid sexuellt övergrepp mot barn som är mindre grovt.

8.12.3 Grovt sexuellt övergrepp mot barn

Minimistraflet för grovt sexuellt övergrepp mot barn har sedan 2013 års ändringar varit strängare än minimistraflet för grovt sexuellt övergrepp. Vi har dock föreslagit att minimistraflet för grovt sexuellt övergrepp ska höjas till fängelse ett år, dvs. samma minimistraff som i dag gäller för grovt sexuellt övergrepp mot barn.

Höjningen av minimistraflet för grovt sexuellt övergrepp mot barn 2013 från sex månaders fängelse till ett års fängelse innebar att det inte längre kom att vara full överensstämmelse mellan straffskalorna för brott mot barn under femton år och brott mot den som fyllt femton år. Enligt regeringen återspeglade ett straffminimum på ett års fängelse bättre det grova brottets allvar. I sitt remissvar hade Åklagarmyndigheten ansett att även minimistraflet för grovt sexuellt tvång, som i nu aktuellt avseende får anses motsvara grovt sexuellt övergrepp, borde höjas. Regeringen ansåg emellertid att i avsaknad av beredningsunderlag fanns inte förutsättningar att i det lagstiftningsärendet överväga en sådan ändring.

Vårt förslag till höjning av minimistraflet för grovt sexuellt övergrepp motiveras delvis av att minimistraflet för övriga fall av sexuellt övergrepp enligt riksdagens tillkännagivande bör höjas till sex månaders fängelse. Brotten mot barn under 15 år bör i och för sig inte ha lindrigare straffskalor än motsvarande brott mot den som fyllt 15 år men har inte heller i allmänhet strängare straffskalor. De skäl som föranledde att ändring i straffskalan för sexuellt övergrepp inte övervägdes 2013 – avsaknad av beredningsunderlag – medför inte att vi utifrån tidigare ställningstaganden nu måste höja straffminimum för grovt sexuellt övergrepp mot barn för att upprätthålla det relativa förhållandet mellan brottstyperna. Samtidigt innebar 2013 års ändringar i praktiken att grovt sexuellt övergrepp mot barn värderades högre än grovt sexuellt övergrepp. De ändringarna syftade till att straffskalan bättre skulle återspegla brottets allvar när det riktades mot ett barn under 15 år. Det angivna förhållandet har nu bestått under relativt lång tid. Vid bedömningen av om brottet är att bedöma som grovt sexuellt övergrepp ska dessutom beaktas om gärningsmannen är närstående till barnet eller i övrigt utnyttjat sin ställning eller missbrukat ett särskilt förtroende eller om fler än en förgripit sig på barnet eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om brottet med hänsyn till tillvägagångssättet eller barnets låga ålder eller

annars inneburit ett hänsynslöst utnyttjande av barnet. Det är alltså väsentligen fråga om samma omständigheter som ska beaktas vid bedömningen om det är fråga om grov våldtäkt mot barn, om det i stället hade rört sig om samlag eller sexuella handlingar jämförbara med samlag, där minimistraffet numera är fem års fängelse. Det går inte att bortse från att ett övergrepp bestående i sexuella handlingar mot ett barn under 15 år under sådana förhållanden framstår som mycket allvarligt och i allmänhet bör anses ha ett högt straffvärde. Enligt vår bedömning talar övervägande skäl för att även i fortsättningen värdera grovt sexuellt övergrepp mot barn högre än grovt sexuellt övergrepp. Ett minimistraff på fängelse i ett år och sex månader framstår därvid som lämpligt.

Som framgår av våra direktiv har kommissionen ifrågasatt införlivandet i svensk lagstiftning av direktiv 2011/93/EU. Vad som enligt vår bedömning möjligen skulle kunna sättas i fråga, är om direktivets krav att sexuella handlingar mot barn måste kunna bestraffas med brott med ett maximistraff på som lägst åtta års fängelse innebär att ett så högt maximistraff måste föreskrivas för grovt sexuellt övergrepp mot barn. Direktivet innehåller dock ingen definition av begreppet sexuell handling. Det måste också beaktas att tillämpningsområdet för våldtäktsbrottet omfattar gärningar som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförbara med samlag, vilket innebär att våldtäktsbrottet tar sikte på just de allvarligaste fallen av sexuella handlingar. Under dessa förhållanden anser vi att lagstiftningen uppfyller direktivets krav på lägsta maximistraff eftersom grov våldtäkt mot barn har straffmaximum på fängelse tio år. Vår bestämda uppfattning är därför att Sverige lever upp till skyldigheterna enligt direktivet. Någon ändring av straffmaximum för grovt sexuellt övergrepp mot barn behövs därför inte av detta skäl. Det har inte heller i övrigt framkommit något skäl för att höja maximistraffet. Straffmaximum bör därför även i fortsättningen vara sex års fängelse.

8.13 Utnyttjande av barn för sexuell posering och grovt utnyttjande av barn för sexuell posering

Förslag: Minimistrafvet för utnyttjande av barn för sexuell posering höjs från böter till fängelseminimum.

Bedömning: Straffskalan för grovt utnyttjande av barn för sexuell posering bör inte ändras.

8.13.1 Brotten, straffskalorna och gränsdragningen

Enligt 6 kap. 8 § döms den som främjar eller utnyttjar att ett barn under femton år utför eller medverkar i sexuell posering för utnyttjande av barn för sexuell posering till böter eller fängelse i högst två år. Detsamma gäller den som begår en sådan gärning mot ett barn som fyllt femton år, om poseringen är ägnad att skada barnets hälsa eller utveckling.

Om brottet är att bedöma som grovt döms personen för grovt utnyttjande av barn för sexuell posering till fängelse i lägst sex månader och högst sex år. Vid bedömningen om brottet är grovt ska särskilt beaktas om brottet avsett verksamhet som bedrivits i större omfattning, medfört betydande vinning eller inneburit ett hänsynslöst utnyttjande av barnet.

I övrigt hänvisar vi till vad vi anfört om straffbestämmelsen i avsnitt 7.

Statistik från de senaste åren

Liksom vid brottet sexuellt övergrepp och sexuellt övergrepp mot barn särskiljer inte Brås officiella kriminalstatistik ”*Domslut med påföljd fängelse. Årsvis*”, som är relevant i den här delen, de olika svårhetsgraderna av brottet. Det är därför svårt att dra några säkra slutsatser av statistiken. Vi har inte heller några uppgifter om hur stor andel av domarna som avser grovt utnyttjande av barn för sexuell posering.

Den som döms för utnyttjande av barn för sexuell posering döms ofta även för andra brott. Det är därför relativt ovanligt att utnytt-

jande av barn för sexuell posering är huvudbrottet. Att utnyttjande av barn för sexuell posering sällan är huvudbrottet gör, tillsammans med att statistiken avser både brott av normalgraden och grovt brott, att det är svårt att dra några slutsatser av statistiken.

Utdömda påföljder under åren 2010–2019 sträcker sig från bötesbrott på lägsta nivå till fängelse i 27 månader.

Det framstår som uppenbart att kriminalstatistiken inte kan tjäna till någon särskild ledning för bedömningen av straffvärdebedömningen för ett tänkt normalfall av brottet.

Som vi nämnt ovan har vi inte haft möjlighet att ta del av Brås statistik för 2020. Enligt Åklagarmyndighetens årsredovisning för 2020 framgår det dock att antalet brottsmisstankar rörande utnyttjande av barn för sexuell posering ökade från 900 fall 2019 till 1 500 fall 2020. Det framgår inte av Åklagarmyndighetens uppgifter om utnyttjande av barn för sexuell posering är huvudbrottet eller inte eller om det kan röra sig om sådana handlingar som enligt vårt förslag i avsnitt 5 kan komma att rubriceras som våldtäkt eller sexuellt övergrepp (eller motsvarande brott mot barn). Uppgifterna utgår dessutom från brottsmisstankar och inte lagföringar. Mot bakgrund av detta är det inte möjligt att dra några slutsatser från uppgifterna.

8.13.2 Överväganden och förslag

För detta brott finns det inte något tillkännagivande från riksdagen. Frågan är om det för denna straffbestämmelse finns andra skäl som talar för en straffskärpning.

En tillämpning av straffbestämmelsen förutsätter att målsäganden är under 18 år, dvs. målsäganden är alltid ett barn. För att dömas för brott begångna mot barn mellan 15 och 18 år förutsätts att poseringen varit ägnad att skada barnets hälsa eller utveckling.

Som vi återkommer till anser vi att böter inte bör finnas i straffskalan vid sexuellt ofredande mot barn under 15 år (avsnitt 8.14.1). Som vi utvecklat i avsnittet som rör sexuellt ofredande (avsnitt 5) rymmer den straffbestämmelsen ageranden av varierande slag. Vid en jämförelse av de ageranden som regleras i straffbestämmelsen om sexuellt ofredande och poseringsbrottet menar vi att de ligger i paritet med varandra (det kan här åter nämnas att poseringsbrottet tidigare var en del av sexuellt ofredande). Vår bedömning är att, sett

i förhållande till sexuellt ofredande mot barn, så är böter inte heller en tillräckligt ingripande åtgärd för utnyttjande av barn för sexuell posering. Denna bedömning förändras inte av att utnyttjande av barn för sexuell posering även kan avse barn som fyllt 15 år, eftersom det i sådana fall krävs att gärningen varit ägnad att skada barnets hälsa eller utveckling, vilket i sig talar i skärpande riktning. Detta talar för att böter bör utgå ur straffskalan.

Brottet framstår i de flesta fallen som allvarligare än kränkande fotografering, som i dag har samma straffskala som poseringsbrottet, i det att poseringsbrottet även innebär att målsägandens *sexuella* integritet kränks.

Vi föreslår därför en höjning av straffminimum för detta brott till fängelseminimum. Böter ska således inte längre finnas i straffskalan. Vi bedömer däremot inte att det finns skäl att höja straffmaximum för brott som inte är grovt.

Straffskalan för grovt utnyttjande av barn för sexuell posering är i dag fängelse i lägst sex månader och högst sex år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska särskilt beaktas om brottet avsett en verksamhet som bedrivits i större omfattning, medfört betydande vinning eller inneburit ett hänsynslöst utnyttjande av barnet. De gärningar som är att bedöma som grovt utnyttjande av barn för sexuell posering kan alltså vara av mycket skilda slag och av skiftande svårhet. Enligt vår bedömning framstår alltjämt ett straffminimum på sex månaders fängelse som lämpligt för att på en lägsta nivå återspegla allvaret i det grova brottet. Det motsvarar också det minimistraff som vi föreslagit för grovt sexuellt ofredande. Om det vid poseringen också sker sexuella övergrepp i form av sexuella handlingar ska dessutom dömas även för sådant brott. Därvid bör beaktas att med våra förslag i fråga om sexualbrott på distans kommer flera av de gärningar som i dag bedöms som grovt utnyttjande av barn för sexuell posering att bedömas som exempelvis våldtäkt mot barn eller sexuellt övergrepp mot barn. Eftersom det grova poseringsbrottet emellertid, sett för sig, i förhållande till grovt sexuellt ofredande inrymmer även gärningar som framstår som påtagligt mycket allvarligare bör dock straffskalan vara utformad så att det finns möjligheter för domstolarna att i tillräcklig grad beakta allvaret i gärningen. Nuvarande straffmaximum om sex års fängelse framstår dock som tillräckligt för att möjliggöra en adekvat straffvärdebedömning vid de allvarligaste fallen av grovt utnyttjande av barn för sexuell posering.

Vi föreslår därför att böter ska utgå ur straffskalan för utnyttjande av barn för sexuell posering men föreslår i övrigt inga ändringar i straffskalorna för dessa brott.

8.14 Sexuellt ofredande, sexuellt ofredande mot barn och grovt sexuellt ofredande

Förslag: Straffbestämmelsen om sexuellt ofredande delas upp i en bestämmelse som gäller brott mot barn under femton år och en som gäller i övriga fall. Det som i dag anges i paragrafens andra stycke ska i stället regleras i dess första stycke. Enligt första stycket ska den som blottar sig för någon annan på ett sätt som är ägnat att väcka obehag eller annars genom ord eller handlande ofredar en person på ett sätt som är ägnat att kränka personens sexuella integritet dömas för *sexuellt ofredande* till böter eller fängelse i högst två år. Den som däremot sexuell berör ett barn under 15 år eller förmår barnet att företa eller medverka i någon handling med sexuell innebörd eller begår en sådan gärning som avses i det nya första stycket mot ett barn under 15 år ska i stället dömas för *sexuellt ofredande mot barn* till fängelse i högst två år.

En särskild straffskala ska införas för *grovt sexuellt ofredande* och *grovt sexuellt ofredande mot barn*. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen med hänsyn till offrets låga ålder eller att fler än en deltagit i övergreppet eller på annat sätt visat särskild hänsynslöshet. Straffet ska i båda fallen vara fängelse i lägst sex månader och högst tre år.

8.14.1 Sexuellt ofredande och sexuell ofredande mot barn

Brotten, straffskalorna och gränsdragningen

Den som, i annat fall än som avses förut i 6 kap., sexuell berör ett barn under femton år eller förmår barnet att företa eller medverka i någon handling med sexuell innebörd, döms för sexuell ofredande till böter eller fängelse i högst två år. Detsamma gäller den som blottar sig för någon annan på ett sätt som är ägnat att väcka obehag

eller annars genom ord eller handlande ofredar en person på ett sätt som är ägnat att kränka personens sexuella integritet.

Någon särskild straffskala för grovt brott finns inte i dag.

En särskild fråga som uppkommit är om minimistraflet för sexuella ofredanden mot barn under 15 år bör höjas. Vi kommer därför att i det följande ta ställning till hur straffskalorna för brott som inte är att anse som grova bör se ut i framtiden. De ställningstagandena kommer att vara giltiga även om något grovt brott inte kommer att införas.

Överväganden och förslag

Som vi redogjort för ovan är minimistraflet för samtliga fall av sexuellt ofredande böter. Eftersom sexuellt ofredande utgör den nedre gränsen för straffansvaret för sexualbrott anser vi att det inte finns något skäl att föreslå ett högre minimistraff än så för sexuellt ofredande i allmänhet.

Lagstiftaren har dock vid flera tillfällen understrukt vikten av att barn och ungdomar skyddas mot alla typer av sexuella övergrepp och att lagstiftningen ska ge ett särskilt skydd mot sexuella övergrepp mot barn (se bl.a. prop. 2004/05:45 s. 22 och prop. 2012/13:194 s. 9 f.) Vi instämmer i denna bedömning.

I dag ges barn som inte fyllt 15 år, genom bestämmelserna i första stycket, ett absolut skydd mot att utsättas för sexuella beröringar och mot att företa eller delta i handlingar med sexuell innebörd. Dessutom kan och ska bestämmelserna i andra stycket om straffrättsligt skydd mot blottning och andra exhibitionistiska beteenden samt mot ord eller annat handlande som är ägnat att kränka personens sexuella integritet tillämpas såväl för barn som för vuxna.

Skyddet i det nuvarande första stycket tar alltså uteslutande sikte på barn som inte uppnått åldern för sexuellt självbestämmande och som därmed inte med rättslig verkan kan samtycka till sådant deltagande. Detsamma gäller också om brott enligt andra stycket begås mot den som inte fyllt 15 år. Brott mot barn under 15 år, oavsett om det rör sig om brott som regleras i straffbestämmelsens första eller andra stycke, innebär alltid en kränkning av barnets sexuella integritet. Av det skälet måste de i allmänhet anses mer straffvärda än motsvarande brott mot den som fyllt 15 år. Enligt vår bedömning

kan det därför starkt ifrågasättas om sexuella ofredanden mot barn under 15 år bör anses ha ett straffvärde som bara motsvarar böter. Det kan här tilläggas, vilket framkommer nedan i avsnitt 8.14.2, att det förekommer att påföljden bestäms till dagsböter även för beröringar av barn under 15 år. Detta talar för att straffminimum bör höjas.

Frågan är emellertid om det ändå kan förekomma sexualbrott mot barn som inte fyllt 15 år som inte är allvarligare än att straffvärdet även i framtiden bör motsvara böter. Vi har svårt att se det. Vare sig det handlar om sexuella beröringar, blottningar, yttranden eller andra sexuellt kränkande beteenden är det enligt vår bedömning påtagligt allvarligare när detta sker mot någon som är så ung att han eller hon inte uppnått åldern för sexuellt självbestämmande. Utgångspunkten vid bedömningen måste vara straffvärdet för sådana gärningar som en vuxen person gör sig skyldig till i förhållande till ett barn. Enligt vår uppfattning kan det inte sägas att straffvärdet för något av de straffbara ageranden som ryms inom bestämmelsen om sexuellt ofredande bara bör motsvara böter.

En annan sak är att det uppenbarligen är vanligt förekommande att gärningsmannen själv är ett barn, dvs. att han eller hon inte har fyllt 18 år. Även om det självklart inte är acceptabelt att någon gör sig skyldig till straffbart handlande bör dock undvikas en överreaktion i dessa fall. Enligt vår bedömning skulle dock en höjning av straffminimum till fängelseminimum inte, med hänsyn till bestämmelserna om påföljdsval och straffmätning för unga lagöverträdare samt möjligheten för åklagaren att meddela straffvarning, medföra en oacceptabel överreaktion när gärningsmannen är under 18 år.

I enlighet med vår bedömning i avsnitt 6.8 bör straffbestämmelsen om sexuellt ofredande delas upp i en bestämmelse som gäller brott mot barn under 15 år och en som gäller övriga fall. Vi har där också funnit att bl.a. ansvarsfrihetsbestämmelsen i nuvarande 6 kap. 14 § om att gärningen inte ska föranleda ansvar om det är uppenbart att gärningen inte inneburit något övergrepp mot barnet med hänsyn till den ringa skillnaden i ålder och utveckling mellan den som har begått gärningen och barnet samt omständigheterna i övrigt, ska vara tillämplig vid samtliga sexuella ofredanden mot barn under 15 år. Särskilt när det gäller sådana gärningar som i dag regleras i paragrafens första stycke kan den bestämmelsen antas ha ett särskilt stort

tillämpningsområde. Det förändras enligt vår mening inte om straffminimum i allmänhet höjs.

Mot en höjning skulle möjligen tala våra bedömningar i fråga om straffskalorna för sexuellt utnyttjande av barn och sexuellt övergrepp mot barn. Vi har funnit att straffminimum för sexuellt utnyttjande av barn även fortsättningsvis ska vara fängelseminimum och även funnit att samma straffminimum bör gälla för mindre grova fall av sexuellt övergrepp mot barn. Eftersom de gärningar som ska bedömas som sexuellt ofredande mot barn under 15 år trots allt i allmänhet kan antas vara mindre allvarliga än sexuellt utnyttjande av barn eller sexuellt övergrepp mot barn, skulle ekvivalensskäl kunna tala mot en höjning. Straffvärdet ska bestämmas utifrån den skada, kränkning eller fara som gärningen inneburit i det konkreta fallet, med beaktande även av gärningsmannens insikter, avsikter och motiv. Straffmaximum för sexuellt ofredande mot barn kommer dessutom att vara påtagligt lägre än för de andra brotten. Enligt vår bedömning talar inte ekvivalensskälen mot en höjning av straffminimum.

Sammanfattningsvis kan dagens straffminimum, som alltså är det samma för brott mot barn under 15 år som för brott i allmänhet enligt paragrafen, inte anses återspegla brottets allvar. Något bärande skäl mot att utmönstra böter ur straffskalan i dessa fall har inte heller framkommit. Vi anser därför att böter bör utmönstras ur straffskalan för sexuellt ofredande, såvitt avser brott mot barn under 15 år.

Straffmaximum för sexuellt ofredande är i dag två års fängelse, vilket i sig framstår som lämpligt. I nästa avsnitt kommer vi dock att överväga införandet av ett grovt sexuellt ofredande och vi har dessutom i uppdrag att, oavsett vår bedömning av behovet, lägga fram ett förslag på en sådan reglering. Införandet av ett grovt sexuellt ofredande med ett minimistraff som överstiger fängelseminimum kommer nödvändigtvis att medföra en överlappning av den befintliga straffskalan för brott som inte är grovt. Enligt vår bedömning utgör detta inte något tillräckligt skäl för att bestämma straffmaximum för sexuellt ofredande som inte är grovt lägre än i dag. Vår bedömning är därför att straffmaximum för sexuellt ofredande som inte är grovt inte bör ändras.

8.14.2 Grovt sexuellt ofredande

Inledande kommentarer

Vårt uppdrag i denna del är att analysera och ta ställning till om det bör införas ett nytt brott, grovt sexuellt ofredande. Vi ska under alla omständigheter lämna förslag på en sådan reglering. I detta avseende bör uppmärksammas att riksdagen tillkännagett för regeringen att ett grovt sexuellt ofredande, med straffet fängelse i lägst nio månader och högst tre år, ska införas (se bet. 2016/17:JuU16 p. 12 och bet. 2018/19:JuU11 p. 11). Riksdagen har som exempel på ageranden som ska rubriceras som grovt sexuellt ofredande angett situationer där gärningspersoner i grupp angriper en person eller där en gärningsperson på något annat sätt har agerat särskilt hänsynslöst eller kränkande.

Vid bedömningen av om det finns behov av höjda straff för sexuellt ofredande framstår det som nödvändigt att göra en bedömning av hur domstolarna värderat allvaret i olika slags gärningar som utgör sexuellt ofredande och därigenom också identifiera mönster för hur straffvärdet, sett till den kränkning gärningen inneburit för offret, bestämts. En sådan genomgång tjänar som underlag för våra bedömningar av såväl om det finns ett behov av att införa ett grovt sexuellt ofredande som i så fall vilka omständigheter som bör kunna medföra att brottet rubriceras som grovt.

Praxisgenomgång

Underlag

Vi har i avsnitt 6.5.1 redogjort för den praxisgenomgång vi har gjort av underrättsdomar gällande sexuellt ofredande. Underlaget i den här delen av utredningen är något annorlunda och baseras endast på domar som publicerats på rättsdatabasen JUNO under år 2019.

Av redogörelsen i avsnitt 6.5.1 framgår att det 2019 publicerades 190 domar rörande sexuellt ofredande på rättsdatabasen JUNO. För denna del av utredningen saknar de domar där den tilltalade frikändes (30 domar) relevans för bedömningen. Detta innebär att 160 domar är relevanta för denna del av utredningen.

Som vi nämnt ovan är det vanligt (80 domar) att den tilltalade döms för fler brott än sexuellt ofredande. Förutom i något enstaka fall har domstolarna i dessa fall inte angett straffvärdet för det

sexuella ofredandet. Detta innebär att ytterligare 80 domar faller bort från bedömningsunderlaget i denna del. Kvar är alltså 80 domar.

Vid genomgången nedan kommer vi att utgå från det i domarna angivna straffvärdet för det eller de sexuella ofredanden som den tilltalade dömts för.

Böter har dömts ut i ett inte obetydligt antal fall, vilket vi återkommer till nedan. För våra överväganden är det av särskild betydelse hur domstolarna bedömt straffvärdet när det är på fängelse-nivå.

Att domstolarna i en stor andel av domarna inte uttryckligen har angett straffvärdet eller uttryckt sig mer generellt såsom att ”den samlade brottslighetens straffvärde motsvarar ett kortare fängelsestraff”, eller liknande innebär att det är svårt att alltid avgöra hur domstolarna bedömt allvaret, när straffvärdet ligger över böter. I vissa av dessa fall framgår det dock av den utdömda påföljden vad straffvärdet ansetts motsvara (t.ex. med hänsyn till det antalet dagsböter som den villkorliga domen förenats med eller när hänsyn tagits till den tilltalades ungdom). Det har då framkommit att straffvärdet oftast ansetts motsvara fängelse i en månad men några gånger även två månader.

Det bör även tilläggas att den tilltalade i flera av domarna dömts för flera fall av sexuella ofredande varvid domstolarna sällan angett straffvärdet för vart och ett av brotten utan i stället den samlade brottslighetens straffvärde. Dessutom gäller, enligt bestämmelserna om straffmätning vid flerfaldig brottslighet i 26 kap. 2 § BrB, att den tillämpliga straffskalan vid flera fall av sexuellt ofredande utvidgas på så sätt att fängelse på viss tid får sättas ett år över det högsta straffet som kan följa på brottet.

Domar med straffvärde på bötesnivå

I 23 domar bestämdes påföljden till rena bötesstraff (vilket motsvarar 29 procent av domarna). Majoriteten av dessa domar avser blottning, offentlig onani och s.k. dick pics. Vi har dock även noterat att beröring, både enligt första stycket och andra stycket, ibland bedöms ha ett straffvärde på bötesnivå. Med hänvisning till att domstolarna i dessa avgöranden varit förhållandevis fåordiga i sina dom-

skäl rörande bestämmande av påföljd kan man dock inte dra några närmare slutsatser om varför straffvärdet stannade vid dagsböter.

Domar med straffvärde på fängelsenivå

I de resterande 57 domarna (71 procent av domarna) bedömer vi, även med beaktande av att straffvärdet ofta inte angetts uttryckligen, att straffvärdet i de allra flesta fallen har motsvarat fängelse i en eller två månader. Domarna avser främst beröringar och målsägandena är både vuxna och barn. Det är även vanligt med domar där den tilltalade döms för flera fall av sexuellt ofredande.

Vi har endast identifierat tre domar där straffvärdet ansetts motsvara fängelse och som inte avsett beröring. I två av fallen rörde det sig om upprepad, offentlig onani som riktat sig om mot unga målsäganden och i ett fall rörde det sig om en tilltalad som suttit gränsle över en yngre målsägande och fått utlösning i dennes ansikte.⁴ Av detta kan man dra slutsatsen att det, förutom beröringar, har krävts allvarligare kränkningar för att straffvärdet ska överstiga böter.

För att straffvärdet ska uppgå till fängelse två månader, vilket är förhållandevis vanligt, krävs det i regel något försvårande eller tillkommande moment. Exempel på sådana moment är att gärningen skedde i målsägandens hem, att målsäganden befann sig i en utsatt situation, att det rört sig om betvingande eller att målsäganden varit ung.⁵ Vissa domar kan även tolkas som att straffvärdet uppgår till två månader av det skälet att den tilltalade dömts för upprepad brottslighet. Vi har inte kunnat dra några säkra slutsatser rörande bedömningen av om en gärning bedömts ha ett straffvärde om en eller två månader.

De domar vi har gått igenom visar att det är ovanligt med straffvärden som överstiger två månader. Vi har identifierat fem domar (vilket motsvarar drygt 6 procent) där straffvärdet anges till fängelse i tre månader⁶ och en dom där straffvärdet anges till fängelse ett år⁷.

⁴ Samtliga domar har meddelats av Svea hovrätt; dom den 5 november 2019 i mål nr B 6703–18, dom den 12 november 2019 i mål nr B 4707–19 och dom den 10 april 2019 i mål nr B 9355–18.

⁵ Hovrätten för Västra Sveriges dom den 4 februari 2019 i mål nr B 4961–18, Hovrätten över Skåne och Blekinges dom den 24 september i mål nr B 710–19, Hovrätten för Övre Norrlands dom den 15 februari 2019 i mål nr B 917–18.

⁶ Göta hovrätts dom den 26 juni 2019 i mål nr B 595–19, Svea hovrätts dom den 31 januari 2019 i mål nr B 4441–18, Hovrätten för Skåne och Blekinges dom den 18 februari 2019 i mål nr B 3347–18, Hovrätten för Nedre Norrlands dom den 29 maj 2019 i mål nr B 268–19 och Hovrätten för Västra Sveriges dom den 5 september 2019 i mål nr B 2439–19.

⁷ Göta hovrätts dom den 28 november 2019 i mål nr B 2634–19.

Beträffande de domar där straffvärdet bedömts motsvara tre månaders fängelse har det i flera fall rört sig om beröringar av underliv. Det har också förekommit betvingande, förnedrande inslag, att målsäganden var ung och situationer där det förelegat en förtroende- eller beroendeställning mellan den tilltalade och målsäganden. I två fall dömdes den tilltalade för fler än två gärningar.

Den dom där straffvärdet bedömdes till ett år avsåg ett flertal fall av kvalificerade sexuella beröringar som dock inte var att bedöma som sexuella handlingar, vilka hade begåtts under flera års tid mot ett barn under 15 år.

Bland de domar som legat till grund för praxisgenomgången har vi inte funnit något sådant fall som tagits upp i riksdagens tillkännagivanden, att gärningsmän i grupp angripit en målsägande. Vi har dock funnit ett tidigare avgörande där tre personer i grupp ofredat målsäganden sexuellt⁸. Hovrätten ansåg där att straffvärdet motsvarade två månaders fängelse.

En särskild straffskala för grovt sexuellt ofredande bör införas

Som nämnts ovan rymmer straffbestämmelsen gärningar av vitt skilda slag med varierande straffvärde. Trots detta, och trots att straffskalan sträcker sig från böter till fängelse i två år, visar vår genomgång att straffvärdena är koncentrerade till böter eller fängelse i en eller två månader. Vår bedömning är att straffvärdena, med hänsyn till den stora variation av gärningar som ryms inom straffbestämmelsen och att det alltid ska göras en bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet, borde variera mer än vad som sker.

I flertalet typfall som riktas mot vuxna offer, såsom blottning och att skicka s.k. dick pics och även olika slags yttranden, bedömer vi att brottsligheten redan i dag föranleder ett i förhållande till brottslighetens allvar proportionerligt ingripande.

Det kan ifrågasättas om inte straffvärdebedömningen enligt nuvarande praxis i de allvarligaste fallen är väl försiktig. Vi har identifierat ett antal fall där den tilltalade har dömts för sexuellt ofredande mot yngre målsägande där den tilltalade missbrukat sin förtroendeställning och där straffvärdet trots detta inte har överstigit fängelse två månader. Även beröringar av målsäganden så unga som 12 år har

⁸ Hovrätten för Västra Sveriges dom den 14 februari 2017 i mål nr B 1079–17.

resultat i ett straffvärde om fängelse en månad. Det förekommer även, som vi nämnt, att straffvärdet bestäms till dagsböter trots att den tilltalade har berört en målsägande under 15 år. För sistnämnda fall har vi dock föreslagit att böter utmönstras ur straffskalan.

Såväl när det gäller brott mot barn under 15 år som mot äldre målsägande än så, framstår det som att den straffmätning som följer av praxis inte alltid beaktar den kränkning som även ett sexuellt ofredande kan medföra för offret. Synen på sexuella kränkningar har skärpts under lång tid. Det kan därför ifrågasättas om ingripandegraden enligt nuvarande straffmättingspraxis fullt ut står i proportion till brottets allvar, med nuvarande syn på sexuella kränkningar. Att beröra en ung person, inte minst den som befinner sig i en förtroende- eller beroendeställning, måste alltid anses utgöra en mycket allvarlig kränkning av dennes sexuella integritet. Nuvarande straffmättingspraxis, där straffvärdet i mycket stor utsträckning bedöms motsvara dagsböter eller bara någon månads fängelse, beaktar inte fullt ut den skärpta synen i den kränkning som offret utsatts för i det enskilda fallet. Detta talar för att straffen bör skärpas för de allvarligaste fallen av sexuellt ofredande, där omständigheterna är försvårande. Vi menar därför att det krävs lagstiftningsåtgärder för att domstolarna ska beakta försvårande omständigheter i ökad utsträckning.

Det mest ändamålsenliga är att konstruera ett särskilt, grovt brott för de allvarligaste fallen av sexuellt ofredande. Därmed kan åstadkommas en skärpt reaktion för de allvarligaste och mest hänsynslösa gärningarna, samtidigt som nuvarande praxis alltjämt kan tillämpas för övriga fall. Genom att ge de allvarligaste brotten en strängare straffskala återspeglas allvaret i dessa gärningar.

En sådan straffskärpning överensstämmer väl med de senaste årens lagstiftningsarbeten där man velat stärka skyddet för den sexuella integriteten, där dock straffskalan för sexuellt ofredande inte övervägts särskilt. En straffskärpning överensstämmer även med de straffskärpningar som gjorts för andra brott (en närmare redogörelse av prop. 2016/17:108 och den höjning av ett flertal påföljder som då skedde ges i avsnitt 8.8.4).

En särskild, strängare straffskala för grovt brott bör därför införas. Den strängare straffskalan bör ta sikte på såväl de gärningar som ska bedömas som sexuellt ofredande i allmänhet som de som ska bedömas som sexuellt ofredande mot barn.

Kvalifikationsgrunderna för grovt sexuellt ofredande och grovt sexuellt ofredande mot barn

Eftersom syftet med att införa ett grovt brott är att höja straffen för de allvarligaste formerna av brottet är det viktigt att identifiera de fall som typiskt sett är så allvarliga och straffvärda att de bör omfattas av det grova brottet. För att förändringen ska få önskad effekt bör det anges i lagen vilka omständigheter som särskilt ska beaktas för att ett brott ska bedömas som grovt. Det gör också att lagstiftningen blir tydligare samtidigt som det ger ledning för rättstillämpningen. Vid utformningen av dessa omständigheter kan en jämförelse göras med vad som konstituerar grovt brott i övriga straffbestämmelser i kapitlet. Även om bedömningen av om ett brott är grovt ska göras utifrån en samlad bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet, vid vilken såväl försvårande som förmildrande omständigheter ska beaktas, bör således övervägas vad som särskilt ska beaktas vid bedömningen av om ett brott ska rubriceras som grovt brott.

Vi har vid vår praxisgenomgång funnit ett antal avgöranden där den tilltalade otillbörligen utnyttjat att offren, oftast yngre flickor, befunnit sig i en särskild utsatt situation. Förhållandena skiljer sig åt men har bestått i att offren varit fosterhemsplacerade, bostad på särskilda boenden eller befunnit sig på avskilda platser ensamma med den tilltalade. Som en följd av den situation offren befunnit sig i har de varit beroende av den tilltalade och därmed varit extra sårbara samt haft mer begränsade möjligheter att freda sig. I flera avgöranden framkommer det att offret, p.g.a. sin situation, har varit särskilt rädda för att anmäla brottet av rädsla för att inte bli trodda eller för att de är beroende av samhället och de beslut som fattas åt dem. I dessa fall har offrens utsatta situation varit känd för den tilltalade som därmed dragit nytta av detta vid övergreppet. Detta framstår i sig som särskilt kränkande.

I de rättsfall vi har identifierat har vi funnit att straffvärdet för denna typ av situationer ansetts motsvara mellan en och tre månaders fängelse. Vi menar att det finns goda skäl för att sådana gärningar, där gärningsmannen på ett hänsynslöst sätt utnyttjar offrets utsatta situation, ska bedömas strängare.

Andra fall som det finns anledning att bedöma strängare än i dag är de där gärningsmannen utnyttjat att ett offer sovit, varit med-

vetslös, befunnit sig i ett tillstånd av allvarlig rädsla (s.k. frozen fright), berusning eller annan drogpåverkan, sjukdom, kroppsskada eller psykisk störning vid gärningen, eller att gärningen pågått under längre tid. Även i dessa fall är det vår bedömning att gärningsmannen ofta har agerat på ett särskilt hänsynslöst sätt.

Visad särskild hänsynslöshet bör därför utgöra ett skäl som bör leda till att brottet bör bedömas som grovt.

Med den av oss föreslagna höjningen av straffminimum för sexuellt ofredande mot barn under 15 år har vi markerat att det är allvarligare att begå brott mot barn under 15 år. Graden av kränkning som barnet utsätts för kan dock även variera när målsäganden är under 15 år och enbart den omständigheten att brottet riktats mot ett barn kan inte anses tillräckligt för att kvalificera det som grovt. Brott begångna mot mycket unga offer kan emellertid anses innebära att gärningsmannen agerat på ett särskilt hänsynslöst sätt. Inte minst måste detta gälla när det varit fråga om beröringar av kvalificerat slag som dock inte når upp till vad som utgör sexuella handlingar. Att brottet riktat sig mot ett barn bör med hänsyn till det ovan anförda inte utgöra en självständig grund för att bedöma det som grovt. Offrets låga ålder bör däremot ha betydelse för bedömningen av om gärningsmannen visat särskild hänsynslöshet och ska därför, om så varit fallet, medföra att brottet bör bedömas som grovt.

En ytterligare omständighet som talar i försvårande riktning är om det varit flera gärningsmän som utsatt offret för sexuellt ofredande eller på annat sätt deltagit i övergreppet. Detta kan, men måste inte, anses som så allvarligt att brottet bör bedömas som grovt. I det avseendet bör omständigheterna vid gärningen vara av särskild betydelse och då särskilt vari ofredandet bestått. Det framstår som påtagligt allvarligare om flera personer handgripligen antastar en ung målsägande än om flera personer muntligen kränker en vuxen målsägande sexuellt. I de allvarligare fallen kan dock den omständigheten att det varit fråga om flera gärningsmän anses utgöra en sådan hänsynslöshet att brottet bör kunna bedömas som grovt. Detta är i linje med regleringen för flera andra sexualbrott. Ett sexuellt ofredande bör således kunna bedömas som grovt exempelvis när offret sammantaget utsatts för flera övergrepp som har utförts av olika personer var för sig och i en följd eller när fler än en person samtidigt har deltagit i övergreppet, om gärningsmannen därigenom visat särskild hänsynslöshet.

Med kvalifikationsgrunder utformade på detta sätt anser vi att en rimlig avgränsning av de gärningar som normalt bör bedömas som grovt brott kan göras, såväl vid sexuellt ofredande i allmänhet som vid sexuellt ofredande mot barn. Vi ser inte att det finns behov av några ytterligare kvalifikationsgrunder.

Sammanfattningsvis bör alltså vid bedömningen av om brottet är grovt särskilt beaktas om gärningsmannen med hänsyn till offrets låga ålder eller att fler än en deltagit i övergreppet eller annars visat särskild hänsynslöshet. En helhetsbedömning måste göras av samtliga omständigheter.

Överväganden och förslag beträffande straffskalan vid grovt brott

Straffskalan för ett brott och dess olika grader ska återspegla brotts- typens allvar. Den bedömningen är en fråga för lagstiftaren. Samtidigt är det angeläget att straffskalan utformas med beaktande av principerna om proportionalitet och ekvivalens, dvs. att ett allvarligare brott ska straffas strängare än ett mindre allvarligt brott och lika allvarliga brott ska straffas lika allvarligt.

Som nämnts tidigare anges i riksdagens tillkännagivande att straffskalan ska vara fängelse i lägst nio månader och högst tre år. Minimistraffet nio månaders fängelse är i dag föreskrivet för grovt olaga tvång (4 kap. 4 §) och grovt olaga hot (4 kap. 5 §). Vid bedömningen av om sådana brott är grova ska särskilt beaktas, såvitt avser olaga tvång, om gärningen har innefattat våld av allvarligt slag eller, såvitt avser såväl olaga tvång som olaga hot, har innefattat hot som påtagligt har förstärkts med hjälp av vapen, sprängämne eller vapenattrapp eller genom anspelning på ett våldskapital eller som annars har varit av allvarligt slag eller om gärningen annars har varit av särskilt hänsynslös eller farlig art. Därutöver är minimistraffet nio månaders fängelse föreskrivet för grov kvinnofridskränkning och grov fridskränkning (4 kap. 4 a §) vilka dock förutsätter att flera brottsliga gärningar begåtts i ett sammanhang.

Såvitt avser sexualbrotten föreskrivs i dag inte minimistraffet nio månaders fängelse för något brott. Sexuellt ofredande bör dock, även om det kan inrymma gärningar av relativt allvarligt slag, även i framtiden ses som det minst allvarliga av sexualbrotten och dess straffskalor bör utformas med utgångspunkt i detta.

Kvalifikationsgrunderna för grovt olaga tvång och grovt olaga hot förutsätter våld eller hot av påtagligt försvårande slag. Jämfört med de brottstyperna syftar tillämpningsområdet för det grova sexuella ofredandet, på det sätt vi föreslagit, till att träffa gärningar som relativt sett framstår som mindre allvarliga än dessa, men där det finns anledning till en högre straffnivå än i dag. En jämförelse bör också göras med grovt olaga integritetsintrång och grovt dataintrång, som avser att träffa gärningar som i allmänhet inte framstår som mindre allvarliga än de vi ser framför oss som grovt sexuellt ofredande. För de brottstyperna är minimistraffet sex månaders fängelse.

Det framstår som uppenbart att det som bör krävas för att ett olaga hot ska bedömas som grovt markerar att det rör sig om allvarligare gärningar än de som vi ser framför oss bör utgöra grovt sexuellt ofredande. Och de omständigheter som bör medföra att ett olaga integritetsintrång bedöms som grovt bör ur kränkingshänseende anses som jämförbara med de som enligt vår bedömning bör gälla vid grovt sexuellt ofredande. Enligt vår mening talar proportionalitets- och ekvivalenshänsyn med styrka för att välja sex månaders fängelse som minimistraff för grovt sexuellt ofredande. Det minimistraffet markerar i sig en påtagligt skärpt syn på de grova fallen av sexuellt ofredande i förhållande till övriga fall, samtidigt som det alltså utgör det minst allvarliga av sexualbrotten. Och även om det inte är av avgörande betydelse, vill vi också lyfta att ett alltför högt minimistraff för grovt sexuellt ofredande riskerar att medföra att bestämmelsen i praktiken kommer att tillämpas snävare än vad som avsetts.

Det bör påpekas att den som använder våld eller hot när han eller hon begår ett sexuellt ofredande kan dömas även för andra brott med strängare straffskala. Omständigheterna i det enskilda fallet kan även göra att gärningen rubriceras som andra brott enligt 6 kap. för vilka strängare straff är föreskrivna.

Vi anser därför att minimistraffet för grovt sexuellt ofredande bör vara sex månaders fängelse. Samma straffminimum bör gälla för grovt sexuellt ofredande mot barn. Skulle lagstiftaren trots detta anse att nio månaders fängelse bör väljas, finns det dock inte något formellt hinder mot detta. När det gäller maximistraffet finns inte anledning för oss att föreslå något annat än det som tillkännagivandena anger, dvs. tre års fängelse.

Vi föreslår därför att straffskalan för grovt sexuellt ofredande och grovt sexuellt ofredande mot barn ska vara fängelse i lägst sex månader och högst tre år.

Sexuellt ofredande anses i dag inte som ett brott vars art, om straffvärdet är på fängelsenivå, generellt medför en presumtion för fängelse även om inte straffvärdet i sig motiverar det och det inte heller är fråga om återfall. Varken lagens förarbeten eller Högsta domstolens praxis pekar ut sexuellt ofredande som ett sådant brott.

Det finns emellertid exempel i rättspraxis där omständigheterna vid brottet ändå ansetts tala för fängelse som påföljd, t.ex. vid handgripligt antastande av barn (RH 2018:21). Riksåklagaren har den 18 mars 2021 överklagat Hovrätten för Skåne och Blekinges dom den 18 februari 2021 i mål nr B 2088–20 om sexuellt ofredande mot ett barn som hade fyllt 15 år. Riksåklagaren har yrkat att Högsta domstolen bestämmer påföljden till fängelse. Någon entydig rättspraxis i det avseendet finns dock inte.

Enligt vår bedömning bör påföljden för sexuellt ofredande som inte är grovt bestämmas på samma sätt som tidigare.

Vid grovt sexuellt ofredande bör dock, oavsett om lagstiftaren väljer det av oss föreslagna minimistraffet eller det som anges i tillkännagivande, allvaret i de omständigheter som kvalificerar brottet som grovt också tala för att det bör finnas en presumtion för fängelse. Detta motsvarar vad som t.ex. i allmänhet bör gälla vid grovt olaga integritetsintrång eller grovt barnpornografibrott.

8.14.3 Sexuellt ofredande som fridskränkingsbrott eller olaga förföljelse

För grov fridskränkning (4 kap. 4 a § första stycket) döms den som, under närmare angivna förutsättningar, begår brottsliga gärningar enligt 3, 4, 6 eller 12 kap. BrB mot en närstående eller tidigare närstående person. Har sådana gärningar begåtts av en man mot en kvinna som han är eller har varit gift med eller har bott tillsammans med under äktenskapsliknande förhållanden döms i stället för grov kvinnofridskränkning (andra stycket). Sexuellt ofredande kan således, liksom övriga sexualbrott, ingå i brotten grov kvinnofridskränkning och grov fridskränkning (4 kap. 4 a §). Detsamma kommer, utan att den paragrafen behöver ändras, att gälla sexuellt ofredande

mot barn respektive grovt sexuellt ofredande och grovt sexuellt ofredande mot barn enligt våra förslag.

Sexuellt ofredande kan i dag ingå i brottet olaga förföljelse (4 kap. 4 b §). Straffet för olaga förföljelse är fängelse i högst fyra år. Straffbestämmelsen är något annorlunda utformad än bestämmelserna om grov fridskränkning och grov kvinnofridskränkning på så sätt att varje enskilt brott som kan omfattas har angetts uttryckligen i straffbestämmelsen. Utgångspunkten har varit att olaga förföljelse bör omfatta sådana brottstyper som annars leder till förhållandevis lindriga påföljder också när de skett upprepat eller systematiskt mot en och samma person. Som utgångspunkt bör olaga förföljelse omfatta sådana brottstyper som typiskt sett ingår i ett förföljelsebeteende. Däremot bör inte sådana brottstyper omfattas som visserligen kan ingå i den samlade brottsligheten men som sedda för sig framstår som påtagligt allvarligare, eller som väsentligen syftar till att skydda ett annat intresse än den enskildes personliga integritet se prop. 2010/11:45 s. 68. Det finns enligt vår bedömning alltjämt anledning att låta sexuellt ofredande som inte är grovt omfattas av straffbestämmelsen. Detsamma gäller sexuellt ofredande mot barn.

Visserligen kommer minimistraffet för sexuellt ofredande mot barn att med vårt förslag motsvara minimistraffet för olaga förföljelse, dvs. fängelse. Så är också fallet med misshandel som inte är ringa och skadegörelse som också kan ingå i olaga förföljelse. När det däremot gäller grovt sexuellt ofredande och grovt sexuellt ofredande mot barn bör den av oss föreslagna straffskalan, fängelse i lägst sex månader och högst tre år, anses ge ett tillräckligt utrymme att beakta brottets allvar även vid upprepad brottslighet (jfr de ställningstaganden i fråga om grovt olaga hot och grovt olaga tvång som gjordes vid tillkomsten av olaga förföljelse, a. prop. s. 69). Därvid följer av 26 kap. 2 § andra stycket att straffmaximum vid flera fall av det grova brottet kommer att motsvara maximistraffet för olaga förföljelse. Vi föreslår därför att det i 4 kap. 4 b § ska anges att sexuellt ofredande och sexuellt ofredande mot barn, men inte grovt sexuellt ofredande eller grovt sexuellt ofredande mot barn, ska kunna ingå i olaga förföljelse.

8.15 Köp av sexuell tjänst

Förslag: Minimistraffet för köp av sexuell tjänst höjs genom att böter utmönstras ur straffskalan.

Uppdraget

Enligt utredningens tilläggsdirektiv ska vi i denna del, inom ramen för översynen av straffskalorna, föreslå förändringar i straffskalan för köp av sexuell tjänst som innebär att minimistraffet höjs från böter till fängelse. Vi har alltså inte i uppdrag att överväga förutsättningarna för straffansvar eller frågor om exempelvis brottsutredningen eller frågan om målsägandeställning. Däremot är vi ålagda att lägga fram ett förslag som innebär att böter utmönstras från straffskalan.

Tidigare överväganden rörande straffskalan för brottet

Straffbestämmelsen om köp av sexuell tjänst infördes den 1 januari 1999 genom lagen (1998:408) om förbud mot köp av sexuella tjänster (sexköpslagen). I samband med reformen av 6 kap. 2005 införlivades straffbestämmelsen i kapitlet som köp av sexuell tjänst i 11 § och har därefter ändrats endast genom att straffmaximum höjdes 2011. Enligt bestämmelsen döms den, som i annat fall än som avses förut i 6 kap., skaffar sig en tillfällig sexuell förbindelse mot ersättning för köp av sexuell tjänst till böter eller fängelse i högst ett år. Detta gäller även om ersättningen har utlovats eller getts av någon annan. Även försök till brottet är straffbart.

Köp av sexuella tjänster var före 1999 straffbart endast när det var fråga om att någon mot ersättning sökte skaffa sig tillfälliga sexuella förbindelser från någon som inte fyllt 18 år. Koppleri var straffbart. Huruvida ett generellt förbud mot köp av sexuella tjänster borde införas var också omdiskuterat. I propositionen (prop. 1997/98:55 s. 104) uttalades emellertid att även om det kunde anföras argument mot att kriminalisera köp av sexuella tjänster ansåg regeringen ändå att argumenten för en kriminalisering vägde så tungt att det var rimligt att införa ett förbud mot köp av tillfälliga sexuella förbindelser. Därigenom markerades också samhällets inställning i denna fråga.

Ett förbud mot köp av sexuell tjänst infördes därför. Straffskalan utformades i överensstämmelse med den för förförelse av ungdom, som var böter eller fängelse i högst sex månader.

Högsta domstolen prövade snart efter ikraftträdandet i NJA 2001 s. 527 frågan om straffmätning för ett typiskt fall av brottet där några särskilda försvårande eller förmildrande omständigheter inte fanns som var ägnade att påverka straffvärdet. Påföljden bestämdes till 50 dagsböter. Detta avgörande har varit i princip helt styrande för påföljdsbestämningen sedan dess.

När straffbestämmelsen togs in i 6 kap. genom 2005 års reform redovisades inga särskilda överväganden i fråga om straffskalan i propositionen. För brottet köp av sexuell handling av barn, som med en smärre utvidgning ersatte förförelse av ungdom, höjdes däremot straffmaximum till två års fängelse för att markera att köp av sexuella handlingar som riktar sig mot barn generellt sett har ett högre straffvärde än om gärningen riktar sig mot en vuxen person.

Utredningen om utvärdering av förbudet mot köp av sexuell tjänst gavs 2008 i uppdrag att utvärdera tillämpningen av förbudet mot köp av sexuella tjänster och de effekter förbudet hade fått. Överväganden redovisades i betänkandet SOU 2010:49. Såvitt nu är av intresse visade utredningens praxisgenomgång att påföljden, som en följd av Högsta domstolens uttalanden om straffmätning i NJA 2001 s. 527, hade bestämts till 50 dagsböter i mer än 85 procent av lagföringarna. Utredningen föreslog att straffmaximum för köp av sexuell tjänst skulle höjas från fängelse sex månader till fängelse ett år för att det skulle kunna göras en mera nyanserad bedömning vid allvarigare fall av sexköp än vad som var möjligt inom ramen för den dåvarande straffskalan för brottet.

I prop. 2010/2011:77 instämde regeringen i utredningens bedömning att det fanns ett behov av att skapa ytterligare utrymme för att vid allvarliga fall av köp av sexuell tjänst kunna göra en mer nyanserad bedömning av straffvärdet än vad som varit möjligt tidigare. Den 1 juli 2011 höjdes därför straffmaximum för köp av sexuell tjänst till fängelse ett år.

2014 års människohandelsutredning fick sedan i uppdrag bl.a. att utvärdera vilket genomslag 2011 års höjning av straffmaximum för köp av sexuell tjänst hade fått. I delbetänkandet SOU 2016:42 fann utredningen, efter en genomgång av domar som meddelats under perioden den 1 juli 2011 till den 31 december 2015 och Brås sam-

manställda statistik, att det var mycket ovanligt att påföljden bestämdes till något annat än dagsböter och att den vanligaste påföljden för ett enskilt fall av köp av sexuell tjänst alltså var 50 dagsböter. I de fall där påföljden hade bestämts till annat än dagsböter hade det dömts till någon ungdomspåföljd eller förordnats att tidigare utdömd påföljd skulle omfatta även detta brott. Endast i ett fall dömdes till ett bötesstraff som översteg 50 dagsböter, och då hade det dömts till 60 dagsböter. Något genomslag av 2011 års höjning av straffmaximum bedömdes alltså inte ha skett. Utredningen anförde även att det var ovanligt att förmildrande eller försvårande omständigheter redovisades.

Utredningen föreslog att straffbestämmelsen skulle gradindelas och att ett grovt brott skulle införas. Genom att uttryckligen ange att försvårande omständigheter ska beaktas samt vilken typ av omständigheter som avses menade utredningen att det kunde förväntas att 2011 års straffskärpning skulle få avsett genomslag. Förslaget var att straffet för köp av sexuell tjänst som inte var grovt skulle vara böter eller fängelse i högst sex månader medan straffet för det grova brottet skulle vara fängelse i högst ett år. Syftet med ändringarna var inte att generellt påverka straffnivåerna och utredningen ansåg inte att det fanns skäl att förändra straffskalans yttre ramar.

Förslagen behandlades i prop. 2018/19:157. Även regeringen bedömde att straffbestämmelsen i praktiken inte hade kommit att tillämpas på sådant sätt som avsågs med lagändringen 2011 och ansåg att valet av påföljd för köp av sexuell tjänst fortfarande i alltför hög utsträckning följer en schablon samt att förekomsten av försvårande omständigheter beaktas alltför sällan. Detta var, enligt regeringen, inte tillfredsställande. Regeringen anslöt sig därför till utredningens bedömning att det fanns ett behov av åtgärder för att åstadkomma en mer nyanserad bedömning av straffvärdet vid allvarliga fall av köp av sexuell tjänst (a. prop. s. 7 f.). Enligt regeringen fick straffskalans yttre ramar anses ge ett tillräckligt utrymme för nyanserade bedömningar av straffvärdet vid allvarliga fall av köp av sexuell tjänst varför dessa borde vara oförändrade. Ett flertal remissinstanser hade invänt att en gradindelning av brottet skulle medföra påtagliga olägenheter, inte minst eftersom en sådan skulle riskera leda till att rättsväsendets resurser huvudsakligen skulle satsas på de mer straffvärda fallen och att färre brott totalt sett skulle beivras. Regeringen ansåg samman-

taget att det inte var lämpligt att gradindela brottet. Någon ändring av straffbestämmelsen genomfördes därför inte.

Statistik från de senaste åren

Statistiken över utdömda fängelsestraff för köp av sexuell tjänst visar att det är väldigt ovanligt att den tilltalade döms till fängelse för brottet. Under de senaste åren har Brå endast noterat tre fängelsedomar och dessa tre domar är utspridda över tre år (2012, 2014 och 2019).

Detta ska jämföras med antalet sammanlagda domslut, straffförelägganden och åtalsunderlåtelse som meddelats per år. Om man bortser från år 2017, då det sammanlagt meddelade 194 domslut, straffförelägganden och åtalsunderlåtelse, har det de senaste åren meddelats mellan 238 och 450 sådana lagföringar per år. Det blir då uppenbart att antalet fängelsedomar i förhållande till det sammanlagda lagföringarna är litet. Som vårt uppdrag är utformat har vi inte haft anledning att göra någon mer fullständig genomgång av lagföringar för köp av sexuell tjänst under de senaste åren. Våra iakttagelser bekräftar dock att påföljden i en överväldigande majoritet av lagföringarna för ett enstaka brott bestäms till dagsböter och att 50 dagsböter alltså framstår som den vanligaste påföljden. I de fall högre dagsböter dömts ut har det i de fall vi sett rört sig om flerfaldig brottslighet. Det har också kommit till vår kännedom att det i något enstaka fall förekommit att påföljden bestämts till villkorlig dom.

Sammantaget bedömer vi att det inte skett någon beaktansvärd skärpning av straffen de senaste åren.

Överväganden och förslag

Även om direktiven alltså inte ger utrymme för oss att föreslå att straffminimum alltså ska vara böter anser vi oss oförhindrade att redovisa vår bedömning i fråga om det föreligger andra skäl än regeringens ställningstagande i tilläggsdirektiven för att föreslå en ändring av straffskalan.

Vi har ingen annan uppfattning i fråga om behovet av att förebygga och bekämpa prostitution än den som regeringen redovisade i prop. 2018/19:157. Att förebygga och bekämpa prostitution är alltså ett angeläget samhällsintresse. I det arbetet utgör straff-

bestämmelsen om förbud mot köp av sexuell tjänst ett viktigt instrument och det är angeläget att straffet i det enskilda fallet, inte minst när det gäller allvarliga fall, motsvarar brottets allvar.

Den skärpta synen på kränkningar av den sexuella integriteten som vi redovisat tidigare är i sig en följd av att rätten att själv få bestämma över sin egen kropp har stärkts. Köp av sexuella tjänster innebär alltid att någon väljer att mot ersättning skaffa sig rätten till en annan persons kropp. Det står klart att prostitution i stor utsträckning innebär ett utnyttjande av personer i socialt utsatta situationer, ibland även personer som är offer för människohandel. Prostitutionsverksamheten innebär i sig även påtagliga risker för den prostituerade. De som utnyttjas är oftast kvinnor, men även barn (både flickor och pojkar) och hbtqi-personer anses särskilt utsatta. I det perspektivet framstår köp av sexuell tjänst som ett hänsynslöst och cyniskt utnyttjande av andra människor. Brottet utgör vidare en kränkning av den prostituerades människovärde och rätt att få bestämma över sitt liv och sin kropp.

I ljuset av det anförda kan det ifrågasättas om brottets straffvärde ens på en lägsta nivå bör motsvara böter. Sett till den påverkan som brottet har både på den utsatta och samhället framstår köp av en sexuell tjänst i sig som allvarligare än flertalet andra brott som kan medföra böter som straff.

När köp av sexuell tjänst kriminaliserades var minimistraflet för det dåvarande brottet förförelse av ungdom, som i dag motsvaras av utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling, böter. Det framstår som naturligt att minimistraflet då inte bestämdes högre för köp av sexuell tjänst än för förförelse av ungdom. I dag finns emellertid inte böter i straffskalan vid utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling och riksdagen har dessutom tillkännagett för regeringen att minimistraflet ska höjas ytterligare. Detta återkommer vi till i avsnitt 8.16.

Den som köper en sexuell tjänst av en person som inte deltar frivilligt kan dömas för våldtäkt eller oaktsam våldtäkt. I förarbetena till 2018 års reform angavs särskilt att ett konkret fall där det utvidgade straffansvaret kan komma att aktualiseras är vid människohandel som syftar till prostitution, dvs. när en person genom våld eller hot tvingas att delta i sexuella handlingar med en person som köper sex (se prop. 2017/18:177 s. 39). Det har också förekommit att en man som köpt sexuella tjänster av en kvinna som av andra varit

utsatt för människohandel för sexuella ändamål och av det skälet inte kunde medverka frivilligt ansetts ha varit grovt oaktsam i förhållande till den bristande frivilligheten och dömts för oaktsam våldtäkt (Svea hovrätts dom den 15 juli 2019 i mål nr B 5624–19). Detta är inte av omedelbar betydelse för bedömningen av minimistraflet för köp av sexuell tjänst, men bör ändå beaktas på så sätt att det inte är uteslutet att allvarligare fall av köp av sexuell tjänst i stället kan komma att bedömas som ett allvarligare brott.

Brå gavs i fjol i uppdrag att följa upp och analysera tillämpningen av förbudet mot köp av sexuella tjänster och utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling. I det uppdraget ingår bl.a. att beskriva och analysera vilka som köper och säljer sex respektive utnyttjar barn genom köp av sexuell handling, hur köpen initieras och genomförs, kartlägga vilka påföljder som döms ut för sexköp och hur dessa motiveras samt analysera i vilken mån de personer som sålt sex har haft målsägandestatus i de aktuella ärendena. Brå ska även studera i vilken mån personer döms för våldtäkt eller oaktsam våldtäkt vid köp av sexuell tjänst och vad som utmärker dessa ärenden. I den mån det framgår av de studerade ärendena, ska Brå också studera om ärendena har koppling till människohandel, människoexploatering och koppleriverksamhet eller så kallad sugardejtning. Uppdraget ska redovisas senast den 29 april 2022.

Det kan enligt vår bedömning ifrågasättas om dagens straffminimum motsvarar allvaret i brottet, vilket i sig kan tala för att utmönstra böter ur straffskalan. Ekvivalensskäl kan inte heller anses hindra en sådan ändring. De studier som Brå ska genomföra inom ramen för uppdraget kan dock komma att ge ytterligare belysning av de frågeställningar som bör ligga till grund för ställningstagandet om böter bör utmönstras ur straffskalan för köp av sexuell tjänst. Enligt vår bedömning borde Brås redovisning avvaktas innan slutlig ställning tas till om straffskalan för köp av sexuell tjänst bör ändras.

I enlighet med vårt uppdrag har vi emellertid att lämna ett förslag som innebär att böter inte längre ska ingå i straffskalan för brottet köp av sexuell tjänst. I fråga om hur straffskalan bör utformas står det klart att minimistraflet inte bör vara högre än fängelseminimum. Det finns inte heller anledning att göra någon annan bedömning än den som regeringen gjorde i prop. 2018/19:157, att straffmaximum även fortsättningsvis bör vara ett års fängelse. Vi föreslår därför att straffskalan för köp av sexuell tjänst ska vara fängelse i högst ett år.

8.16 Utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling

Förslag: Minimistraffet för utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling höjs till fängelse i sex månader. En särskild straffskala för mindre grovt brott ska införas. Straffet ska i sådant fall vara fängelse i högst ett år.

Inledning

Enligt 6 kap. 9 § ska den som, i annat fall än som avses förut i kapitlet, förmår ett barn som inte fyllt arton år att mot ersättning företa eller tåla en sexuell handling, dömas för utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling till fängelse i högst fyra år. Vad som sägs i första stycket gäller även om ersättningen har utlovats eller getts av någon annan.

Straffbestämmelsen omfattar i praktiken brott mot barn mellan 15 och 18 år. Eftersom barn under 15 år aldrig kan samtycka till sexuella handlingar, rubriceras gärningar som riktats mot dem som våldtäkt mot barn (varvid det kan antas att förekomsten av ersättning starkt talar mot att bedöma brottet som mindre grovt) eller sexuellt övergrepp mot barn. Syftet med bestämmelsen om utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling är framför allt att skydda ungdomar från att dras in i prostitution (se prop. 2018/19:157 s. 11). Barn som utnyttjas genom prostitution är ofta särskilt utsatta (jfr nedan) men barn kan även annars antas ha svårigheter att sätta gränser, även sexuellt, vilket inte sällan utnyttjas av vuxna. Möjligheterna för vuxna att komma i kontakt med barn i syfte att utnyttja dem för prostitution har dessutom ökat som en följd av digitaliseringen.

I samband med 2005 års reform av 6 kap. byttes namnet på straffbestämmelsen från *förförelse av ungdom* till *köp av sexuell handling av barn*. Samtidigt höjdes maximistraffet från fängelse i sex månader till fängelse i två år. Som skäl för denna höjning angavs i propositionen att köp av sexuella handlingar av barn generellt sett har ett högre straffvärde än motsvarande gärningar som riktar sig mot vuxna personer. Förekomsten av böter i straffskalan motiverades med att tillämpningsområdet för bestämmelsen var sådant att gärningar av skiftande slag kan bedömas som köp av sexuell handling av

barn. Som exempel på fall där ett straffvärde på fängelsenivå kunde tyckas alltför strängt angavs fall där ersättning i någon form visserligen har förekommit men där offret är nära arton års ålder och omständigheterna även i övrigt är sådana att straffvärdet är lågt (se prop. 2004/05:45 s. 93).

Vid 2013 och 2018 års ändringar i 6 kap. gjordes inga särskilda överväganden kring brottet.

2020 års ändringar

2014 års människohandelsutredning hade även i uppdrag att se över straffskalan för köp av sexuell handling av barn och överväga en höjning av straffminimum i syfte att säkerställa en straffskala som återspeglade brottets allvar.

I SOU 2016:42 redogjorde utredningen bl.a. för att ungdomar som utnyttjas i prostitution ofta har flera symtom såsom ångest, depression, posttraumatisk stress, dissociation, ilska och sexuella bekymmer, bristande vuxenkontakter och svårt att sätta gränser i jämförelse med andra ungdomar. Studier visade att ungdomar som säljer sex ofta har problem med psykisk ohälsa, ett sexualiserat beteende och gränsöverskridande handlingar (som alkoholkonsumtion, missbruk och kriminalitet). Av utredningens redovisning framgår också att de sexuella handlingar som köpare efterfrågade av unga offer generellt sett var av ett mer hänsynslöst slag. Skälet till detta var att de unga som säljer sex har betydligt svårare att sätta gränser än vuxna. De unga riskerar därmed att utnyttjas grovt.

Utredningen gick igenom ett stort antal domar i syfte att granska och analysera tillämpningen av straffbestämmelsen, särskilt när det gällde straffvärdebedömningen och påföljdsval (se a. bet. s. 351 ff.). Praxisgenomgången visade att domstolarna, vid straffvärdebedömningen, ofta tog hänsyn till att målsäganden befunnit sig i en utsatt situation, att situationen tett sig skrämmande för målsäganden eller att målsäganden befunnit sig i en särskilt utsatt känslotillstånd samt i en svår social situation. Domstolarna beaktade även omständigheter som att den tilltalade var betydligt äldre än målsäganden och att det hade varit fråga om avancerade sexuella handlingar. Utredningen fann att rättstillämpningen på området var någorlunda enhetlig och att domstolarna i princip alltid beaktade hur situationen hade

tett sig för målsäganden, att det var fråga om en skyddslagstiftning och att brottet är av sådan art att det förelåg en presumtion för fängelse.

Utredningen föreslog att böter skulle tas bort ur straffskalan, att straffmaximum skulle höjas till fängelse fyra år och att brottet skulle gradindelas i syfte att skapa ett tydligt utrymme i rättstillämpningen för att kunna beakta försvårande omständigheter (a. bet. s. 165).

Regeringen, som behandlade utredningens förslag i prop. 2018/19:157, konstaterade att skyddsaspekterna för barnet var särskilt framträdande och även att kriminaliseringen var av stor betydelse för det samhälleliga intresset av att motverka att barn utnyttjas genom köp av sexuella handlingar. Dessa omständigheter innebar att det var viktigt att det av lagstiftningen tydligt framgår att brottet är oacceptabelt och att det innebär en allvarlig kränkning av barnet. Regeringen ansåg att det fanns skäl att skärpa synen på brottet och ytterligare markera dess allvar och särskilda beskaffenhet (s. 13).

Regeringen delade utredningens bedömning att böter skulle utmönstras ur straffskalan och att straffmaximum skulle höjas till fyra års fängelse. Däremot ansåg regeringen att det saknades tillräckliga skäl för att gradindela brottet. Genom att ta bort böter från straffskalan skulle straffvärdet för brottet enligt regeringen genomgående höjas. Med hänvisning till utredningens genomgång av praxis som visade att domstolarna, när de bedömde straffvärdet, beaktade omständigheterna i det enskilda fallet ansåg regeringen inte heller att det förelåg något problem med likformighet vid påföljdsbestämningen. Därtill anförde regeringen att det fanns nackdelar med gradindela brottet såsom att det kunde signalera att brottet inte alltid var att anse som allvarligt.

Under beredningen av förslagen i delbetänkandet i Regeringskansliet gav riksdagen, i anslutning till behandlingen av förslagen i prop. 2017/18:177 om en ny sexualbrottslagstiftning byggd på frivillighet ett tillkännagivande till regeringen att minimistraftet för köp av sexuell handling av barn borde höjas till fängelse i lägst sex månader (bet. 2017/18:JuU29 s. 26). Det är det tillkännagivande vi har att förhålla oss till. Regeringen ansåg dock att det saknades beredningsunderlag för att i det aktuella lagstiftningsärendet ta ställning till en kompletterande reglering med avseende på de mindre allvarliga fall som utskottet särskilt pekat på (se nedan) och förklarade att en ny utredare skulle få utreda dessa frågor.

De ändringar i straffbestämmelsen som trädde i kraft den 1 januari 2020 innebar alltså att böter utmönstrades ur straffskalan och straffmaximum höjdes till fyra års fängelse. Samtidigt ändrades namnet på brottet till *utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling*.

Statistik

Som vi nämnt ovan togs böter bort från straffskalan för utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling så sent som den 1 januari 2020. Det finns därmed ännu ingen tillgänglig kriminalstatistik för utdömda påföljder efter den senaste straffskärpningen. Eftersom den senaste ändringen innebär att böter togs bort från straffskalan och att minimistraffet skärptes till fängelseminimum är vår bedömning att det inte är relevant att analysera äldre statistik i syfte att kunna bedöma straffvärdet efter den senaste ändringen.

Tidigare utredningar (SOU 2010:71 och SOU 2016:42) som har behandlat straffbestämmelsen har konstaterat att få personer döms för dessa brott. I SOU 2016:42 ges en redogörelse för lagföringsbeslut för åren 2006 till 2014. Där anges att antalet lagförda under dessa år varierar mellan ett fall (år 2006) och 24 fall (år 2012). Under åren 2015 till 2019 har antalet lagföringar, enligt Brås kriminalstatistik, varierat mellan två lagföringar och åtta. Det är alltså fortsatt få som döms för detta brott.

Överväganden och förslag

Även för detta brott finns det ett tillkännagivande från riksdagen till regeringen. Vad riksdagen tillkännagett är att straffskalan bör skärpas dels genom att minimistraffet höjs till sex månaders fängelse, dels genom att maximistraffet höjs till fyra års fängelse. Sistnämnda har redan omhändertagits. Av justitieutskottets ställningstagande (bet. 2017/18:JuU29 s. 26) framgår att utskottet ansett att straffbestämmelsen omfattar gärningar av skiftande slag och att även om brottet alltid innebär en kränkning av barnet och det finns skäl att markera att köp av sexuella handlingar av barn generellt har ett högre straffvärde än motsvarande handlingar mot vuxna, kan det finnas fall med ett lägre straffvärde än sex månaders fängelse. Enligt utskottet

borde det noga övervägas hur sådana fall ska hanteras inom ramen för ett minimistraff på sex månaders fängelse.

Vi har ovan, i enlighet med uppdraget från regeringen såsom det formulerats i tilläggsdirektivet, lämnat ett förslag som innebär att böter ska tas bort från straffskalan för köp av sexuell tjänst. Med det förslaget skulle straffminimum vara detsamma som för utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling enligt vad som gäller i dag.

Att vi föreslagit en höjning av straffminimum för köp av sexuell tjänst har viss betydelse för vår bedömning beträffande utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling eftersom straffminimum åter skulle vara detsamma för brotten, efter att ha skilt sig åt sedan den 1 januari 2020 när böter utmönstrades ur straffskalan för brottet mot barn. Vad som skulle kunna tala för en höjning av minimistraffet är att markera just att brott mot barn bör bedömas som allvarligare än motsvarande brott mot vuxna. En sådan differentiering är möjlig att göra även inom ramen för straffskalor med samma minimistraff. Liksom även justitieutskottet uppmärksammat står det också klart att det finns fall av skiftande slag som omfattas av straffbestämmelsen. Inte minst gäller detta fall där barnet inte varit mycket yngre än 18 år och skillnaden i ålder mellan offer och gärningsman varit liten. Straffet på en miniminivå måste emellertid återspegla de minst allvarliga fallen av brottet. Enligt vår bedömning går det inte att säga att minimistraffet i dag är för lågt i förhållande till de minst allvarliga fallen.

Samtidigt står det klart att köp av sexuella handlingar av barn alltid får anses utgöra en kränkning av barnet, även när barnet uppnått åldern för sexuellt självbestämmande. Den genomgång som 2014 års människohandelsutredning genomförde av lagföringar ger också stöd för att brottet i det enskilda fallet mycket ofta innehåller ett betydande mått av kränkning. Detta kan tala för att ett minimistraff som motsvarar fängelseminimum är för lågt annat än för sådana fall där omständigheterna framstår som klart förmildrande. Allmänt sett framstår inte heller ett minimistraff på sex månaders fängelse som oproportionerligt högt för ett tänkt normalfall av brottet, förutsatt att straffskalan ändå gav utrymme för en mildare bedömning i de minst allvarliga fallen. Av genomgången framgår också att straffvärdet i påfallande hög grad har ansetts motsvara flera månaders fängelse och ibland även ett år eller mer. Detta överensstämmer också med de senare domstolsavgöranden som vi tagit del av. Huruvida en

ytterligare skärpning för gärningar där straffvärdet även tidigare motsvarade fängelse skett till följd av att böter utmönstrades ur straffskalan den 1 januari 2020 har vi däremot inte underlag att uttala oss om. Enligt vår bedömning ger praxis stöd för att domstolarna redan i dag ser tämligen strängt på brottet utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling och ofta bedömer att straffvärdet är en bra bit över fängelseminimum och inte sällan även över sex månaders fängelse. Inom ramen för den nuvarande straffskalan låter domstolarna alltså redan i dag kränkningen av barnet få ett starkt genomslag vid straffvärdebedömningen. Vi anser alltså inte att straffskalan för brottet, efter ändringen den 1 januari 2020, i sig är för mild för att den ska medge ett straffrättsligt ingripande som är proportionerligt i förhållande till brottets allvar.

Vi måste emellertid förhålla oss till riksdagens tillkännagivande. Avseende utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling tillkommer dessutom att regeringen i prop. 2018/19:157 uttalade att det uppdrag som vi fått skulle ges bl.a. i syfte att kunna tillmötesgå riksdagens tillkännagivande i denna del. Vi anser därför att vi bör lämna ett förslag som omhändertar tillkännagivandet. I våra direktiv har regeringen därvid anfört att det finns behov att på nytt överväga om brottet bör gradindelas.

Ett alternativ hade därför varit att införa en grov grad av brottet, med ett minimistraff på sex månaders fängelse och ett maximistraff på – som i dag – fyra års fängelse. Straffskalan för det icke grova brottet kunde därvid vara fängelse i högst två år. Frågan om en gradindelning på detta sätt övervägdes av regeringen i prop. 2018/19:157. Regeringen beaktade att praxis – såsom vi redovisat ovan – inte uppvisar en sådan likformighet som vid köp av sexuell tjänst och att det inte fanns samma behov som annars att i högre grad beakta försvårande omständigheter. Med andra ord ansåg regeringen att det inte fanns anledning att i lagtexten ange omständigheter att beakta i försvårande riktning eftersom dessa redan beaktades i praxis. Vi instämmer i den slutsatsen. Enligt vår bedömning framstår det också som något oegentligt att skapa en grov grad av brottet, till vilken avsikten dock skulle vara att merparten av gärningarna borde hänföras. Det säger sig självt att det vore förenat med vissa svårigheter att i lagtexten ange de omständigheter som under sådana förhållanden borde medföra att brottet skulle vara grovt.

Vi bedömer därför att det lämpligaste sättet att tillgodose riksdagens tillkännagivande är att höja minimistraffet till sex månaders fängelse samtidigt som maximistraffet fyra års fängelse inte ändras, med möjligheter att om brottet är mindre grovt döma till fängelse i högst ett år. Den särskilda straffskalan för mindre grovt brott skulle därmed kunna användas exempelvis för fall där ersättning i någon form visserligen förekommit men där offret är nära 18 års ålder och omständigheterna även i övrigt är sådana att straffvärdet är lågt. Vi föreslår därför att straffminimum för utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling höjs till fängelse i lägst sex månader samt att en särskild straffskala på fängelse i högst ett år införs med avseende på brott som är att bedöma som mindre grova.

8.17 Övriga brott i 6 kap.

Bedömning: Övriga straffskalor i 6 kap. bör inte ändras.

När det sedan kommer till övriga brott i 6 kap. – samlag med avkomling, samlag med syskon, kontakt för att träffa barn i sexuellt syfte och koppleri – kan följande konstateras. Vi har i avsnitt 8.8.4 framfört att det inte finns några generella skäl för att skärpa straffen för straffbestämmelserna i 6 kap. Vad vi anfört i det avsnittet gäller även för dessa brott. För dessa straffbestämmelser har riksdagen inte lämnat några tillkännagivanden.

Nästa fråga blir därför om det sedan tidigare förelåg obalans mellan dessa brott och övriga brott eller om de förslag vi lämnat ovan rubbar proportionaliteten mellan sexualbrotten. Det kan nämnas att en viss förskjutning av proportionaliteten mellan brotten är oundviklig vid en översyn likt denna om inte alla brott ska få förändrade straffskalor. En sådan allmän straffnivåhöjning är inte förutsatt i direktiven som anger att vi ska *lämna förslag på de förändringar i straffskalan som kan behövas för att dessa i tillräcklig mån ska spegla brottets allvar*. Vi menar att det föreligger ekvivalens och proportionalitet mellan påföljderna för dessa brott och de förslag vi lämnat för övriga brott.

Detta innebär att vi inte funnit tillräckliga skäl för att föreslå några ändringar av straffskalorna för dessa brott.

9 Spårsäkring efter sexualbrott

9.1 Bakgrund och uppdraget

9.1.1 Inledning

I detta avsnitt kommer vi att redogöra för uppdraget att överväga förbättringar rörande utredning av sexualbrott. För att tydliggöra syftet med uppdraget i denna del kommer vi inledningsvis att återge en kort bakgrund och beskriva vilka frågor som ska utredas. Därefter följer en redogörelse av vad spårsäkring innebär, gällande rätt och andra bestämmelser som kan vara relevanta. Avsnittet avslutas med en redovisning av våra överväganden och förslag i de frågor som framgår av kommittédirektiven.

9.1.2 Socialstyrelsens utredning om hälso- och sjukvårdens spårsäkring vid sexualbrott

Med anledning av 2014 års sexualbrottskommittés förslag som avsåg spårsäkring (se avsnitt 3.3.4) fick Socialstyrelsen 2017 i uppdrag av regeringen att se över huruvida det ansågs som lämpligt att genom föreskrifter ålägga hälso- och sjukvården att spara prover från spårsäkringssatser i två år samt att ta fram föreskrifter inom området om det bedömdes som lämpligt.¹ I Socialstyrelsens redovisning av uppdraget² (härefter Socialstyrelsens rapport), som publicerades i september 2018, anges att myndighetens bedömning är att det inte är lämpligt att i författning reglera en skyldighet för hälso- och sjukvården att spara spårsäkringssatser från sexualbrott viss tid innan

¹ Socialstyrelsens regleringsbrev för budgetåret 2018, S2017/07302/RS s. 16 punkten 10.

² Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens spårsäkring vid sexualbrott. Redovisning av regeringsuppdrag.

ansvaret för att utföra själva spårsäkringen och för vissa därtill hörande frågor utretts.

Grunden till Socialstyrelsens slutsatser är enligt myndigheten att frågor om ansvar och bevarande hör samman och att en eventuell reglering som förtydligar eller utökar hälso- och sjukvårdens ansvar för spårsäkring bör utformas samlat med en reglering av skyldigheten att spara spårsäkringssatser. Enligt Socialstyrelsen är det oklart i vilken utsträckning hälso- och sjukvården har ett ansvar för att utföra spårsäkring vid sexualbrott. Enligt vad som framkom i myndighetens utredning finns det ingen särskild reglering som ålägger hälso- och sjukvården att utföra spårsäkring utan begäran av Polismyndigheten eller annan myndighet. Vid Socialstyrelsens kontakter med representanter för hälso- och sjukvården och rättsväsendet framfördes att den spårsäkring som görs på hälso- och sjukvårdens initiativ grundas på ett upparbetat samarbete mellan dem och polisen samt att det händer att hälso- och sjukvården inte utför någon spårsäkring eftersom en skyldighet att utföra en sådan saknas. I rapporten anges även att det under utredningen framfördes uppfattningar om att ett ansvar att spara spårsäkringssatser inte bör ligga på hälso- och sjukvården utan på en rättsvårdande myndighet. Enligt Socialstyrelsen skulle det därför även kunna finnas skäl att utreda om det är hälso- och sjukvården eller någon annan aktör som bör åläggas att spara spårsäkringssatser viss tid. I rapporten anges dessutom att en reglering av att spara spårsäkringssatserna bör ske i författning på högre normgivningsnivå än myndighetsföreskrifter.

I rapporten framgår vidare att Socialstyrelsen identifierat vissa andra frågor med anknytning till hälso- och sjukvårdens spårsäkring som myndigheten anser behöver klargöras innan en eventuell reglering av bevarandet införs. Enligt myndigheten gäller det om det bör regleras inom vilken tid en spårsäkring ska göras och om det bör ställas krav på viss kompetens för att få utföra spårsäkring eller delar av spårsäkringen. Enligt Socialstyrelsen finns det även skäl att klargöra om det bör regleras att spårsäkring endast får ske efter ett informerat samtycke från brottsoffret och om det finns behov av att se över hur uppgifter från en spårsäkring bör dokumenteras. Socialstyrelsen bedömde även att det finns behov av att närmare analysera den personuppgiftsbehandling som sker vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring och bedöma behovet av ytterligare reglering.

9.1.3 Uppdraget

Av kommittédirektiven framgår att hälso- och sjukvården ofta är den instans som akut möter en person som har blivit utsatt för sexualbrott och personalen måste ha en beredskap för att kunna erbjuda den vård och omsorg som patienten behöver. Dessutom är hälso- och sjukvården en viktig länk till rättsväsendet genom att säkra spår från förövare som kan användas i en rättsprocess – s.k. spårsäkring. Läkare inom den offentliga hälso- och sjukvården har en skyldighet att utföra spårsäkring vid sexualbrott då det sker på begäran av Polismyndigheten. För närvarande saknas det dock en skyldighet för hälso- och sjukvården att utföra spårsäkring utan en sådan begäran. Det finns inte heller någon tydlig reglering av ansvaret att utföra spårsäkring vid sexualbrott samt hur lång tid spårsäkringssatser ska sparas. Spårsäkringssatser kan vara avgörande bevis för att ett brott ska kunna styrkas. Det är därför viktigt att personer som har utsatts för sexualbrott tillförsäkras att spårsäkringen är rättssäker, jämlik och enhetlig över hela landet.

Uppdraget i denna del omfattar därmed att utreda hälso- och sjukvårdens ansvar för att utföra spårsäkringar efter sexualbrott, om det är hälso- och sjukvården eller någon annan aktör som bör åläggas att spara spårsäkringssatser under viss tid samt klargöra kostnadsansvaret för spårsäkringssatserna. I anslutning till detta ingår det även att ta ställning till hur tillsynen över spårsäkringen bör gå till.

En ytterligare fråga som aktualiseras är om det bör regleras att spårsäkring endast får ske efter informerat samtycke från brottsoffret samt klargöra vad som gäller om brottsoffret inte längre vill att spårsäkringssatsen sparas och i det sammanhanget klargöra om det finns behov av att se över frågan om vårdnadshavarens samtycke till spårsäkring avseende barn. Enligt Socialstyrelsens bedömning är det oklart om hälso- och sjukvårdens spårsäkring omfattas av patientlagens (2014:821) bestämmelser om samtycke samt att oklarheten även gäller om det skulle införas en författningsreglerad skyldighet för hälso- och sjukvården att utföra spårsäkring oavsett om polisen begär det eller inte.

Avslutningsvis anges i direktiven att det även finns behov av att se över hur uppgifter från en spårsäkring dokumenteras av hälso- och sjukvården för att uppfylla kraven i gällande rätt. Till exempel bör vissa uppgifter enligt patientdatalagen (2008:355) inte ingå i

patientjournalen. Enligt direktiven är det därför även nödvändigt att i sammanhanget överväga och ta ställning till hur uppgifter från en spårsäkring bör dokumenteras samt analysera om den personuppgiftsbehandling som sker vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring behöver regleras ytterligare. Om det föreslås att ansvarsfördelningen mellan olika aktörer ska ändras ska utredningen vid behov lämna förslag på ändringar i sekretessregleringen som möjliggör överföring av uppgifter mellan olika aktörer.

9.2 Spårsäkring och rekommendationer avseende hälso- och sjukvårdens spårsäkring

9.2.1 Inledning

I detta avsnitt kommer vi översiktligt att redogöra för innehållet i en spårsäkringssats efter sexuella övergrepp och Nationellt centrum för kvinnofrids (NCK) rekommendationer för hälso- och sjukvården vid omhändertagande av offer för sexualbrott och vid spårsäkring.

9.2.2 Spårsäkringssats efter sexuella övergrepp

Det har sedan i mitten på 1990-talet funnits en färdigpackad låda med material för spårsäkring efter sexualbrott som ursprungligen togs fram genom ett samarbete mellan Nationellt Forensiskt Centrum (NFC) och företaget Nordkrim AB. Provtagningsatsen har sedan dess modifierats och den heter numera *Spårsäkringssats efter sexuella övergrepp*. Den senaste versionen kom till genom ett samarbete mellan NFC, NCK och Rättsmedicinalverket (RMV). Spårsäkringssatsen är ett färdigpackat set för undersökning av män, kvinnor och barn och innehåller det material som behövs för att en läkare ska kunna göra en komplett spårsäkring efter ett sexualbrott.³ Den består av en låda som innehåller bl.a. tops, tejpfolier, rör för blod- och urinprover och papperspåsar för underkläder.⁴ Satsen ska finnas tillgänglig på alla polisstationer, sjukhus och vårdcentraler. Det är i

³ NCK:s handbok för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp s. 32.

⁴ Socialstyrelsens rapport s. 11.

huvudsak Polismyndigheten som distribuerar spårsäkringssatser till hälso- och sjukvården.

9.2.3 Nationellt centrum för kvinnofrid vid Uppsala universitet

År 2006 inrättades NCK vid Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset. NCK arbetar för att höja kunskapen nationellt om mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer. NCK har även i uppdrag att ge stöd till våldsutsatta kvinnor. För att genomföra uppdragen arbetar NCK med utbildning av yrkesverksamma och studenter, metodutveckling för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor samt med information, forskning och kunskapssammanställning.

NCK fick den 22 februari 2007 i uppdrag av regeringen att utarbeta ett nationellt program för hälso- och sjukvården avseende omhändertagande av offer för sexualbrott. Syftet med uppdraget var att förbättra omhändertagandet av sexualbrottsoffer inom hälso- och sjukvården, att utarbeta rutiner för hur provtagning och dokumentation ska genomföras och att förtydliga hälso- och sjukvårdens roll i förhållande till rättsväsendets myndigheter och rättskedjan.⁵ NCK redovisade uppdraget i form av skriften *Handbok. Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella* (härefter NCK:s handbok) med tillhörande praktisk guide, *Guide för omhändertagande efter sexuella övergrepp* (härefter guiden). Guiden togs fram i samarbete med NFC och finns sedan den 1 januari 2011 även i spårsäkringsatsen. Genom att följa anvisningarna i handboken och guiden är tanken att alla läkare som möter en patient som utsatts för ett sexuellt övergrepp ska ges möjlighet till att ställa rätt frågor, ta rätt prover och svara för att prover och dokument hanteras rättssäkert. Handboken riktar sig till vårdpersonal och beskriver handlingsprogrammet. Den innehåller också fakta och information om sexuella övergrepp och rättsväsendet. Guiden innehåller checklistor och konkreta anvisningar för undersökning och spårsäkring. NCK:s rekommendationer i handboken är inte bindande för hälso- och sjukvården men tillämpas av vårdgivare i landet vid omhändertagande av sexualbrottsoffer.

⁵ Dnr Ju2007/2177/KRIM s. 2.

9.2.4 Omhändertagande av offer för sexuella övergrepp och spårsäkring enligt NCK:s handbok

Enligt rekommendationerna i NCK:s handbok finns det stora vinster med att ställa frågor till samtliga patienter om utsatthet för sexuella övergrepp eftersom erforderlig hjälp då skulle kunna erbjudas patienten. Om patienten berättar om sexuella övergrepp är det viktigt att sjukvården ger offret information, erbjuder relevanta medicinska insatser, genomför riskbedömningar och förmedlar kontakt med både rättsväsendet och socialtjänsten. I handboken rekommenderas att alla som kommer till hälso- och sjukvården i den akuta fasen efter att ha varit utsatta för sexuella övergrepp ska erbjudas en fullständig kroppsundersökning som innefattar undersökning av hela kroppsytan med dokumentation av eventuella skador, gynekologisk eller proktologisk undersökning med dokumentation av eventuella skador, provtagning för graviditet, drogpåverkan och sexuellt överförbara infektioner och provtagning för spårsäkring. Detta gäller oavsett om polisanmälan gjorts eller inte eftersom det inte är ovanligt att offret initialt inte vill anmäla, men senare ändrar sig. Det är viktigt att alla skador dokumenteras vid den första läkarundersökningen. En komplett undersökning som uppfyller alla krav enligt handboken kan genomföras överallt i Sverige där det finns läkare, utrustning för gynekologisk eller proktologisk undersökning, provtagningsmaterial, digitalkamera och provtagning för sexuellt överförbara infektioner. När det gäller hanteringen av spårsäkringsprover, i de fall polisanmälan inte görs initialt, kan det torra materialet (topsprover, tejpfolier, trosor/kalsonger) försvaras samlat och identitetsmärkt i rumstemperatur i låst arkiv oåtkomligt för obehöriga. Blod- och urinprover bör analyseras inom 14 dagar, men kan förvaras upp till två år i kylskåp. Enligt NCK:s rekommendationer i handboken är det rimligt att proverna sparas inom sjukvården i två år. Om en polisanmälan däremot har gjorts ska spårsäkringsproverna överlämnas till polisen för vidare hantering.⁶

⁶ NCK:s handbok s. 20 f. och 43.

9.3 Gällande rätt m.m.

9.3.1 Inledning

Det finns i dag ett stort antal bestämmelser som kan vara aktuella att tillämpa vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring. Regelverken utgörs av EU-rätt, nationella lagar och förordningar samt myndighetsföreskrifter. Den mest centrala lagstiftningen finns inom hälso- och sjukvårdens område. I detta avsnitt kommer vi att redogöra för några av dessa lagar. Vi kommer även att redogöra för vad som avses med begreppen hälso- och sjukvård, patient och forensisk omvårdnad eftersom det har betydelse för vilka förslag som utredningen lägger fram. Det kommer även att redogöras för Polismyndighetens riktlinjer vid hanteringen av spårsäkringssatser samt bestämmelser som gäller för andra aktörer än hälso- och sjukvården när det kommer till sexualbrott och sexualbrottsoffer. Vi går även översiktligt igenom bestämmelserna om rättsintyg som till viss del reglerar hälso- och sjukvårdens spårsäkring på begäran av polisen.

9.3.2 Övergripande lagstiftning

Enligt regeringsformen ska det allmänna verka för goda förutsättningar för hälsa (1 kap. 2 §). I regeringsformen finns även bestämmelser om den kommunala självstyrelsen som ger kommunerna bemyndigande att själva sköta lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse. Den kommunala självstyrelsen kan i viss mån inskränkas men det bör inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den (14 kap.). Av kommunallagen (2017:725) framgår att bestämmelser om kommunernas och regionens angelägen, förutom i kommunallagen, även finns i andra författningar. Hälso- och sjukvårdslagstiftningen är ett sådant område (1 kap. 2 §).

Enligt 8 § förvaltningslagen (2017:900) är myndigheter skyldiga att inom sitt verksamhetsområde samverka med andra myndigheter. Bestämmelsen innebär en generell, men inte obegränsad, samverkansskyldighet. En myndighet avgör alltid själv i vilken utsträckning som den egna arbetssituationen medger att resurser avsätts för att bistå den myndighet som begär assistans. Kravet på samverkan ger inte stöd för samverkansprojekt som faller utanför respektive myndighets verksamhetsområde. Föreskrifter om undantag från begräns-

ningen till myndighetens verksamhetsområde eller om krav på att samverkan i en viss situation ska ske med andra än myndigheter kan däremot förekomma i specialförfattning eller i förordningarna med myndighetsinstruktion.

9.3.3 Lagstiftning m.m. inom hälso- och sjukvårdens område

En av de grundläggande författningarna inom hälso- och sjukvården är hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Lagen handlar till stor del om ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamheten, såsom regionernas och kommunernas ansvar som huvudmän. Flera centrala lagkrav på vårdgivarna och andra centrala frågor återfinns inte i HSL utan i patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientlagen. Övrig lagstiftning med koppling till hälso- och sjukvårdslagen är bl.a. patientdatalagen och patientskadelagen (1996:799). Dessa lagar som gäller inom hälso- och sjukvården kompletteras med ett stort antal andra lagar och övriga författningar på hälso- och sjukvårdens område, såsom bl.a. föreskrifter från Socialstyrelsen. Som exempel kan nämnas Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Hälso- och sjukvårdslagen

Begreppet hälso- och sjukvård

Den grundläggande definitionen av begreppet hälso- och sjukvård finns i 2 kap. 1 § HSL där det anges att med hälso- och sjukvård avses i lagen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Även sjuktransporter och omhändertagandet av avlidna ingår i begreppet. Lagen omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen. Vad som mer specifikt omfattas av begreppet hälso- och sjukvård framgår inte uttryckligen av lagtexten. Förarbetena till HSL från år 1982 gäller fortfarande och av dessa framgår att begreppet hälso- och sjukvård inte ska ges alltför vid tolkning. I stället bör hälso- och sjukvården 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. Med medicinskt utbildad personal avses även personal, vars utbildning inriktas på patientomvårdnad och rehabilitering. Definitionen av hälso- och sjukvård anses även omfatta förebyggande åtgärder som är både miljöinriktade och individinriktade. Bland de individinriktade förebyggande åtgärderna finns även åtgärder för att hitta hälsoproblem. Några aktuella exempel av förebyggande individinriktade verksamheter som utförs av regionerna är allmänna och riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsouppllysning samt mödra- och barnhälsovård. I begreppet hälso- och sjukvård ingår också psykologisk och psykiatrisk vård till personer som på grund av exempelvis traumatiska upplevelser och övergrepp är i behov av vård. Även omvårdnad omfattas av begreppet.⁷ Hälso- och sjukvården har även tidigare ansetts omfatta såväl öppen som sluten vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd, åtgärder i samband med abort och sterilisering och sjuktransporter.⁸

Lagens innehåll

HSL är uppbyggd i olika avdelningar. Lagens första avdelning innehåller tillämpningsbestämmelser och definitioner. Andra avdelningen innehåller bestämmelser som gäller för all hälso- och sjukvård. Tredje respektive fjärde avdelningen reglerar regionen respektive kommunens ansvar som huvudman. Femte avdelningen innehåller övriga bestämmelser för huvudmännen.

Lagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän (1 kap. 1 §). Med vårdgivare avses statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Med huvudman avses den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård (2 kap. 2 och 3 §§).

Enligt 3 kap. 1 § HSL är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. I HSL finns vidare bestäm-

⁷ Prop. 2007/08:105, *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.*, s. 12.

⁸ Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 44 och 110 f.

melser om regionernas och kommunernas planering och organisering av hälso- och sjukvård, personal, forskning, samverkan etc. Regionerna ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt (7 kap. 2 a § HSL).

I 5 kap. 1 § HSL anges att verksamheten ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och vara lätt tillgänglig. I kravet på god vård ligger bl.a. att vården ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁹

I HSL ges bestämmelser för ledning och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården. Av dessa framkommer bl.a. att ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patient-säkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Det ska finnas en verksamhetschef, som är ansvarig för verksamheten. Det framkommer vidare att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. All hälso- och sjukvård ska ha den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att kunna ge patienterna god vård.

Bemyndiganden för regeringen i hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller en rad olika bemyndiganden för regeringen att meddela föreskrifter. I 6 kap. finns beskrivet övriga bemyndiganden som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer har inom hälso- och sjukvårdslagen. Av 6 kap. 1 § HSL framgår att regeringen får meddela föreskrifter om att landet ska delas in i samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner, hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under andra utomordentliga förhållanden, och bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt. Enligt 6 kap. 2 § HSL får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela föreskrifter om behörighet för anställning och tillsättning av tjänster

⁹ Prop. 1981/82:97 s. 23.

inom hälso- och sjukvården, skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning, hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser, och hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.

Patientlagen

Patientlagen syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (1 kap. 1 §). Hälso- och sjukvård definieras på samma sätt som i HSL med undantaget att den inte omfattar omhändertagande av avlidna (1 kap. 5 §).¹⁰ Lagen innehåller bestämmelser om tillgänglighet, information, samtycke, delaktighet, fast vårdkontakt och individuell planering, val av behandlingsalternativ och hjälpmedel, ny medicinsk bedömning, val av utförare, personuppgifter och intyg, synpunkter, klagomål och patientsäkerhet.

Av 3 kap. 1 § patientlagen följer bl.a. att patienten ska få information om sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning, det förväntade vård- och behandlingsförloppet, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar och metoder för att förebygga sjukdom eller skada. I 3 kap. 2 § patientlagen anges att patienten även ska få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård, möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt, vårdgarantin och möjligheten att få upplysningar från Försäkringskassan om vård i vissa länder utomlands.

I 4 kap. patientlagen framgår att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke (en närmare redogörelse av 4 kap. om samtycke ges i avsnitt 9.7).

I 5 kap. 1 § patientlagen anges att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

Patientlagen innehåller även bestämmelser om personuppgifter och intyg (10 kap.) samt om synpunkter, klagomål och patientsäker-

¹⁰ Prop. 2013/14:106, *Patientlag*, s. 111.

het (11 kap.). Patientlagen hänvisar även till lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården som reglerar patientnämndernas verksamhet och uppgifter. Patientnämnderna har bl.a. till uppgift att stödja och hjälpa patienter och deras närstående inom den hälso- och sjukvård enligt HSL som bedrivs av regioner eller enligt avtal med regioner (1 § lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården).

Patientsäkerhetslagen

En annan grundläggande författning på hälso- och sjukvårdsområdet är patientsäkerhetslagen, förkortad PSL, som syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och därmed jämförlig verksamhet (1 kap. 1 §).

Med hälso- och sjukvård avses, enligt 1 kap. 2 §, verksamhet som omfattas av HSL, tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel. Med därmed jämförlig verksamhet avses sådan verksamhet som regleras i 5 kap. och 7 kap. 2 § PSL samt verksamhet vid enheter för rättspsykiatriska undersökningar.

I PSL finns regler om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. Med hälso- och sjukvårdspersonal avses enligt 1 kap. 4 § PSL bl.a. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården, personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter och den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare.

Bestämmelserna om att vårdgivarna har en skyldighet att bl.a. bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete finns i 3 kap. PSL. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård enligt HSL upprätthålls.

Av 6 kap. 1 § PSL följer att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt ge patienten sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Den som tillhör hälso- och sjuk-

vårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. En arbetsuppgift får delegeras till en annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård (6 kap. 2 § och 3 § PSL). Hälso- och sjukvården omfattas även av skyldigheten enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) att genast anmäla till socialnämnden när man i verksamheten får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Hänvisningar till anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen finns bl.a. i 5 kap. 8 § HSL och 6 kap. 5 § PSL.

I 5 kap. PSL finns bestämmelser om begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder.

Av 7 kap. PSL framgår att hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Tillsynen innebär bl.a. granskning av att hälso- och sjukvårdsverksamhet och dess personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. IVO ska inom ramen för sin tillsyn bl.a. lämna råd och ge vägledning men kan även besluta om förelägganden och förbud. Överträdelse av vissa av PSL:s bestämmelser är straffbelagda. De som bryter mot någon av bestämmelserna som anges i 5 kap. 1 § 1–7 PSL eller som under utövning av sådan verksamhet uppsåtligt eller av oaktsamhet tillfogar den undersökta eller behandlade en skada som inte är ringa eller framkallar fara för en sådan skada döms till böter eller fängelse högst ett år (10 kap. 6 § PSL). IVO har möjlighet att för den som gjort sig skyldig till ett sådant brott meddela förbud förenat med vite att under viss tid eller för alltid utöva sådan verksamhet (10 kap. 8 § PSL). 10 kap. PSL innehåller också vissa andra straffbestämmelser.

Spårsäkring

Av särskild betydelse för utredningen är bestämmelsen i 6 kap. 9 § PSL enligt vilken en läkare som är verksam inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården är skyldig att, i den omfattning övriga skyldigheter i yrkesutövningen inte hindrar det eller det annars inte finns särskilda skäl mot det, utföra undersökningar och ge utlåtanden över dessa på begäran av länsstyrelse, domstol, åklagarmyndighet,

Polismyndigheten eller överförmyndare. En läkare som är verksam inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården är enligt samma bestämmelse på begäran av polisen även skyldig att utföra en undersökning som innebär kroppsbesiktning av någon som är misstänkt för ett brott som kan ge frihetsstraff. Begränsningen i skyldigheten att utföra undersökningar och ge utlåtanden gäller inte för läkare som är verksam huvudsakligen inom öppen vård och, när det gäller undersökning och utlåtande om alkoholpåverkan, inte heller för någon annan läkare. I bestämmelsen finns även en hänvisning till att det i lagen (2005:225) om rättsintyg i anledning av brott finns särskilda bestämmelser om utlåtanden i vissa fall.

Patientskadelagen

Patientskadelagen innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning (1 §). Patientskadeersättning lämnas för personskador, såväl fysiska som psykiska, som drabbar en patient i samband med hälso- och sjukvård i Sverige (3 §). Ersättning lämnas t.ex. för skada som orsakas av undersökning, vård och behandling, oriktiga diagnoser, fel hos eller felaktig hantering av medicintekniska produkter och sjukvårdsutrustning, smittämnen som överförts i samband med vården och som lett till infektion, olycksfall i samband med vården samt oriktig hantering av läkemedel (6 §).

I lagen avses med hälso- och sjukvård sådan verksamhet som omfattas av HSL, tandvårdslagen, lagen om omskärelse av pojkar, lagen om försäkringsmedicinska utredningar eller lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. PSL. Av förarbetena till lagen framgår att med annan liknande medicinsk verksamhet avses t.ex. levandeundersökningar i rättsmedicinskt syfte, rättspsykiatriska undersökningar samt medicinsk forskning på människor.¹¹

Med vårdgivare avses statlig myndighet, region eller kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller

¹¹ Prop. 1995/96:187 *Patientskadelag m.m.*

kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) samt enskild som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

Av 6 § tredje stycket och 7 § patientskadelagen framgår att rätten att få ersättning i vissa fall begränsas.

Vårdgivare är skyldiga att ha en patientförsäkring som täcker ersättning för skador som omfattas av patientskadelagen (12 §).

Patientdatalagen

Patientdatalagen tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal (en närmare redogörelse av bestämmelserna i lagen ges i avsnitt 9.6).

I lagen avses hälso- och sjukvård med sådan verksamhet som avses i HSL, tandvårdslagen, lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., lagen om försäkringsmedicinska utredningar, lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter samt den upphävda lagen (1944:133) om kastring.

Vad avses med begreppet patient?

Av förarbetena till patientskadelagen framgår att en förutsättning för att ersättning ska lämnas är att en person har skadats i sin egenhet av patient.¹² Det har inte ansetts nödvändigt att i lag definiera begreppet patient. Regeringen anförde att begreppet bör ges samma innebörd som i tidigare gällande lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården och lagen (1994:954) om disciplinpåföljd på hälso- och sjukvårdens område m.m. Med patient avses således alla som etablerat en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen angående sitt eget hälsotillstånd. Det spelar ingen roll om kontakten etableras på den enskildes eget initiativ eller om det sker på annat sätt. När någon ges vård eller behandling eller genomgår en undersökning ska han eller hon, oavsett anledningen

¹² Prop. 1995/96:187 s. 76.

till åtgärden, betraktas som patient.¹³ Begreppet patient beskrevs efter att Tillsynsutredningen föreslog att med begreppet ska förstås varje enskild person i varje som på eget initiativ eller på annat sätt etablerat en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen angående sitt eget hälsotillstånd och att denne sedan är patient så länge denna kontakt varar. Tillsynsutredningen behandlade i sitt huvudbetänkande frågan om hur begreppet patient skulle avgränsas och i betänkandet utvecklades resonemanget bl.a. enligt följande.¹⁴ Kontakten kan inskränka sig till en telefonkontakt och personen kan t.o.m. betecknas som patient om någon annan tar kontakten för hans eller hennes räkning. Detta är uppenbart då det gäller svårt sjuka eller okontaktbara personer. Denna definition av begreppet patient innebär att när någon avlider inom hälso- och sjukvården upphör han eller hon att vara patient. Det kan i vissa situationer te sig långsökt att benämna den mot vilken åtgärderna riktar sig som patient. Detta gäller t.ex. i en situation där den enskilde inte frivilligt tagit kontakten med hälso- och sjukvårdspersonalen utan mer eller mindre tvingats till denna. Detta är t.ex. fallet då polisen begär blodprovstagning vid misstanke om trafiknykterhetsbrott eller då blodprovstagning för bestämmande av faderskap har beslutats. I sådana situationer är den enskilde inte patient i ordets vedertagna mening. Syftet är inte att bota, lindra eller trösta eller att förebygga ohälsa. Samtidigt rör det sig om relationer då det är av avgörande betydelse att den ena parten är hälso- och sjukvårdspersonal och utför åtgärder som personalen i denna sin egenskap är kompetent att utföra samt att åtgärden riktar sig mot en enskild. Det skulle vara otillfredsställande om felgrepp som innebär avsteg från vetenskap och beprövad erfarenhet i ett sådant sammanhang inte skulle kunna prövas på samma sätt som då det gäller rena sjukvårdsinsatser. Även efter det att en viss sjukvårdsepisod avslutats kan den enskilde anses vara patient. Detta kan t.ex. gälla om den som vårdats återvänder till den behandlande läkaren och ber om ett intyg. Läkaren utfärdar då intyget på grundval av sin behandling av den enskilde som patient.¹⁵

¹³ Prop. 1993/94:149, *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.*, s. 77.

¹⁴ SOU 1991:63.

¹⁵ Prop. 1993/94: 149 s. 76 f.

Forensisk omvårdnad och vården vid sexuellt våld m.m.

Forensisk omvårdnad

Forensisk omvårdnad berör hälso- och sjukvårdspersonal som i sitt arbete möter våldsutsatta personer, gärningsmän och deras närstående. Forensisk omvårdnad kopplas traditionellt sett oftast till psykiatrin där det finns en etablerad koppling mellan rättsväsendet och rättspsykiatrin men behovet av kunskaper kan i dag däremot finnas överallt inom hälso- och sjukvården där vårdpersonal möter patienter som utsatts för våld eller övergrepp. Det kan handla om såväl somatisk som psykiatrisk vård samt slutenvård och öppenvård. Specialistkunskaper som ryms inom forensisk omvårdnad innefattar bl.a. att ha kunskap om tecken på våld eller övergrepp, att bemöta brottsoffer, gärningsmän och närstående, att känna till aktuella lagar och författningar, att säkra och dokumentera spår eller bevis som kan användas i en rättslig process, att samverka med polis, rättsväsende, socialtjänst och andra myndigheter eller organisationer.¹⁶

Forensiska sjuksköterskor

Såsom nämns i avsnitt 4 genomförde delar av 2014 års sexualbrottskommitté under utredningstiden en resa till Kanada för att ta del av erfarenheter från landets sexualbrottslagstiftning. Under besöket hölls möten med företrädare för landets justitiedepartement, rättsväsende, advokater, akademiker och brottsofferorganisationer. Sexualbrottskommittén informerades bl.a. om att det i Kanada finns en särskild specialisering för sjuksköterskor som innebär att de utbildas till forensiska sjuksköterskor, s.k. forensic nurses. Forensiska sjuksköterskor tar hand om personer som har utsatts för sexualbrott utifrån deras behov. Mottagandet ska utgå från krishantering, kontroll och behandling av eventuella skador. Därutöver ska spårsökning och insamling av forensisk bevisning ske. Det finns tydliga instruktioner t.ex. om vilken information den utsatte ska få, vilka valmöjligheter som finns när det kommer till frågan om polisanmälan och om att spara insamlat bevismaterial.¹⁷

¹⁶ www.swenurse.se

¹⁷ SOU 2016:60, *Ett starkare skydd för den sexuella integriteten*, s. 173 f.

I Socialstyrelsens rapport framgår, enligt uppgift från Svenskt Nätverk för Forensisk Omvårdnad, att det även på akutmottagningar i USA finns sjuksköterskor med specialistutbildning i forensisk omvårdnad som tar hand om och utför spårsäkringar vid sexuella övergrepp eller annat våld.¹⁸

Kvinnor och mäns våldsutsatthet och kopplingen till hälsa

Under 2014 publicerade NCK en rapport (NCK rapport 2014:1) om kvinnor och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. De resultat som NCK presenterade visar att de kvinnor och män som i sin barndom, ungdom eller sitt vuxna liv blivit utsatta för allvarligt sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld i flera fall kan medföra både psykisk och fysisk ohälsa. I rapporten (s. 73) framgår bl.a. följande:

- Bland både kvinnor och män som varit utsatta för allvarliga sexuella övergrepp i barndomen eller i vuxen ålder var PTSD-symtom cirka tre till fem gånger vanligare än bland andra.
- Utsatthet för allvarligt sexuellt våld i vuxenlivet var starkt kopplat till självskadebeteende, som var mer än tre gånger vanligare hos de utsatta kvinnorna och fem gånger vanligare hos de utsatta männen jämfört med bland andra.
- Omkring var tredje kvinna och man som hade varit utsatt för allvarligt sexuellt eller fysiskt våld som vuxen rapporterade riskbruk av alkohol, vilket var ungefär dubbelt så vanligt som bland dem som inte varit utsatta.
- Bland dem som utsatts för allvarligt sexuellt våld i barndomen var psykosomatiska symtom dubbelt så vanligt bland kvinnor och tre gånger vanligare bland män jämfört med dem som inte varit utsatta.
- Bland kvinnor i åldern 56–74 år som varit utsatta för allvarligt sexuellt eller fysiskt våld var hjärtinfarkt två till fyra gånger vanligare än bland dem som inte varit utsatta.

¹⁸ Socialstyrelsens rapport s. 26.

Vården vid sexuellt våld

Sveriges kommuner och regioner, SKR, publicerade under 2020 en rapport om vården vid sexuellt våld. I rapporten framgår bl.a. att sexuella övergrepp ofta har en djupgående påverkan på den drabbades fysiska och psykiska hälsa. Forskning visar dessutom att det inte bara är de omedelbara effekterna av sexuella övergrepp som påverkar individen utan sjukdomar och besvär långt senare i livet kan vara kopplade till övergreppet. De hälsomässiga konsekvenserna är många och vitt skilda. Uppskattningar visar att det årligen sker tusentals besök i olika delar av hälso- och sjukvården på grund av tillstånd som har sin grund i tidigare upplevelser av övergrepp.¹⁹

Möjligheter för regioner att upphandla privata aktörer

Av 12 kap. 4 § regeringsformen framgår att förvaltningsuppgifter kan överlämnas åt kommuner. Förvaltningsuppgifter kan även överlämnas åt andra juridiska personer och enskilda individer. Innefattar uppgiften myndighetsutövning, får ett överlämnande göras endast med stöd av lag. Av 3 kap. 12 § kommunallagen framgår att kommuner och regioner får, med de begränsningar som framgår av lag, överlämna skötseln av kommunala angelägenheter till privata utförare. Om skötseln av angelägenheten innefattar myndighetsutövning, får den lämnas över endast om det finns stöd för det i lag (10 kap. 1 § kommunallagen).

9.3.4 Lagstiftning m.m. inom Polismyndighetens område

I polislagen (1984:387) och polisförordningen (2014:1104) finns bestämmelser om polisens ansvar och uppgifter. Polismyndigheten spelar en viktig och självklar roll i arbetet mot sexualbrott dels när det gäller utredningen av redan begångna brott, dels genom att förebygga, förhindra och upptäcka ny brottslig verksamhet mot utsatta brottsoffer (2 § polislagen). Enligt polislagen hör det också till polisens uppgifter att samarbeta med andra myndigheter och organisationer. Särskilt åligger det polisen att fortlöpande samarbeta med myndigheterna inom socialtjänsten och snarast underrätta dessa om

¹⁹ SKR, *Vården vid sexuellt våld, nuläge och vägar framåt*, s. 26 f.

förhållanden som bör föranleda någon åtgärd av dem. Det åligger också andra myndigheter att ge polisen stöd i dess arbete (6 § polislagen). Av förarbetena till bestämmelsen i 6 § polislagen framgår att det naturligtvis inte går att åstadkomma enbart genom att ta in en bestämmelse i en författning om att myndigheter ska lämna polisen stöd i dess arbete. Bestämmelsen ska däremot ses som en rekommendation angående den inriktning som anses önskvärd.²⁰

Polismyndighetens riktlinjer för spårsäkringssatser vid sexualbrottsutredningar

Sedan den 20 april 2018 gäller Polismyndighetens riktlinjer för spårsäkringssatser vid sexualbrottsutredningar.²¹ Syftet med riktlinjerna är att fastställa en rättssäker hantering av spårsäkringssatser vid sexualbrottsutredningar inom Polismyndigheten. Riktlinjerna ska tillämpas av samtliga anställda som kommer i kontakt med spårsäkringssatser och omfattar transport, överlämning, förvaring och destruktion av spår.

Enligt riktlinjerna bör en målsägande vid färsk gärning (upp till tio dygn) föras till sjukhus för spårsäkring. Frivillighet gäller från målsägandens sida och det är polis som ska tillhandahålla spårsäkringssats. En polisiär förundersökningsledare eller handläggare ska registrera spårsäkringssatsen i polisens it-stöd för brottsutredning och tvångsmedelshantering, Durtvå. Vid en icke-färsk gärning ska målsäganden omgående tillfrågas om hon eller han blivit undersökt av sjukvården och i så fall var och när. Är målsäganden vuxen ska spårsäkringssats inhämtas vid brott med lägst ett års fängelse i straffskalan, försök till brott med lägst två år i straffskalan och vid andra brott där målsäganden gett sitt samtycke. Har målsäganden inte fyllt 18 år ska spårsäkringssats inhämtas oavsett straffskala. Spårsäkringssatsen kan förvaras i polisens jourmiljö innan överlämning sker till forensisk sektion/NFC:s regionala driftställen. Polisens jourmiljö ska vara utrustad med låsbara kylskåp alternativt låsbart utrymme med kylskåp för förvaring av spårsäkringssatsen till dess att den överlämnas till forensisk sektion/NFC:s regionala driftställen. I Polismyndighetens riktlinjer framgår också hur spårsäkringssatsen ska förvaras. Spårsäkringssatserna ska hanteras så att

²⁰ Prop. 1983/84:111, med förslag till polislag m.m., s. 58.

²¹ PM 2018:14 Saknr 428.

prover inte förväxlas, kontamineras eller förstörs. Blod- och urinprover, ska förvaras i kylskåp och övriga prover ska förvaras torrt och mörkt i rumstemperatur. Vid korttidsförvaring, upp till tio dygn, kan spårsäkringssatsen i sin helhet förvaras i kylskåp. Längre tids förvaring i kylskåp ökar risken för att säkrade spår bryts ner. Den forensiska sektionen/NFC:s regionala driftsställen ska förvara spår/prover till dess att det aktuella brottet har preskriberats.

Rättsintyg

En läkare som är verksam inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården har en skyldighet att utfärda rättsintyg enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen och lagen om rättsintyg i anledning av brott. Ett rättsintyg ska som huvudregel inhämtas från läkare vid rättsmedicinsk avdelning inom Rättsmedicinalverket eller läkare som enligt avtal med verket har åtagit sig att utfärda sådana intyg. I vissa fall kan det även vara möjligt för annan legitimerad läkare med tillräcklig kompetens att utfärda rättsintyg (2 § lagen om rättsintyg i anledning av brott). Ett rättsintyg kan utfärdas avseende såväl målsäganden som en misstänkt. Den som i sin yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården utfärdar ett intyg om någons hälsotillstånd eller vård, ska utforma det med noggrannhet och omsorg (6 kap. 10 § patientsäkerhetslagen).²² För att en myndighet ska kunna begära ett rättsintyg måste personen lämna sitt samtycke till undersökningen och vad den innebär (4 § lagen om rättsintyg i anledning av brott). Det finns dock vissa undantag som gäller för målsäganden och den misstänkte vad gäller själva utfärdandet av ett rättsintyg. Ett rättsintyg får enligt 5 § första stycke samma lag som huvudregel inte utfärdas utan den enskildes samtycke. Ett rättsintyg som avser en *målsägande* får dock enligt andra stycket utfärdas utan samtycke vid misstanke om brott för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i ett år eller försök till brott för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år (p. 1), vid misstanke om försök till brott för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i ett år om gärningen innefattat försök till överföring av sådan allmänfarlig sjukdom som avses i 1 kap. 3 § smittskyddslagen

²² Se även Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården.

(p. 2), vid misstanke om brott enligt 3, 4 eller 6 kap. brottsbalken eller brott som avses i lagen (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor, mot någon som inte har fyllt arton år (p. 3), eller om uppgifter för vilka det gäller sekretess enligt 25 kap. 1–5 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller tystnadsplikt enligt 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen har lämnats ut till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet efter samtycke från målsäganden (p. 4). Ett rättsintyg som avser den som är *misstänkt för brott* får enligt tredje stycket utfärdas utan samtycke i samband med kroppsbesiktning enligt 28 kap. rättegångsbalken eller vid misstanke om sådana brott som avses i andra stycket p. 1–3.

9.3.5 Lagstiftning m.m. som avser andra aktörer

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel (1 § förordningen [2015:284] om instruktion för Socialstyrelsen). Föreskrifterna och de allmänna råden publiceras sedan den 1 juli 2015 i HSLF-FS, som är en gemensam författningssamling för sju myndigheter inom områdena hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel och folkhälsa.

Socialstyrelsen har i flera förordningar bemyndiganden att meddela föreskrifter inom olika områden. I förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. finns olika bemyndiganden som utgår från olika lagar. I förordningen framgår exempelvis att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om journalhandlingars innehåll, utformning, hantering och förvaring enligt patientdatalagen samt om undantag från föreskriften i 3 kap. 10 § samma lag om signeringskrav.

Rättsmedicinalverket

Rättsmedicinalverket bildades 1991, som central förvaltningsmyndighet, för rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, rättsmedicin, rättskemi och rättsgenetik. En viktig uppgift för verket är att avge

sakkunnigutlåtanden till rättsväsendets myndigheter. Främst rör det sig om utredningar i form av analyser och utlåtanden till polis, allmän åklagare och domstol. Utredningarna från Rättsmedicinalverket är ofta en viktig del i brottsutredningar.

Rättsmedicinalverkets uppgifter framgår av myndighetens instruktion. Enligt 1 § förordningen (2007:976) med instruktion för Rättsmedicinalverket ansvarar verket för rättspsykiatrisk, rättskemisk, rättsmedicinsk och rättsgenetisk verksamhet i den utsträckning sådana frågor inte ska handläggas av någon annan statlig myndighet. Av 2 § i instruktionen framgår att Rättsmedicinalverket särskilt ska ansvara för bl.a. utfärdande av intyg enligt lagen om rättsintyg i anledning av brott, rättsmedicinsk medverkan på begäran av domstol, allmän åklagare, Polismyndigheten eller Säkerhetspolisen, rättskemiska och rättsgenetiska undersökningar. Rättsmedicinalverket är sedan år 2006 huvudansvarig för rättsintyg.²³ Rättsmedicinalverket utför som huvudregel inte spårsäkringar efter sexualbrott.

Socialnämnden

Socialnämndens ansvar för personer som har blivit utsatta för sexualbrott regleras i socialtjänstlagen. I 5 kap. 11 § socialtjänstlagen framgår att det till socialnämndens uppgifter hör att verka för att den som utsatts för brott och dennes närstående får stöd och hjälp. Socialnämnden ska särskilt beakta att kvinnor som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp av närstående kan vara i behov av stöd och hjälp för att förändra sin situation. Något krav på att mannen ska vara dömd eller ens polisanmäld för något sådant brott finns inte, utan tvärtom ska socialnämnden kunna erbjuda hjälpinsatser av olika slag på ett mycket tidigt stadium till en kvinna som behöver det. Det kan t.ex. vara fråga om att ordna en tillfällig bostad till en kvinna som utsatts för misshandel i hemmet och som inte utan risk för fortsatt misshandel kan återvända hem. Det kan också vara behov av hjälp i form av rådgivning m.m. eller en stödperson/kontaktperson under tiden som polisutredning eller rättegång pågår.²⁴

Även andra bestämmelser i socialtjänstlagen aktualiseras när det gäller personer som har blivit utsatta för brott. Enligt 2 kap. 1 §

²³ Prop. 2019/20:106, *Stärkt integritet i Rättsmedicinalverkets verksamhet*, s. 13.

²⁴ Prop. 1997/98:55, *Kvinnofrid*, s. 137 f.

socialtjänstlagen svarar varje kommun för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Enligt 3 kap. 1 § socialtjänstlagen framgår vidare att det till socialnämndens uppgifter hör att svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.

9.4 Samtycke till undersökningar och spårsäkring i samband med omhändertagande av offer för sexuella övergrepp

9.4.1 Inledning

Enligt 2 kap. 6 § regeringsformen är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Begreppet kroppsligt ingrepp avser främst våld mot människokroppen. Dessutom hänförs hit läkarundersökningar, smärre ingrepp som blodprovstagning samt liknande åtgärder som brukar betecknas med ordet kroppsbesiktning.²⁵ En undersökning av läkare för utfärdande av ett rättsintyg är ett sådant kroppsligt ingrepp som avses i regeringsformen. Inskränkningar i skyddet mot påtvingat kroppsligt ingrepp får enligt 2 kap. 20 och 21 §§ regeringsformen enbart göras genom lag och bara för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle.

9.4.2 Bestämmelser om samtycke i patientlagen

I 4 kap. 2 § patientlagen anges att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av patientlagen eller någon annan lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap. i lagen. Ett samtycke kan således endast anses vara giltigt om det föregåtts av information som gör det möjligt för patienten att fatta beslut i den aktuella frågan. Undantag från bestämmelsen får endast meddelas i lag, som exempelvis lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Patienten kan, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden. Patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke. Om en patient

²⁵ Prop. 1975/76:209, om ändring i regeringsformen, s. 147.

avstår från viss vård eller behandling, ska han eller hon få information om vilka konsekvenser detta kan medföra. När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad (4 kap. 3 § patientlagen). Det finns tillfällen då en patient kan ges hälso- och sjukvård utan att hans eller hennes samtycke har inhämtats. Det gäller i de fall då en patient behöver hälso- och sjukvård för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas (4 kap. 4 § patientlagen).

9.4.3 Bestämmelser om samtycke vid undersökningar och spårsäkring efter en polisanmälan om sexualbrott

När det gäller en person som skäligen misstänks för brott har i rättegångsbalken inskränkning i skyddet mot påtvingat kroppsligt ingrepp gjorts. I 28 kap. 12 § jämfört med 11 § rättegångsbalken anges att den som skäligen kan misstänkas för ett brott på vilket fängelse kan följa får kroppsbesiktigas för att söka efter föremål som kan tas i beslag eller annars för att utröna omständigheter som kan vara av betydelse för utredning om brottet. Med kroppsbesiktning avses undersökning av människokroppens yttre och inre samt provtagning från människokroppen och undersökning av sådana prov. Kroppsbesiktning av en misstänkt är en tvångsåtgärd som kan beslutas av undersökningsledare, åklagare och domstol eller vid fara i dröjsmål av polisman (28 kap. 13 § samt 4 § rättegångsbalken). En kroppsbesiktning av en misstänkt förövare får således ske oberoende av den misstänktes samtycke. I 4 § lagen om rättsintyg finns en hänvisning till rättegångsbalkens bestämmelser om kroppsbesiktning av den som är skäligen misstänkt för brott.

När det gäller en målsägande har en undersökning vid sexualbrott stor betydelse för att klarlägga detaljerna i brottet och vilka skador som har uppkommit. Normalt accepterar målsäganden att en kroppsundersökning är nödvändig som ett led i en brottsutredning. Det är därför vanligt att en undersökning av samma slag som kroppsbesiktning görs med målsägandens samtycke. I 4 § lagen om rättsintyg i anledning av brott framgår att läkarundersökning i syfte att utfärda ett rättsintyg som avser en målsägande inte får utföras utan hans eller

hennes samtycke. Om personen vägrar att låta sig undersökas finns det inte någon möjlighet att genomföra undersökningen med tvång. Det finns således inte någon rättslig grund för att tvångsvis undersöka ett brottsoffer, eftersom sådan kroppsbesiktning enligt huvudregeln enbart får riktas mot den som är skäligen misstänkt.²⁶ I Polismyndighetens riktlinjer för spårsäkringssatser vid sexualbrottsutredningar framhävs också att frivillighet gäller från målsägandens sida.

I vissa situationer kan målsäganden vara ur stånd att själv lämna samtycke till en undersökning eller utfärdande av ett rättsintyg. Så kan t.ex. vara fallet om målsäganden på grund av sina skador har blivit medvetlös. En undersökning av en medvetlös person får normalt inte sträcka sig längre än vad som från behandlingssynpunkt är medicinskt motiverat. De fynd som gjorts vid en sådan undersökning kan dock senare ligga till grund för ett rättsintyg. Ett rättsintyg får däremot endast utfärdas om samtycke föreligger, såvida det inte är fråga om någon av de undantagssituationer där krav på samtycke inte förutsätts. Utfärdande av intyg kan alltså få vänta till dess målsäganden vaknar till medvetande. Detta kan dock i vissa fall vålla problem i praktiken, t.ex. om den misstänkte förövaren är häktad. Utredningen måste i sådant fall avslutas skyndsamt och att avvakta målsägandens eget samtycke är kanske inte möjligt. Vidare kanske det bedöms nödvändigt med ytterligare undersökning utöver vad som är motiverat ur behandlingssynpunkt. Den lösning som finns till hands i detta fall är förordnande av god man.²⁷

9.4.4 Bestämmelser om samtycke avseende barn

När det gäller barn är den rättsliga utgångspunkten att det är den som har vårdnaden om ett barn som ansvarar för barnets personliga förhållanden och som enligt 6 kap. 1 och 2 §§ föräldrabalken ska se till att barnets behov av omvårdnad blir tillgodosett. En vårdnadshavare har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Det är således vårdnadshavaren som, i egenskap av den unges ställföreträdare i personliga angelägenheter, normalt utövar den unges befogenheter. Om barnet har två vårdnadshavare ska dessa utöva sina rättigheter och skyldigheter i för-

²⁶ Gunnel Lindberg, *Straffprocessuella tvångsmedel – när och hur får de användas?*, andra upplagan, 2009, s. 626–627.

²⁷ Prop. 2004/05:64, *Ny ordning för utfärdande av rättsintyg*, s. 33.

hållande till barnet tillsammans (6 kap. 11 § och 13 § första stycket föräldrabalken). Normalt krävs gemensamma beslut av föräldrar som har gemensam vårdnad om ett barn. I vissa situationer kan en vårdnadshavare bestämma ensam. Det gäller om en av vårdnadshavarna till följd av frånvaro, sjukdom eller annan orsak är förhindrad att ta del i beslut som inte utan olägenhet kan skjutas upp. En vårdnadshavare får dock inte ensam fatta beslut av ingripande betydelse för barnets framtid, såvida inte barnets bästa uppenbarligen kräver det (6 kap. 13 § andra stycket föräldrabalken). Enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken ankommer det på vårdnadshavaren att i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål.

Står barnet under vårdnad av två vårdnadshavare och samtycker endast den ena till en åtgärd till stöd för barnet, får socialnämnden i vissa fall besluta att åtgärden får vidtas utan den andra vårdnadshavarens samtycke om det krävs med hänsyn till barnets bästa och åtgärden gäller bl.a. psykiatrisk eller psykologisk utredning eller behandling som omfattas av HSL (6 kap. 13 a föräldrabalken). Förutsättningen för att nämnden ska kunna besluta i frågan är att endast den ena vårdnadshavaren samtycker till åtgärden. Det gäller inte bara när den ena vårdnadshavaren uttryckligen motsätter sig åtgärden utan också när en vårdnadshavare håller sig undan eller annars väljer att inte medverka på ett sådant sätt att han eller hon får anses motsätta sig utredningen, behandlingen eller insatsen.²⁸ Sådant beslut av socialnämnden får dock inte avse samtycke till somatisk vård och kan inte heller anses omfatta åtgärder för spårsäkring efter sexualbrott. Det finns emellertid möjlighet för sociala myndigheter att under vissa omständigheter omhänderta ett barn med stöd av lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, som därefter kan agera i vårdnadshavarens ställe.

Vid en brottsutredning och om den ena eller båda vårdnadshavarna misstänks ha gjort sig skyldig till det brottsutredningen gäller kan en särskild företrädare för barnet utses enligt lagen (1999:997) om särskild företrädare för barn när en förundersökning har inletts i fråga om ett brott som kan leda till fängelse och om en vårdnadshavare kan misstänkas för brottet, eller det kan befaras att en vårdnadshavare på grund av sitt förhållande till den som kan misstänkas för brottet inte kommer att ta till vara barnets rätt. En

²⁸ Prop. 2011/12:53, *Barns möjlighet att få vård*, s. 26.

särskild företrädares uppgift är bl.a. att ta ställning till frågan om barnets medverkan i en brottsutredning där vårdnadshavaren lämpligen inte kan fullgöra sina normala uppgifter (3 § lagen om särskild företrädare för barn).

Lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU

Ett barn ska beredas tvångsvård om det på grund av misshandel, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att barnets hälsa eller utveckling skadas. En ytterligare förutsättning är att den vård som behövs inte kan ges frivilligt. Att behövlig vård inte kan ges på frivillig väg innebär att barnets vårdnadshavare eller barnet självt, när han eller hon fyllt 15 år, inte samtycker till den vård som bedöms nödvändig (1 och 2 §§ LVU).

Ett beslut om vård enligt LVU innebär inte att en förälder fräntas den rättsliga vårdnaden om barnet. Vid en LVU-placering flyttas däremot centrala delar av bestämmanderätten tillfälligt över till socialnämnden eller till den som nämnden har uppdragit vården åt.²⁹

I akuta situationer finns möjlighet för socialnämnden att besluta att den unge omedelbart ska omhändertas. Av 6 § LVU följer att socialnämnden får besluta att den som är under 20 år omedelbart ska omhändertas om det är sannolikt att den unge behöver beredas vård med stöd av LVU och rättsens beslut om vård inte kan avvaktas med hänsyn till risken för den unges hälsa eller utveckling eller till att den fortsatta utredningen allvarligt kan försvåras eller vidare åtgärder hindras.

Numera får socialnämnden enligt 6 a § LVU besluta att den som är under 18 år omedelbart ska omhändertas om vissa förutsättningar är uppfyllda även om svensk domstol inte behörig att besluta om beredande av vård enligt denna lag.

I ett ärende enligt LVU får socialnämnden besluta om läkarundersökning av den unge samt utse läkare för undersökningen. Om undersökningen inte lämpligen kan genomföras i den unges hem, får nämnden bestämma någon annan plats för den (32 § LVU).

²⁹ SOU 2015:71, *Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU.*, s. 689.

9.5 Sekretess och tystnadsplikt för hälso- och sjukvårdspersonal

9.5.1 Inledning

Vid hälso- och sjukvårdens utförande av spårsäkring förekommer det uppgifter om en enskilds hälsa och personliga förhållanden. Inom regionen är 25 kap. 1 § OSL tillämplig och inom enskild verksamhet omfattas uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden av bestämmelserna om tystnadsplikt i 6 kap. PSL. I detta avsnitt kommer vi att närmare redogöra för aktuella bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt.

9.5.2 Gällande rätt

Hälso- och sjukvårdspersonal har begränsningar när det gäller att lämna ut uppgifter till andra myndigheter. I 25 kap. 1 § OSL regleras sekretessen inom hälso- och sjukvården för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Regleringen gäller även i annan medicinsk verksamhet, exempelvis rättsmedicinska och rättspsykiatriska undersökningar m.fl. Enligt 25 kap. 1 § OSL gäller sekretess inom den offentliga hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Uppgifter får dock lämnas mellan myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård i en kommun till en annan sådan myndighet i samma kommun. Vidare får uppgifter lämnas mellan myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård i en region till en annan sådan myndighet i samma region (25 kap. 11 § OSL). För offentligt bedriven hälso- och sjukvårdsverksamhet inom en och samma region eller en och samma kommun finns därmed inga sekretessbegränsningar. Den s.k. inre sekretessen innebär att den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § patientdatalagen). Inom den privata hälso- och sjukvården gäller bestämmelser om tystnadsplikt (6 kap. 12–16 §§ PSL).

Sekretess till skydd för en enskild gäller som huvudregel inte i förhållande till den enskilde själv (12 kap. 1 § OSL). Således kan den enskilde lämna sitt samtycke till att sekretesskyddade uppgifter lämnas. Om det inte finns något samtycke så kan sekretesskyddade uppgifter ändå lämnas med stöd av sekretessbrytande bestämmelser. Myndigheter och personal inom hälso- och sjukvården har om vissa förutsättningar är uppfyllda en möjlighet att röja sekretessen och lämna vidare uppgifter till åklagare och polis när det gäller misstanke om begångna brott. Uppgifter som omfattas av hälso- och sjukvårdssekretess får som huvudregel lämnas till de brottsutredande myndigheterna utan hinder av sekretessen, om de angår misstanke om brott för vilket inte är stadgat lindrigare straff än fängelse i ett år eller försök till brott för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år eller, om gärningen innefattar försök till överföring av allvarlig sjukdom, lindrigare straff än ett års fängelse (10 kap. 23 § OSL). Hälso- och sjukvårdssekretessen hindrar inte att uppgifter lämnas till åklagar- och polismyndighet om brott enligt 3, 4 eller 6 kap. brottsbalken mot den som inte fyllt arton år (10 kap. 21 § OSL).

Övriga sekretessbestämmelser för hälso- och sjukvården

I 6 kap. 15 § PSL finns regler om när uppgiftsskyldighet föreligger och då sekretessen alltså bryts, som gäller för all hälso- och sjukvårdspersonal oavsett om det är fråga om offentlig eller privat vård. Hälso- och sjukvårdspersonal är bl.a. skyldig att lämna ut uppgifter som gäller huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett särskilt fall begärs av en domstol, en åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten eller Skatteverket och som behövs för en rättsmedicinsk undersökning.

9.6 Personuppgiftsbehandling m.m. vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring

9.6.1 Inledning

En del av uppdraget omfattar att överväga och ta ställning till hur uppgifter vid en spårsäkring bör dokumenteras samt att se över huruvida den personuppgiftsbehandling som sker vid hälso- och sjukvårdens spårsäkringar behöver regleras ytterligare. För att kunna göra dessa överväganden är det nödvändigt att se över de personuppgiftsbehandlingar som görs vid hälso- och sjukvårdens spårsäkringar, både före och efter att en polisanmälan om ett sexualbrott har gjorts av ett brottsoffer samt redogöra för aktuella bestämmelser.

9.6.2 Bakgrund

Genom en reglering i regeringsformen har den personliga integriteten ett grundlagsskydd i Sverige. Av 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen framgår att var och en är skyddad gentemot det allmänna mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Inskränkningar i detta skydd får enligt 2 kap. 20 och 21 §§ regeringsformen enbart göras genom lag och bara för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningen får inte göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning.³⁰ Bestämmelsen i 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen innebär således att regleringar som medför en inskränkning av rätten till skydd för den personliga integriteten, måste ske i form av lag.

Även genom OSL säkerställs ett skydd för uppgifter om enskilds personliga förhållanden genom att lagen innehåller ett stort antal bestämmelser som syftar till att skydda den enskildes personliga integritet.

³⁰ Prop. 2017/18:171, *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning*, s. 56.

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (nedan kallad dataskyddsförordningen) är det grundläggande regelverket för behandling av personuppgifter som är direkt tillämplig som svensk lag. Syftet med förordningen är att skydda fysiska personers grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd för personuppgifter, och att främja det fria flödet av personuppgifter inom unionen. Dataskyddsförordningen ersatte från och med den 25 maj 2018 1995 års dataskyddsdirektiv och utgör numera den generella regleringen av personuppgiftsbehandling inom EU. Dataskyddsförordningen gäller däremot inte för sådan personuppgiftsbehandling som behöriga myndigheter utför i syfte att förebygga, förhindra, utreda, avslöja eller lagföra brott eller verkställa straffrättsliga påföljder inbegripet skydd mot samt förebyggande och förhindrande av hot mot den allmänna säkerheten eftersom det omfattas av 2016 års dataskyddsdirektivs tillämpningsområde (artikel 2.2 d dataskyddsförordningen). Brottsdatalagen genomför tillsammans med brottsdataförordningen (2018:1202) det nya dataskyddsdirektivet i svensk rätt. Gränsen mellan när dataskyddsförordningen respektive brottsdatalagen gäller regleras i den senare lagen.

Den 25 maj 2018 trädde lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen) i kraft och samtidigt upphävdes personuppgiftslagen (1998:204, PuL). Dataskyddslagen innehåller bestämmelser som på ett generellt plan kompletterar dataskyddsförordningen. De nationella bestämmelser som behövs eller är lämpliga och som är av generell karaktär, i betydelsen att de rör hela samhället eller flertalet myndigheter, finns i dataskyddslagen. Lagen reglerar bl.a. frågor om rättslig grund för behandling av personuppgifter, känsliga personuppgifter, tillsynsmyndighetens handläggning och beslut samt skadestånd och överklagande. Dataskyddslagen är subsidiär i förhållande till annan lag eller förordning (1 kap. 6 § dataskyddslagen), vilket gör det möjligt att ha avvikande bestämmelser i sektorsspecifika registerförfattningar. Bestämmelser i såväl lagar som förordningar har därigenom företräde framför den generella regleringen i dataskyddslagen. Patientdatalagen är exempel på en lag som innehåller bestämmelser som går före regleringen i dataskyddslagen.

Viktiga bestämmelser om integritetsskydd finns dessutom i s.k. registerförfattningar, vars huvudsakliga syfte är att reglera hanteringen av register eller andra samlingar av personuppgifter vid myndigheter. Registerförfattningarna reglerar myndigheternas behandling av personuppgifter och är utformade för att ge ett integritetsskydd som är anpassat utifrån respektive myndighets hantering av personuppgifter i de fall då det finns behov av att avvika från eller komplettera det integritetsskydd som de övergripande personuppgiftslagarna annars ger.

Förutom de svenska regleringarna i grundlag och lag, finns bestämmelser om skydd för enskilds personliga integritet i en del internationella överenskommelser. Som exempel kan nämnas den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) som gäller som svensk lag. Enligt artikel 8 har var och en rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Artikel 8 är således tillämplig på behandling av personuppgifter men omfattar inte all sorts behandling av personuppgifter – frågan måste gälla privatliv, familjeliv, hem eller korrespondens. Artikeln skyddar dock en provgivares integritet och rätt att bestämma över användningen av biobanksprover. Inskränkningar i dessa rättigheter får endast göras med stöd av lag och för vissa i artikeln uppräknade ändamål, bl.a. hänsyn till den allmänna säkerheten och förebyggande av oordning och brott.

Sverige är även folkrättsligt bundet av Europarådets konvention om skydd för enskilda vid automatisk databehandling av personuppgifter, den s.k. dataskyddskonventionen. Konventionen innehåller bestämmelser som ger uttryck för en rad grundläggande principer om dataskydd. Härutöver innehåller Europeiska unionens (EU) stadga om de grundläggande rättigheterna (rättighetsstadgan) bestämmelser om behandling av personuppgifter.

9.6.3 Rättsliga utgångspunkter vid personuppgiftsbehandling

Behandling av personuppgifter i verksamhet som omfattas av unionsrätten faller antingen inom tillämpningsområdet för 2016 års dataskyddsdirektiv, vilket huvudsakligen genomförs genom brottsdatalagen, eller inom tillämpningsområdet för dataskyddsförordningen. Brottsdatalagen och dataskyddsförordningen kan

inte vara tillämpliga på samma behandling för samma syfte. Har samma behandling däremot flera olika syften kan regelverken vara tillämpliga parallellt. Det bör då betraktas som två olika behandlingar av personuppgifter som var och en måste ha stöd i och följa gällande regelverk. En konsekvens av att det är syftet med behandlingen som avgör vilket regelverk som är tillämpligt för en viss personuppgiftsbehandling, är att om detta syfte ändras, kan också andra bestämmelser bli tillämpliga.³¹

När det gäller behandling av personuppgifter för hälso- och sjukvårdens syften omfattas sådan personuppgiftsbehandling av dataskyddsförordningen och av de kompletterande bestämmelserna som finns i dataskyddslagen och den sektorsspecifika patientdatalagen. Patientdatalagen kompletteras med patientdataförordningen (2008:360) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40). Hälso- och sjukvården bedriver verksamhet som framför allt omfattas av dataskyddsförordningens tillämpningsområde men kan i vissa fall bedömas omfattas av brottsdatalagens tillämpningsområde vid exempelvis rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

Det kan även konstateras att de spårsäkringssatser som hälso- och sjukvården bevarar inte kan anses förvaras i en biobank enligt lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m. I förarbetena till biobankslagen anges att prover som tas på offer för sexualbrott är tagna i syfte att användas i utredningen av brott och omfattas därmed inte av biobankslagen.³² De spårsäkringssatser som hälso- och sjukvården förvarar kan inte heller anses förvaras i en vävnadsinrättning enligt 2 § lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler. Av den bestämmelsen framgår nämligen att vävnadsinrättning är en inrättning där fysisk eller juridisk person bedriver verksamhet som innefattar kontroll, bearbetning, konservering, förvaring eller distribution av mänskliga vävnader eller celler avsedda för användning på människor eller för tillverkning av läkemedel avsedda för användning på människor.

³¹ Prop. 2019/20 :106 s. 19.

³² SOU 2018:4, *Framtidens biobanker*, s. 418.

9.6.4 Dataskyddsförordningen m.m.

Det materiella tillämpningsområdet för dataskyddsförordningen omfattar *sådan behandling av personuppgifter som helt eller delvis företas på automatisk väg samt annan behandling av personuppgifter som ingår i eller kommer att ingå i ett register* (artikel 2.1 dataskyddsförordningen). Det finns dock vissa undantag från tillämpningsområdet. Exempelvis ska behandling av personuppgifter som utgör ett led i en verksamhet som inte omfattas av unionsrätten inte omfattas av förordningens bestämmelser (artikel 2.2 a). Genom dataskyddslagen har dock förordningens tillämpningsområde utvidgats till att även omfatta behandling av personuppgifter i verksamhet som inte omfattas av unionsrätten, med vissa specifika undantag (1 kap. 2 och 3 §§ dataskyddslagen). Dataskyddsförordningen gäller inte heller, vilket nämnts ovan, för sådan personuppgiftsbehandling som behöriga myndigheter utför i syfte att förebygga, förhindra, utreda, avslöja eller lagföra brott eller verkställa straffrättsliga påföljder inbegripet skydd mot samt förebyggande och förhindrande av hot mot den allmänna säkerheten, det vill säga dataskyddsdirektivets tillämpningsområde (artikel 2.2 d dataskyddsförordningen).

Vad menas med begreppen personuppgift och behandling?

Enligt dataskyddsförordningen avses med *personuppgift* varje upplysning som avser en identifierad eller identifierbar fysisk person, varvid en identifierbar fysisk person är en person som direkt eller indirekt kan identifieras särskilt med hänvisning till en identifierare som ett namn, ett identifikationsnummer, en lokaliseringssuppgift eller online-identifikationer eller en eller flera faktorer som är specifika för den fysiska personens fysiska, fysiologiska, genetiska, psykiska, ekonomiska, kulturella eller sociala identitet (artikel 4.1 dataskyddsförordningen). Med *behandling* avses en åtgärd eller kombination av åtgärder beträffande personuppgifter eller uppsättningar av personuppgifter, oberoende av om de utförs automatiserat eller ej, såsom insamling, registrering, organisering, strukturering, lagring, bearbetning eller ändring, framtagning, läsning, användning, utlämning genom överföring, spridning eller tillhandahållande på annat sätt, justering eller sammanförande, begränsning, radering eller förstöring (artikel 4.2 dataskyddsförordningen).

När en spårsäkring har utförts av hälso- och sjukvården kan spårsäkringsatsen innehålla spår från brottsoffret men även från andra personer. Spår från brottsoffret utgörs bl.a. av blodprov för dna-analys, blod- och urinprover för analys av förekomst av alkohol och narkotika. Spårsäkringsatsen kan även innehålla fibrer, hårstrån, spermier och andra spår som efter dna-analys kan kopplas till en gärningsman eller annan person.³³

För att få klarhet i huruvida de spår som säkras eller eventuellt säkras när hälso- och sjukvården utför en spårsäkring utgör personuppgifter samt om själva förvaringen av vävnadsprover utgör en sådan delvis automatiserad eller manuell behandling av personuppgifter som regleras i dataskyddsförordningen går det att få ledning av förarbetena till lagen om biobanker i hälso- och sjukvården m.m. I lagen och den tillhörande förordningen finns det bestämmelser om hur humanbiologiskt material ska få samlas in, förvaras och användas för vissa ändamål. I förarbetena till lagen framgår att lagstiftaren gjorde bedömningen att de vävnadsprover från levande personer som förvaras i biobanker utgjorde personuppgifter i tidigare personuppgiftslagens mening. Man bedömde dock att bevarandet av prover i biobanker inte utgjorde en sådan delvis automatiserad eller manuell behandling av personuppgifter att PuL skulle bli tillämplig på hanteringen av vävnadsprover. Detta synsätt kom däremot inte till uttryck i formuleringen av lagtexten. Biobankslagen skiljer mellan å ena sidan vävnadsprover, å andra sidan personuppgifter kopplade till proverna. I den praktiska tillämpningen har t.ex. Nationella biobanksrådet inte ansett att vävnadsprover är personuppgifter, utan har tolkat lagen utifrån dess ordalydelse.³⁴

I tidigare förarbeten till biobankslagen uttalas bl.a. följande.

Vävnadsproverna förvaras t.ex. i paraffinklossar vilka har ett identifieringsnummer. Övriga uppgifter om provtagarna såsom personnummer m.m. förvaras i anslutning till vävnadsproverna i register eller patientjournaler. Identifieringsnumret är nödvändigt för att vävnadsproverna ska kunna härledas till personuppgifterna i registren. Ett exempel på delvis automatiserad behandling är om det till en samling av handlingar eller annat material innehållande personuppgifter, t.ex. vävnadsprover i en biobank, finns ett datoriserat index med hänvisning till detta material. Fråga uppkommer då om hur personuppgifterna i materialet ska beaktas. Om ett sådant datoriserat index är sökbart på personuppgifter

³³ Socialstyrelsens rapport s. 45.

³⁴ SOU 2017:40, *För dig och för alla – Delbetänkande av Utredningen om regleringen av biobanker*, s. 45–46.

anses den automatiserade behandlingen hänförlig enbart till det daterade indexet, inte till sammanställningen av vävnadsprover som sådan. Mot bakgrund av hur vävnadsprover och patientuppgifter förvaras är regeringens bedömning att själva förvaringen av vävnadsproverna i en biobank inte kan anses utgöra en delvis automatiserad behandling. Enligt personuppgiftslagen gäller lagen även för manuell behandling av personuppgifter om uppgifterna ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier. För att personuppgiftslagen ska vara tillämplig måste uppgifterna vara sorterade enligt något system och vara sökbara med hjälp av någon personuppgift på mer än ett kriterium. Såsom tidigare nämnts förvaras vävnadsprover sorterade efter ett identifieringsnummer. Med detta nummer kan man söka fram de personuppgifter som finns t.ex. i det register som förvaras i anslutning till vävnadsproverna. Något annat kriterium för sökning finns inte. Regeringens bedömning är därför att vävnadsprover i en biobank inte kan anses tillgängliga för sökning på ett sådant sätt att vävnadsproverna omfattas av personuppgiftslagens bestämmelser om manuell behandling av personuppgifter.³⁵

Mot bakgrund av vad som anges i förarbetena innebär detta att personuppgiftslagarna inte är tillämpliga på själva biobanken i sig. Personuppgiftslagarna är däremot tillämpliga på den automatiserade behandlingen i patientjournaler eller register som finns i anslutning till biobanken. Regeringen uttalade dock även i förarbetena att hanteringen av vävnadsprover i en biobank ändå är så integritetskänslig att den i allt väsentligt bör uppfylla krav på integritetsskydd motsvarande de i personuppgiftslagarna.³⁶

När det gäller biobankslagen finns i de register som är kopplade till proverna i biobanker personuppgifter som behandlas på ett sådant sätt att dataskyddsförordningen och därtill kompletterande bestämmelser gäller. Dessa uppgifter om provgivarna ses dock inte som en del av biobanken, och behandlingen av dem regleras inte av biobankslagen. Biobankslagen tillåter inte heller att biobanksprover används i brottsutredningar (2 kap. 2 § biobankslagen).³⁷

Det kan även tilläggas att Utredningen om regleringen av biobanker, som bl.a. undersökte frågan om undantag för prover som inte sparas en längre tid inom hälso- och sjukvården, i ett delbetänkande uttalade bl.a. följande i frågan. ”När vävnadsprover tas för

³⁵ Prop. 2001/02:44, *Biobanker inom hälso- och sjukvården m.m.*, s. 31–32.

³⁶ SOU 2017:66, *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning*, s. 521–522 och prop. 2001/02:44 s. 31–32.

³⁷ SOU 2018:4 s. 407.

analys vid vård och behandling i hälso- och sjukvården kasseras ofta proverna efter analysen. Dessa prover samlas inte in till en biobank för att bevaras under längre tid och de används inte för något annat ändamål än det för vilket det togs. Provtagandet och analysen av vävnadsprover är i dessa fall en del av vården och behandlingen. För vården och behandlingen skyddas den enskildes integritet av bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) i patientlagen (2014:821) och i patientsäkerhetslagen (2010:659).³⁸ När det kommer till hanteringen av vävnadsprover inom hälso- och sjukvården som används för vård och behandling och inte samlas in till en biobank utan kasseras efter att proverna analyseras bedömde således Utredningen om regleringen av biobanker att den enskildes integritet skyddas genom befintlig hälso- och sjukvårdslagstiftning.

Härutöver kan nämnas att den tidigare s.k. Artikel 29-gruppen, som bildades i syfte att skapa en enhetlig tillämpning av EU:s reglering av personuppgifter i medlemsstaterna, tog i ett rådgivande yttrande 2007 ställning till frågan i förhållande till 1995 års dataskyddsdirektiv. Artikel 29-gruppens bedömning var att vävnadsprover inte i sig är personuppgifter, utan att de är källor som personuppgifter kan utvinnas ur.³⁹ Av Artikel 29-gruppens yttrande anges bl.a. att vävnadsprov (t.ex. blodprov) är källor som biometriska uppgifter kan utvinnas ur, men att de inte är biometriska uppgifter i sig. Därför utgör endast utvinnandet av information från sådana prov insamling av personuppgifter som omfattas av bestämmelserna i direktivet (1995 års dataskyddsdirektiv).

Rättslig grund och grundläggande principer för behandling av personuppgifter

I artikel 6 i dataskyddsförordningen stadgas det grundläggande kravet att det ska finnas en giltig rättslig grund för varje behandling av personuppgifter. Det finns enligt artikel 6 sammanlagt sex rättsliga grunder för att personuppgiftsbehandlingen ska vara laglig. Dessa är i korthet att det finns ett samtycke till personuppgiftsbehandlingen (artikel 6.1 a), den registrerade har ett avtal eller ska ingå i ett avtal med den personuppgiftsansvarige (artikel 6.1 b), behandlingen är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den

³⁸ SOU 2017:40 s. 98 f.

³⁹ Yttrande 4/2007 s. 8 f.

personuppgiftsansvarige (artikel 6.1 c), behandlingen är nödvändig för att skydda intressen som är av grundläggande betydelse för den registrerade eller för en annan fysisk person (artikel 6.1 d), behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning (artikel 6.1 e) och att behandlingen är nödvändig för ändamål som rör den personuppgiftsansvariges eller en tredje parts berättigade intressen, om inte den registrerades intressen eller grundläggande rättigheter och friheter väger tyngre och kräver skydd av personuppgifter, särskilt när den registrerade är ett barn (artikel 6.1 f).

En behandling av personuppgifter är endast laglig om och i den mån som åtminstone ett villkor i artikel 6.1 är uppfyllt. Uppräkningen av de rättsliga grunderna i artikel 6.1 är uttömmande. Om ingen av de grunder som anges där är tillämplig är behandlingen inte laglig och får därmed inte genomföras. Flera av grunderna är överlappande och flera kan vara tillämpliga avseende samma behandling av personuppgifter. Utöver det grundläggande kravet på att behandling av personuppgifter måste vara laglig så gäller också andra krav som följer av dataskyddsförordningen. De grundläggande principerna för behandling av personuppgifter, dvs. de allmänna krav som gäller för all personuppgiftsbehandling som anges i artikel 5.1 i dataskyddsförordningen ska också följas.⁴⁰ Bland dessa kan nämnas att all personuppgiftsbehandling måste vara laglig, korrekt och präglas av öppenhet (artikel 5.1 a). Uppgifterna ska samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål (artikel 5.1 b). Uppgifterna ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (artikel 5.1 c). Uppgifterna ska vara korrekta och om nödvändigt uppdaterade. Alla rimliga åtgärder måste vidtas för att säkerställa att personuppgifter som är felaktiga i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas raderas eller rättas utan dröjsmål (artikel 5.1 d). Uppgifterna får inte förvaras i en form som möjliggör identifiering av den registrerade under en längre tid än vad som är nödvändigt för de ändamål för vilka personuppgifterna behandlas (artikel 5.1 e). Artiklarna 5 och 6 är grundläggande och kumulativa. Det innebär att någon av de rättsliga

⁴⁰ Prop. 2017/18:171 s. 79.

grunderna i artikel 6 måste vara tillämplig, samtidigt som samtliga principer i artikel 5 ska följas.⁴¹

Även om dataskyddsförordningen är direkt tillämplig och ska tillämpas som svensk lag, anges i artikel 6.2 att medlemsstaterna får behålla eller införa mer specifika bestämmelser för att anpassa tillämpningen av bestämmelserna i förordningen när det gäller behandling som sker enligt artikel 6.1 c (rättslig förpliktelse) och 6.1 e (uppgift av allmänt intresse och myndighetsutövning). Detta får ske genom att medlemsstaterna närmare fastställer specifika krav för uppgiftsbehandlingen och andra åtgärder för att säkerställa en laglig och rättvis behandling. Av skäl 10 till förordningen framgår att detta även gäller för behandlingen av känsliga personuppgifter.

Av artikel 6.3 framgår att vid behandling enligt artikel 6.1 c och e, ska den rättsliga grunden fastställas i unionsrätten eller i nationell rätt. Enligt artikel 6.3 andra stycket ska vidare syftet med behandlingen fastställas i den rättsliga grunden eller, i fråga om behandling enligt artikel 6.1 e, vara nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning. Där anges vidare att den rättsliga grunden kan innehålla särskilda bestämmelser för att anpassa tillämpningen av bestämmelserna i förordningen, bl.a. de allmänna villkor som ska gälla för den personuppgiftsansvariges behandling, vilken typ av uppgifter som ska behandlas, vilka registrerade som berörs, de enheter till vilka personuppgifterna får lämnas ut och för vilka ändamål, ändamålsbegränsningar, lagringstid samt typer av behandling och förfaranden för behandling, inbegripet åtgärder för att tillförsäkra en laglig och rättvis behandling.

Förordningen innehåller artiklar som tillåter undantag i vissa avseenden, exempelvis när det gäller känsliga personuppgifter enligt artikel 9 och begränsningar av den registrerades rättigheter enligt artikel 23. Vissa av de rättigheter och skyldigheter som föreskrivs i förordningen får begränsas i nationell rätt. Begränsningarna ska dock ske med respekt för andemeningen i de grundläggande rättigheterna och friheterna och utgöra en nödvändig och proportionell åtgärd i ett demokratiskt samhälle. Det förutsätter också att begränsningen sker i syfte att säkerställa något av de ändamål som anges i artikel 23.1.

Förordningen ger således medlemsstaterna möjlighet att i lagar på nationell nivå föreskriva vissa anpassade bestämmelser under för-

⁴¹ Prop. 2019/20:106 s. 14 f.

utsättning att bestämmelser i sådana författningar är förenliga med dataskyddsförordningen.⁴²

Rättslig grund och ändamål för personuppgiftsbehandling på dataskyddsförordningens och patientdatalagens tillämpningsområde

Som nämnts ovan är i den vårdande verksamhet inom hälso- och sjukvården patientdatalagen tillämplig och lagen gäller för vårdgivares behandling av personuppgifter (1 kap. 1 § PDL). Den behandling av personuppgifter som sker enligt patientdatalagen avser huvudsakligen insamling av personuppgifter för dokumentering i en patientjournal. I förarbetena till lagen benämns tillämpningsområdet som vårdgivarnas kärnverksamhet och anges omfatta den individinriktade patientvården som innefattar vård, undersökning eller behandling inom hälso- och sjukvården.⁴³ Lagen är tillämplig hos såväl offentliga vårdgivare, dvs. statliga myndigheter, regioner och kommuner, som privata vårdgivare, dvs. andra juridiska personer eller enskilda näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.

I 2 kap. 4–5 §§ PDL anges de ändamål som personuppgifter får behandlas för. Av ändamålsbestämmelsen i 2 kap. 4 § första stycket 1 PDL framgår bl.a. att personuppgifter får behandlas inom hälso- och sjukvården om det behövs för att fullgöra den skyldighet att föra patientjournal som anges i 3 kap. PDL. Den behandling av personuppgifter som sker i syfte att föra patientjournal är således nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige i enlighet med artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen. Utöver skyldigheten att föra patientjournal i patientdatalagen finns det andra författningar som föreskriver att vårdgivare inom hälso- och sjukvården ska dokumentera och lämna ut uppgifter till olika myndigheter. Det anges därför i 2 kap. 4 § första stycket 3 PDL att personuppgifter får behandlas om det behövs för att upprätta annan dokumentation som följer av lag, förordning eller annan författning. Även behandling som sker för detta ändamål är nödvändig för att fullgöra rättsliga förpliktelser enligt artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen. Detsamma gäller behandling av personuppgifter för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse

⁴² Prop. 2017/18:105, *Ny dataskyddslag*, s. 21–23 och Prop. 2019/20:106 s. 16.

⁴³ Prop. 2007/08:126, *Patientdatalag m.m.*, s. 48 f.

med lag eller förordning enligt 2 kap. 5 § PDL om det sker på grund av en uppgiftsskyldighet. I den mån uppgiftslämnandet inte grundar sig på en skyldighet utan på en möjlighet att lämna uppgifter, får uppgiftslämnandet anses utgöra en arbetsuppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen.⁴⁴

De andra ändamål som räknas upp i 2 kap. 4 § första stycket är upprättande av annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter, administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall, systematisk och fortlöpande utveckling och kvalitetssäkring i verksamheten, administration, planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten samt framställning av statistik om hälso- och sjukvården. Bedrivandet av en god hälso- och sjukvård är i vissa fall, särskilt för det allmänna, en rättslig förpliktelse, t.ex. enligt HSL. I 5 kap. 1 § HSL finns det en generell rättslig förpliktelse för den som bedriver hälso- och sjukvård, dvs. de vårdgivare som omfattas av patientdatalagen, att bedriva denna så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta får också anses vara det yttersta syftet med den behandling av personuppgifter som tillåts enligt patientdatalagen – att uppnå en god vård. Större delen av den behandling av personuppgifter som sker för de ändamål som anges i patientdatalagen har således stöd i artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen. Behandling enligt patientdatalagen, som inte är nödvändig för att uppfylla en rättslig förpliktelse, får anses nödvändig för att utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen.⁴⁵

När det gäller behandling av känsliga personuppgifter får detta ske med stöd av 2 kap. 4, 5 och 7 §§ patientdatalagen som anger att en vårdgivare endast får behandla sådana personuppgifter som behövs för vissa uppräknade ändamål (mer om känsliga personuppgifter nedan).

Behandling av personuppgifter som inte är tillåten enligt patientdatalagen får enligt 2 kap. 3 § PDL ändå ske om den enskilde har lämnat ett uttryckligt samtycke till behandlingen. Undantag finns såväl i patientdatalagen som i annan lagstiftning och regeringen får meddela föreskrifter om ytterligare undantag. Samtycke utgör enligt dataskyddsförordningen en rättslig grund för behandling av person-

⁴⁴ SOU 2017:66 s. 327.

⁴⁵ SOU 2017:66 s. 327.

uppgifter. Av artikel 6.1 a följer att behandling är laglig om den registrerade har lämnat sitt samtycke till att dennes personuppgifter behandlas för ett eller flera specifika ändamål. Samtycke definieras i artikel 4.11 i dataskyddsförordningen som varje slag av frivillig, specifik, informerad och otvetydig viljeyttring, genom vilken den registrerade, antingen genom ett uttalande eller genom en entydig bekräftande handling, godtar behandling av personuppgifter som rör honom eller henne. I artikel 7 och 8 i dataskyddsförordningen finns vissa ytterligare bestämmelser om samtycke som rättslig grund för behandling av personuppgifter. Av skäl 43 till dataskyddsförordningen framgår dock att samtycke inte bör utgöra giltig rättslig grund i ett särskilt fall där det råder betydande ojämlikhet mellan den registrerade och den personuppgiftsansvarige, särskilt om den personuppgiftsansvarige är en offentlig myndighet och det därför är osannolikt att samtycket har lämnats frivilligt när det gäller alla förhållanden som denna särskilda situation omfattar. Tidigare Artikel 29-gruppen har i ett yttrande gjort vissa uttalanden avseende 1995 års dataskyddsdirektivets krav på att samtycke ska ha lämnats frivilligt. I yttrandet anges att typen av registeransvarig kan vara avgörande för valet av rättslig grund för behandling av personuppgifter. Detta gäller framför allt registeransvariga inom den offentliga sektorn, där behandlingen av personuppgifter normalt är knuten till fullgörandet av en rättslig förpliktelse eller utförandet av en arbetsuppgift av allmänt intresse. Att använda samtycke som rättslig grund i dessa fall är inte lämpligt. Detta är särskilt tydligt när det gäller hur personuppgifter behandlas av offentliga myndigheter som har officiella maktbefogenheter, t.ex. rättsvårdande myndigheter som agerar inom ramen för sina uppdrag i samband med polisiära och rättsliga aktiviteter. I samma yttrande anges att ett samtycke som i en vård-situation getts under hot om att medicinsk vård annars inte kommer att ges, eller att medicinsk vård av lägre kvalitet kommer att ges, inte kan betraktas som frivilligt.⁴⁶

Bestämmelsen i artikel 6.1 a i dataskyddsförordningen om att behandling är laglig om den registrerade har lämnat sitt samtycke till att dennes personuppgifter behandlas för ett eller flera specifika ändamål är direkt tillämplig och inte försedd med någon möjlighet till nationell begränsning. Det är därför inte tillåtet att förbjuda enskilda att behandla personuppgifter med stöd av ett giltigt sam-

⁴⁶ Yttrande 15/2011 s. 13–14 och 16–17.

tycke från den registrerade annat än när det gäller bl.a. känsliga personuppgifter (artikel 9.2 a dataskyddsförordningen).

Känsliga personuppgifter

Av artikel 9.1 i dataskyddsförordningen framgår att behandling av personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse eller medlemskap i fackförening och behandling av genetiska uppgifter, biometriska uppgifter för att entydigt identifiera en fysisk person, uppgifter om hälsa eller uppgifter om en fysisk persons sexualliv eller sexuella läggning ska vara förbjuden. Huvudregeln är alltså enligt artikel 9.1 i dataskyddsförordningen att behandling av känsliga personuppgifter är förbjuden. Huvudregeln kompletteras med ett antal undantag i artikel 9.2, som anger när behandling av känsliga personuppgifter ändå kan tillåtas. Vissa av undantagen är direkt tillämpliga medan andra kräver viss reglering i den nationella lagstiftningen för att behandlingen ska få ske.

Känsliga personuppgifter kan enligt artikel 9.2 a behandlas med stöd av samtycke. Det är också enligt artikel 9.2 c tillåtet att behandla känsliga personuppgifter om behandlingen är nödvändig för att skydda en fysisk persons grundläggande intressen när den registrerade är förhindrad att ge sitt samtycke. Behandling av känsliga personuppgifter får enligt artikel 9.2 g vidare ske av hänsyn till ett, på grundval av EU-rätten eller nationell rätt, viktigt allmänt intresse. Behandling av känsliga personuppgifter får enligt artikel 9.2 h och artikel 9.3 också ske i anslutning till hälso- och sjukvård, yrkesmedicin och social omsorg, på grundval av EU-rätten eller medlemsstaternas nationella rätt under förutsättning att uppgifterna behandlas av eller under ansvar av en yrkesutövare som omfattas av tystnadsplikt. Enligt artikel 9.4 får medlemsstaterna behålla eller införa ytterligare villkor, även begränsningar, för behandlingen av genetiska eller biometriska uppgifter eller uppgifter om hälsa. Såsom konstaterats ovan innehåller patientdatalagen uttryckliga bestämmelser om att känsliga personuppgifter, eller alla slags personuppgifter inklusive känsliga, får behandlas under vissa förutsättningar.

9.6.5 Brottsdatalagen

Behörig myndighet

Brottsdatalagen ska tillämpas av de som är behöriga myndigheter enligt lagen, om syftet med personuppgiftsbehandlingen är att förebygga, förhindra eller upptäcka brottslig verksamhet, utreda eller lagföra brott, verkställa straffrättsliga påföljder eller upprätthålla allmän ordning och säkerhet (1 kap. 2 § brottsdatalagen). Det är således syftet med behandlingen av personuppgifter i det enskilda fallet som blir avgörande för när lagen ska tillämpas, inte i vilken verksamhet behandlingen utförs. I brottsdatalagen definieras en behörig myndighet som en myndighet som har till uppgift att förebygga, förhindra eller upptäcka brottslig verksamhet, utreda eller lagföra brott, verkställa straffrättsliga påföljder, eller upprätthålla allmän ordning och säkerhet. Som behörig myndighet ska också förstås en annan aktör som anförtrotts att utöva myndighet för något av dessa syften (1 kap. 6 § brottsdatalagen). Det framgår således inte direkt av lagen vilka som är behöriga myndigheter. Det avgörande är om myndigheten har en uppgift inom brottsbekämpning, lagföring, straffverkställighet eller upprätthållande av allmän ordning och säkerhet. Myndigheten är behörig myndighet bara när den behandlar personuppgifter i sådant syfte. En myndighet kan alltså vara både behörig och icke behörig i lagens mening beroende på i vilket syfte som personuppgifter behandlas.⁴⁷ Polismyndighetens operativa verksamhet utgörs till stor del av verksamhet som omfattas av brottsdatalagens tillämpningsområde samt registerförfattningen lagen (2018:1693) om polisens behandling av personuppgifter inom brottsdatalagens område (polisens brottsdatalag). Den senare lagen har ersatt polisdatalagen (2010:361). I likhet med den tidigare lagen ska den ge polisen utrymme att behandla personuppgifter i den brottsbekämpande verksamheten, samtidigt som de personer som berörs så långt som det är möjligt ska skyddas mot att deras personliga integritet kränks. Den gäller utöver brottsdatalagen och innehåller enbart bestämmelser som innebär preciseringar, undantag eller andra avvikelser från den lagen.

Myndigheterna i rättskedjan behöver ibland stöd från myndigheter med annan kompetens. Sådan stödverksamhet kan avse t.ex. foren-

⁴⁷ Prop. 2017/18:232, *Brottsdatalag*, s. 109 f. och 429 f.

sisk, medicinsk eller psykiatrisk kompetens. Stödet kan också avse särskilda resurser. Den som har en författningsreglerad skyldighet att biträda behöriga myndigheter med särskild kompetens eller särskilda resurser bör vid utförandet av sådana uppgifter anses som behörig myndighet och tillämpa lagen. Annat stöd som inte är författningsreglerat och som lämnas till en behörig myndighet av en myndighet eller annan aktör som inte själv är behörig myndighet i lagens mening ligger däremot utanför lagens tillämpningsområde, t.ex. stöd från myndigheter som deltar i olika insatser för att förebygga brott eller att samverka mot brott och oordning. Ett exempel är när en statlig myndighet som t.ex. Pensionsmyndigheten bistår åklagare i förundersökningar om ekonomisk brottslighet.⁴⁸

Personuppgift och behandling

Enligt brottsdatalagen är en *personuppgift* varje upplysning om en identifierad eller identifierbar fysisk person som är i livet (1 kap. 6 § brottsdatalagen). Varje upplysning som kan hänföras till en fysisk person är en personuppgift. Det gäller även upplysningar som kan hänföras till en individ om en fysisk person kan identifieras med hjälp av informationen. Det krävs inte att den personuppgiftsansvarige ska förfoga över samtliga uppgifter som gör identifieringen möjlig. Det innebär att t.ex. oidentifierade fingeravtryck och DNA-profiler är personuppgifter, eftersom det är möjligt att identifiera en person med hjälp av dem. Även bild- eller ljudupptagningar kan utgöra personuppgifter, om man direkt eller indirekt kan avgöra vilken individ som upptagningen avser.⁴⁹ Brottsdatalagen gäller som ovan nämnts *vid sådan behandling av personuppgifter som är helt eller delvis automatiserad och för annan behandling av personuppgifter som ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier* (1 kap. 3 § brottsdatalagen). Enligt lagen innebär behandling av personuppgifter *en åtgärd eller kombination av åtgärder som vidtas i fråga om personuppgifter eller uppsättningar av personuppgifter, oavsett om det görs automatiserat eller inte, t.ex. insamling, registrering, organisering, strukturering, lagring, bearbetning eller änd-*

⁴⁸ Prop. 2017/18:232 s. 112.

⁴⁹ Prop. 2017/18:232 s. 437.

ring, framtagning, läsning, användning, utlämnande, spridning eller tillhandahållande på annat sätt, justering, sammanföring, begränsning, radering eller förstöring (1 kap. 6 § brottsdatalagen).

Spår

På brottsplatser kan det samlas in spår som utgör underlaget för analyser och andra forensiska undersökningar. Enligt Lexinos kommentar till 27 kap. 1 § RB (Lindberg, Rättegångsbalk [1 december 2020, Lexino], kommentaren till 27 kap. 1 § rättegångsbalken) är spår material som varken har något värde eller är i någons besittning. Till spår räknas vanligen kroppsvätskor som blod, saliv och sekret, samt föremål som kan anträffas på en brottsplats och som kan bli föremål för en teknisk undersökning, t.ex. cigarettfimpar, patronhylsor och tomflaskor. Någon reglering i RB eller i annan lagstiftning avseende spår finns inte. Sådan reglering har dessutom avvisats i förarbetena.⁵⁰ Av Åklagarmyndighetens handbok om beslag anges att spår är föremål som skäligen kan antas ha betydelse för utredning om brott. I handboken anges att ett s.k. rapekit (dvs. Spårsäkrings-sats efter sexuella övergrepp) är att anse som spår.⁵¹

I förarbetena som utarbetades i samband med omorganisationen av den svenska polisen till en myndighet uttalades bl.a. följande i frågan. I fältverksamheten samlas det material in som utgör underlaget för analyser och andra forensiska undersökningar. Spår kan också säkras i ett inledande skede i laboratoriemiljö, t.ex. genom tejpning eller annan spårsäkring från material. Någon personuppgiftsbehandling äger inte rum i den fysiska miljön när insamlingen av spår eller annat material pågår. Frågan om vilken reglering som träffar personuppgiftsbehandlingen aktualiseras först när uppgifter ska behandlas helt eller delvis automatiserat, eller om uppgifterna ingår i eller avses ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier (1 kap. 2 § första stycket polisdatalagen, numera 1 kap. 3 § brottsdatalagen).⁵²

⁵⁰ Prop. 2015/16:68, *Förstärkt rättssäkerhet och effektivitet i förundersökningsförfarandet*, s. 50 f.

⁵¹ Åklagarmyndighetens handbok Beslag s. 42.

⁵² Prop. 2014/15:94, *Den nya polisorganisationen – några frågor om personuppgiftsbehandling m.m.*, s. 58.

Behandling av känsliga personuppgifter

Uppgifter som behandlas i anknytning till en sexualbrott kan vara känsliga ur ett integritetshänseende, eftersom de kan röra uppgifter om hälsa, sexualliv eller sexuell läggning (2 kap. 11 § brottsdatalagen). Det är enligt brottsdatalagen inte tillåtet att behandla personuppgifter som avslöjar ras, etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse eller medlemskap i fackförening eller som rör hälsa, sexualliv eller sexuell läggning. Om andra uppgifter om en person samlas in och behandlas får de dock kompletteras med känsliga personuppgifter när det är absolut nödvändigt för ändamålet med behandlingen. I en förundersökning som gäller brottet hets mot folkgrupp kan det t.ex. finnas skäl att anteckna uppgifter om målsägandens religiösa övertygelse eller etniska ursprung.⁵³

I samband med EU:s dataskyddsreform har det tillkommit två nya kategorier av känsliga personuppgifter, biometriska och genetiska uppgifter. I brottsdatalagen anges att biometriska uppgifter är personuppgifter som rör en persons fysiska, fysiologiska eller beteendemässiga kännetecken, som tagits fram genom särskild teknisk behandling och som möjliggör eller bekräftar unik identifiering av personen. Med genetiska uppgifter avses personuppgifter som rör en persons nedärvda eller förvärvade genetiska kännetecken och som härrör från analys av ett spår av eller ett prov från personen (1 kap. 6 § brottsdatalagen). Biometriska och genetiska uppgifter får endast behandlas om det är särskilt föreskrivet och det är absolut nödvändigt för ändamålet med behandlingen (2 kap. 12 § brottsdatalagen). För Polismyndigheten finns sådana föreskrifter i polisens brottsdatalag. Där anges det att bl.a. Polismyndigheten får behandla biometriska uppgifter om det är absolut nödvändigt för ändamålet med behandlingen (2 kap. 4 § polisens brottsdatalag). Stöd finns alltså inte för behandling av genetiska uppgifter vid Polismyndigheten i allmänhet. Däremot får både biometriska och genetiska uppgifter behandlas vid Nationellt forensiskt centrum om det är absolut nödvändigt för ändamålet med behandlingen (6 kap. 4 § polisens brottsdatalag). Om material har samlats in på en brottsplats eller annars tagits om hand inom ramen för en brottsutredning och materialet

⁵³ Lindblom, Brottsdatalagen (1 juli 2020, Karnov), kommentaren till 2 kap. 11 § brottsdatalagen.

behöver analyseras forensiskt, anses det vara absolut nödvändigt att behandla de personuppgifter som blir aktuella.⁵⁴

Rättslig grund och ändamål för personuppgiftsbehandling på brottsdatalagens tillämpningsområde

Av 2 kap. 1 § brottsdatalagen, som genomför art. 8.1 i dataskyddsdirektivet, framgår att personuppgifter får behandlas om det är nödvändigt för att en behörig myndighet ska kunna utföra sin uppgift att förebygga, förhindra eller upptäcka brottslig verksamhet, utreda eller lagföra brott, verkställa en straffrättslig påföljd eller upprätthålla allmän ordning och säkerhet. Arbetsuppgiften ska framgå av en lag, en förordning eller ett särskilt beslut i vilket regeringen uppdragit åt den behöriga myndigheten att ansvara för en sådan uppgift. Enligt 2 kap. 2 § brottsdatalagen får personuppgifter dessutom behandlas om det är nödvändigt för diarieföring, eller om uppgifterna har lämnats till en behörig myndighet i en anmälan, ansökan eller liknande och behandlingen är nödvändig för myndighetens handläggning.

Vad gäller begreppet nödvändig framgår av förarbetena till brottsdatalagen att personuppgiftsbehandlingen ska vara ”nödvändig” för att en behörig myndighet ska kunna utföra sina uppgifter. EU-domstolen har i ett avgörande (mål C-524/06) kommit fram till att ordet ”nödvändig” ska tolkas som att det är fråga om något som behövs för att på ett effektivt sätt kunna utföra arbetsuppgiften.⁵⁵ Kravet på nödvändighet innebär dock att personuppgifter inte får behandlas om syftet med behandlingen kan uppnås med andra medel, t.ex. genom att anonymisera uppgifterna.

Av 2 kap. 3 § brottsdatalagen framgår vidare att personuppgifter bara får behandlas för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål. Om det ändamål som personuppgifterna behandlas för inte framgår av sammanhanget eller på annat sätt, ska det tydliggöras genom en särskild upplysning. Det är skillnad mellan ändamålet med behandlingen och den rättsliga grunden för behandlingen. Ändamålet ska i de flesta fall vara mer konkret. Ändamålen måste bestämmas redan när personuppgifter behandlas första gången. Att ändamålet ska vara särskilt innebär att det måste vara tillräckligt preciserat för att det ska kunna avgöras om de personuppgifter som

⁵⁴ Prop. 2017/18:269, *Brottsdatalag – kompletterande lagstiftning*, s. 313.

⁵⁵ Prop. 2017/18:232 s. 117.

behandlas är adekvata och relevanta för ändamålet med behandlingen eller om för många personuppgifter behandlas. Det får inte vara så vagt eller omfattande att en prövning blir omöjlig i praktiken. Ändamålet kan t.ex. vara förundersökningen om ett visst brott, åtalet för vissa gärningar eller handläggningen av en begäran om ett kontaktförbud.⁵⁶

Härutöver kan nämnas att det i 2 kap. 7 § brottsdatalagen finns ett krav på att personuppgifter som behandlas ska vara korrekta och, om det är nödvändigt, uppdaterade. Uppgifter som beskriver en persons utseende ska utformas på ett objektivt sätt med respekt för människovärdet. Dessutom ska personuppgifter som behandlas vara adekvata och relevanta i förhållande till ändamålen med behandlingen. Fler personuppgifter får inte behandlas än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen med behandlingen (2 kap. 8 § brottsdatalagen).

9.7 Dokumentation i patientjournalen enligt patientdatalagen

Enligt 3 kap 1 § PDL ska patientjournal föras vid vård av patienter. Hälso- och sjukvården har således en skyldighet att föra patientjournal, vilket innebär att det inte krävs något samtycke från den enskilde för att dokumentera uppgifter i journalen. En patientjournal får endast innehålla de uppgifter som behövs för vissa angivna ändamål och ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla uppgift om patientens identitet, väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder, väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, uppgift om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning, samt uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling. Patientjournalen ska vidare innehålla

⁵⁶ Lindblom, Brottsdatalagen (1 juli 2020, Karnov), kommentaren till 2 kap. 3 § brottsdatalagen.

uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes (3 kap. 5 och 6 §§ PDL).

Utöver detta får en patientjournal innehålla de uppgifter som enligt lag eller annan författning ska antecknas i en patientjournal (3 kap. 7 § PDL). Sådana bestämmelser finns i 2 § lagen om omskärelse av pojkar, 3 kap. 7 § lagen om biobanker i hälso- och sjukvården, 4 kap. 2 och 3 §§ smittskyddslagen, 3 § lagen om läkemedelsförteckning, 3 kap. 8 § patientsäkerhetslagen samt 2 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. I 5 kap. i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården anges vilka uppgifter en patientjournal ska innehålla.

I en spårsäkringssats finns numera guiden som används vid spårsäkring. I NCK:s webbstöd anges att den ifyllda guiden ska sparas som originaljournal av hälso- och sjukvården. Eftersom guiden är en journalhandling ska den förvaras på sjukhuset enligt gällande regler om journalhandlingar. Enligt NCK går det bra att guiden skannas in i journalsystemet.

9.8 Tillsyn

9.8.1 Hälso- och sjukvården

Inspektionen för vård- och omsorg har tillsyn över all hälso- och sjukvård (utom hälso- och sjukvården inom försvarsmakten) genom att inspektera vårdverksamheterna och utreda vissa anmälningar. IVO ansvarar också för tillsyn av hälso- och sjukvårdspersonal (7 kap. 1 § PSL).

Tidigare Datainspektionen, numera Integritetsskyddsmyndigheten⁵⁷, har tillsyn över hur vårdgivarna tillämpar dataskyddsbestämmelser enligt dataskyddsförordningen och dataskyddslagen (2 a § förordningen med instruktion för Integritetsskyddsmyndigheten). Det är således Integritetsskyddsmyndigheten som till exempel kontrollerar att vårdgivare vidtar säkerhetsåtgärder för att skydda patientuppgifterna.

⁵⁷ Datainspektionen bytte namn till Integritetsskyddsmyndigheten den 1 januari 2021.

9.8.2 Polismyndigheten

Polismyndigheten är en förvaltningsmyndighet under regeringen, vilket innebär att både regeringen och riksdagen utövar viss styrning och kontroll av myndigheten. Polismyndighetens operativa verksamhet styrs av bl.a. polislagen och rättegångsbalken (23–24 kap. och 27–28 kap. RB). Tillsyn över polisväsendet utövas av Riksdagens ombudsmän (JO) och Justitiekanslern (JK). Dessutom utövas tillsyn över behandling av personuppgifter enligt brottsdatalagen av Integritetsskyddsmyndigheten (2 a § förordningen [2007:975] med instruktion för Integritetsskyddsmyndigheten). Säkerhets- och integritetsskyddsnämnden har också ett tillsynsuppdrag och utövar tillsyn över brottsbekämpande myndigheters användning av hemliga tvångsmedel och kvalificerade skyddsidentiteter. Nämnden utövar tillsyn över den behandling av personuppgifter som utförs av Polismyndigheten, Säkerhetspolisen och Ekobrottsmyndigheten enligt brottsdatalagen och polisens brottsdatalag för de syften som anges i 1 kap. 1 § i den sistnämnda lagen, och lagen (2019:1182) om Säkerhetspolisens behandling av personuppgifter. Nämnden utövar även tillsyn över Polismyndighetens och Säkerhetspolisens tillämpning av lagen (2019:547) om förbud mot användning av vissa uppgifter för att utreda brott (se 1 § lagen [2007:980] om tillsyn över viss brottsbekämpande verksamhet).

Polismyndighetens hantering av spårsäkringssatser kan granskas av JO och JK inom ramen för deras allmänna tillsyn. Vid personuppgiftsbehandling är det Integritetsskyddsmyndigheten, och i många fall även Säkerhets- och integritetsskyddsnämnden, som utövar tillsyn över Polismyndigheten.

9.9 Hälso- och sjukvårdens ansvar för spårsäkring vid omhändertagande av offer för sexuella övergrepp

I hälso- och sjukvårdens uppgifter ingår att bistå andra myndigheter vid sexualbrottsutredningar. En förutsättning för att samarbetet med polisen i det enskilda fallet rent faktiskt ska inledas är att sexualbrottsoffret gör en polisanmälan. Ibland körs till exempel offret efter ett övergrepp direkt till hälso- och sjukvården av polisen i syfte

att få vård men även för spårsäkring om det finns ett samtycke från offrets sida. Det förekommer dock att ett sexualbrottsoffer i det akuta skedet efter övergreppet på egen hand söker hjälp hos hälso- och sjukvården. Kontakt med polisen kan därefter tas både i nära anslutning till övergreppet eller en tid efteråt.

Enligt 6 kap. 9 § PSL är en läkare som är verksam inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården skyldig att, i den omfattning övriga skyldigheter i yrkesutövningen inte hindrar det eller det annars inte finns särskilda skäl mot det, utföra undersökningar inklusive t.ex. provtagning för spårsäkring och ge utlåtanden över dessa på begäran av länsstyrelse, domstol, åklagarmyndighet, Polismyndigheten eller överförmyndare. Det saknas dock en skyldighet för hälso- och sjukvården att utföra spårsäkring efter sexualbrott utan en sådan begäran. Således finns det ingen tydlig reglering av ansvaret för hälso- och sjukvården att erbjuda och utföra spårsäkringar vid sexualbrott när ett sexualbrottsoffer uppsöker hälso- och sjukvården på egen hand.

Hälso- och sjukvården omfattas dock av skyldigheten enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen att genast anmäla till socialnämnden när man i verksamheten får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Detta kan i förlängningen innebära att hälso- och sjukvården med stöd av 6 kap. 9 § PSL får i uppgift att utföra en spårsäkring beträffande barn om det görs en polisanmälan.

9.10 Överväganden och förslag

9.10.1 Ny lag om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott

Förslag: En ny lag om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott ska införas. Bestämmelserna i lagen ska även tillämpas vid den spårsäkring som utförs av hälso- och sjukvården efter ett sexualbrott enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen förutom vad gäller regleringen om regionens ansvar.

Rekommendationerna i NCK:s handbok för hälso- och sjukvården upprättades bl.a. för att förbättra omhändertagandet av offer för sexualbrott. Sexualbrottsoffer kan initialt söka hjälp inom vården –

i stället för att vända sig till polisen – och NCK bedömde att det måste finnas en beredskap för att alla som kan komma i kontakt med ett sexualbrottsoffer ska kunna agera för att möta patientens medicinska och emotionella behov. Ett annat syfte var att utarbeta rutiner för hur provtagning och dokumentation inom hälso- och sjukvården ska genomföras för att säkerställa att rättsväsendets beslutsunderlag ska bli så fullständigt och ändamålsenligt som möjligt. Sannolikheten att finna spår efter ett sexuellt övergrepp påverkas av tiden som förflött mellan övergreppet och undersökningstillfället och spårsäkring bör därför göras så tidigt som möjligt i samband med vårdtillfället. De första 72 timmarna ses ofta som det akuta tidsintervallet för att t.ex. hitta dna från förövare. Om prover inte tagits vid det första besöket hos hälso- och sjukvården kan tillfället förloras eftersom det finns risk för kontaminering och att spåren försvinner ju längre tiden går efter övergreppet.⁵⁸ En annan aspekt är att behovet av undersökningar efter sexualbrott varierar såväl i tid som i rum. När ett sexualbrottsoffer söker kontakt hos hälso- och sjukvården krävs oftast omedelbar undersökning av hälso- och sjukvården med t.ex. provtagning för sexuellt överförbara sjukdomar och vid vissa allvarligare skador måste andra behandlande åtgärder vidtas omedelbart. Spårsäkring behöver utföras i samband med hälso- och sjukvårdens medicinska omhändertagande, eftersom det annars finns risk för att spåren försvinner.

Som konstaterats i avsnitt 9.9 har en offentligt anställd läkare inom hälso- och sjukvården en skyldighet att utföra undersökningar och t.ex. provtagning för spårsäkring på begäran av polisen enligt 6 kap. 9 § PSL. Någon liknande skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal i de fall en polisanmälan inte har gjorts av ett sexualbrottsoffer finns emellertid inte. Spårsäkring utförs däremot i dag av hälso- och sjukvården i samband med omhändertagande av sexualbrottsoffer, både om en polisanmälan har gjorts av offret och inte, i överensstämmelse med rekommendationerna i NCK:s handbok.⁵⁹ I Socialstyrelsens rapport framgår däremot att representanter för hälso- och sjukvården och andra aktörer under myndighetens utredning framförde att hälso- och sjukvårdens omhändertagande och spårsäkring ser olika ut i landet i de fall ett sexualbrottsoffer inte har gjort en polisanmälan, att omhändertagandet inte är jämlikt och att

⁵⁸ NCK:s handbok s. 35.

⁵⁹ Se även SKR, *Vården vid sexuellt våld, nuläge och vägar framåt*, s. 36.

det i huvudsak fungerar bra på de platser där uppgifterna prioriteras. Det framfördes vidare att det händer att hälso- och sjukvården i vissa fall inte utför spårsäkring och att det kan bero på att hälso- och sjukvården anser sig sakna en skyldighet att göra en sådan utredning, att det är oklart vilken lagstiftning som aktualiseras för hälso- och sjukvården vid utförandet av spårsäkringar samt att det finns en okunskap om var inom vården män och hbtqi-personer kan få hjälp och av vilken yrkeskategori.⁶⁰

Det är angeläget att spårsäkring genomförs även i de fall när offret inte har gjort en polisanmälan. Vi bedömer att det inte finns något alternativ till utförare av spårsäkring, framför allt i de akuta skedet efter ett sexuellt övergrepp, än hälso- och sjukvården. Det behövs därför en särskild rättslig reglering för att klargöra ansvaret för hälso- och sjukvårdens spårsäkring i de fall det inte har gjorts en polisanmälan av sexualbrottsoffret samt för att stärka patientsäkerheten vid utförandet av spårsäkringar i allmänhet. För att hälso- och sjukvårdens arbetssätt vid omhändertagande av sexualbrottsoffer ska ges möjlighet att bli rättssäkert, jämlikt och enhetligt över hela landet föreslår vi att en ny lag om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott införs. I lagen ska regleras vem som ska ansvara för hälso- och sjukvårdens spårsäkring som inte utförs på begäran av polisen enligt 6 kap. 9 § PSL samt andra frågor som har anknytning till spårsäkring och patientsäkerheten. Bestämmelserna i lagen ska, förutom regleringen om ansvaret för spårsäkringen, även tillämpas vid den spårsäkring som utförs av hälso- och sjukvården på begäran av brottsutredande myndigheter enligt 6 kap. 9 § PSL.

Anledningen till att vi föreslår en ny lag är att vi inte anser att det är lämpligt att reglera ansvaret för den spårsäkring som inte utförs enligt 6 kap. 9 § PSL i befintlig hälso- och sjukvårdslagstiftning eftersom spårsäkring inte har något egentligt vårdsyfte. Vi föreslår inte heller en reglering likt den som finns i 6 kap. 9 § PSL eller i anslutning till denna bestämmelse på grund av olika anledningar som redogörs för närmare här nedan samt i avsnitten som följer. En konsekvens av förslaget är alltså att det inte kommer finnas en gemensam reglering av ansvaret för den spårsäkring som utförs enligt 6 kap. 9 § PSL och den som ska framgå av den nya lagen. Ansvaret för den spårsäkring som utförs enligt 6 kap. 9 § PSL åligger, som

⁶⁰ Socialstyrelsens rapport s. 25 f samt SKR, *Vården vid sexuellt våld, nuläge och vägar framåt*, s. 55 f.

konstaterats ovan, den offentligt anställda läkaren. Enligt uppgifter både från företrädare från hälso- och sjukvården och från Polismyndigheten fungerar samarbetet dem emellan i stort bra och de undersökningar och den spårsäkring som begärs enligt denna bestämmelse utförs av hälso- och sjukvården. Enligt utredningens mening saknas därför anledning att överväga någon ändring av det ansvar som framgår av 6 kap. 9 § PSL. Dessutom reglerar bestämmelsen i 6 kap. 9 § PSL inte endast skyldigheten för en läkare som är verksam inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården att utföra undersökningar av sexualbrottsoffer på begäran av polisen. Regleringen i 6 kap. 9 § PSL omfattar ett större ansvarsområde. Den reglerar även skyldigheten för en offentligt anställd läkare på begäran av även andra myndigheter såsom länsstyrelse, domstol, åklagarmyndighet eller överförmyndare att utföra undersökningar. Bestämmelsen reglerar dessutom skyldigheten för en offentligt anställd läkare att ge utlåtanden på begäran av dessa myndigheter. Alternativet att bryta ut ansvaret från 6 kap. 9 § PSL när det kommer till spårsäkring efter sexualbrott förefaller inte heller som en lämplig lösning eftersom bestämmelsen även reglerar ansvaret för offentligt anställda läkare att utfärda utlåtanden efter ett sexualbrott och bestämmelsen hänvisar även till lagen om rättsintyg i anledning av brott som innehåller bestämmelser om medicinska utlåtanden av läkare som inhämtas av Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet i syfte att användas i en brottsutredning eller som bevis i en rättegång i anledning av brott. Utredningens bedömning är därmed att regleringen av ansvaret för de spårsäkringar efter sexualbrott som utförs på begäran av polisen bör kvarstå i 6 kap. 9 § PSL. Dessutom skulle en översyn av hela ansvaret som regleras i 6 kap. 9 § PSL inte rymmas inom utredningens uppdrag enligt direktiven.

Utredningen bedömer vidare att de skilda regleringarna av ansvaret för hälso- och sjukvårdens spårsäkring inte innebär att hälso- och sjukvårdens spårsäkring i de olika situationerna inte skulle bli likvärdig. I den föreslagna lagen anser vi nämligen att relevanta hälso- och sjukvårdsregler bör göras tillämpliga även för hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott enligt 6 kap. 9 § PSL så att det skyddsnet av föreskrifter som finns inom hälso- och sjukvården också tillämpas för dessa undersökningar (mer om detta i avsnitt 9.10.2).

9.10.2 Spårsäkring och hälso- och sjukvård

Förslag: Med spårsäkring ska enligt den föreslagna lagen avses de åtgärder som vidtas och de prover som tas av hälso- och sjukvårdspersonal i samband med undersökning av en person som har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott i syfte att säkra spår från förövare som kan komma att användas i en rättsprocess.

Den spårsäkring som avses enligt den föreslagna lagen ska inte utgöra hälso- och sjukvård i den mening som avses i hälso- och sjukvårdslagen.

Vilka åtgärder ska anses som spårsäkring?

Enligt rekommendationerna i NCK:s handbok ska alla som uppöker hälso- och sjukvården i den akuta fasen efter ett sexuellt övergrepp erbjudas en fullständig kroppsundersökning som innefattar en undersökning av hela kroppsytan med dokumentation av eventuella skador, en gynekologisk eller proktologisk undersökning med dokumentation av eventuella skador, provtagning för graviditet, drogpåverkan och sexuellt överförbara infektioner samt provtagning för spårsäkring. Vid omhändertagandet utförs således medicinska undersökningar i syfte att utreda om offret har fått några skador efter övergreppet, det tas medicinska prover såsom provtagning för sexuellt överförbara infektioner samt spårsäkringsprover som inbegriper den kriminaltekniska spårsäkringen som t.ex. topsning, nagel-skrapning och tillvaratagandet av underkläder och främmande hår eller fiber i samband med det medicinska omhändertagandet. Dessutom dokumenteras eventuella skador i samband med undersökningarna. Hälso- och sjukvårdens hantering av medicinska prover är att de skickas omgående till laboratorium för analys i syfte att ta reda på om eller vilka medicinska behandlingsåtgärder som är nödvändiga. Spårsäkringsproverna och eventuella omhändertagna kläder ska enligt rekommendationerna i NCK:s handbok däremot inte hanteras av hälso- och sjukvården utan antingen lämnas över till polisen för vidare hantering om en polisanmälan har gjorts eller förvaras i minst två år om en polisanmälan inte har gjorts av brottsoffret. Det är de åtgärder som vidtas och de prover som tas av hälso- och sjukvårdspersonalen i samband med hälso- och sjukvårdens undersök-

ningar och medicinska omhändertagande som utförs i syfte att säkra spår från förövare och som kan komma att användas i en rättsprocess som utgör spårsäkring. Så bör det också beskrivas i lagen. Det fullständiga namnet på en spårsäkringssats är i dag *Spårsäkringssats efter sexuella övergrepp*. Spårsäkringssatserna har tidigare uppdaterats och kan även med tiden komma utvecklas och förbättras. Utredningen anser därför inte att det i lag bör framgå att en spårsäkring avser användandet av en spårsäkringssats.

Är hälso- och sjukvårdens spårsäkring hälso- och sjukvård?

Den centrala definitionen av vad som utgör hälso- och sjukvård går, som tidigare nämnts, att utläsa i 2 kap. 1 § HSL, som anger att det är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. Även om det inte specifikt anges i lagtexten inryms även vårdåtgärder som t.ex. abort och sterilisering i begreppet hälso- och sjukvård. Sjukdomsförebyggande åtgärder av både miljöinriktad och individinriktad karaktär omfattas också. Det handlar exempelvis om allmänna och riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsouppläsning samt mödra- och barnhälsovård. Lagen omfattar dock inte tandvård enligt tandvårdslagen. Ovan nämnda insatser är sådana åtgärder som ingår i den hälso- och sjukvård som regionerna till följd av sitt vårdansvar enligt 8 kap. HSL är skyldiga att tillhandahålla. Även manlig omskärelse utgör hälso- och sjukvård när det sker på medicinsk indikation. I övrigt gäller lagen om omskärelse av pojkar som reglerar förutsättningarna för omskärelse när det utförs av framför allt kulturella skäl. Definitionen av hälso- och sjukvård i HSL omfattar alltså mer än vad som direkt kan utläsas av ordalydelsen i lagen. De andra lagarna på hälso- och sjukvårdsområdet som t.ex. PSL och patientskadelagen har något bredare definitioner av vad som är hälso- och sjukvård än den som anges i HSL. Exempelvis omfattas försäkringsmedicinska utredningar och manlig omskärelse av kulturella skäl av PSL:s och patientskadelagens definition av hälso- och sjukvård. Anledningen till att hälso- och sjukvårdsbegreppet är något vidare i vissa andra lagar får anses vara att lagstiftaren har eftersträvat att säkerställa att bestämmelser som handlar om patient säkerhet och andra skyddsvärda intressen tillämpas även på icke-

traditionella sjukvårdsåtgärder som inte nödvändigtvis har ett vårdsyfte och innebär att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.⁶¹

Det är en självklarhet att hälso- och sjukvårdens medicinska undersökningar som har ett vårdsyfte i samband med omhändertagandet av sexualbrottsoffret utgör hälso- och sjukvård. Frågan är däremot om hälso- och sjukvårdens åtgärder i samband med spårsäkringen utgör hälso- och sjukvård enligt HSL. Denna fråga har inte tidigare behandlats i förarbetena till HSL. Med hänsyn till vilka medicinska och vårdande åtgärder som hälso- och sjukvårdspersonal vidtar i samband med en spårsäkring skulle åtgärderna kunna anses ligga i gränslandet till hälso- och sjukvård. Det medicinska omhändertagandet innebär exempelvis att blodprover tas av hälso- och sjukvården i syfte att utesluta sexuellt överförbara infektioner. Blodprover tas dock även som en del i spårsäkringen. Vid t.ex. en gynekologisk undersökning kontrolleras bl.a. huruvida kvinnan har erhållit skador på de inre könsorganen och provtagning tas för klamydia och gonorréodling. I samband med detta tas även topsprov från livmoderhalsen och bakre fornix för exempelvis påvisande av spermier.

Av förarbetena till HSL har det framhållits att hälso- och sjukvårdens vårdansvar omfattar sådana vårdbehov som bedöms kräva insatser av medicinskt utbildad personal eller sådan personal i samarbete med viss annan personal.⁶² Vid en spårsäkring krävs kompetens som endast hälso- och sjukvårdspersonal kan bidra med för att kunna genomföra. Det föreligger en relation mellan hälso- och sjukvårdspersonal och en patient. Ur ett patientperspektiv skulle det kunna framstå som märkligt varför inte hon eller han skulle betraktas som patient under hela kontakten även i samband med den kriminaltekniska spårsäkringen eller att omhändertagandet i vissa delar inte skulle betraktas som hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdens spårsäkring kan dessutom ses som en del i den omvårdnad som ges vid ett omhändertagande efter ett sexuellt övergrepp, som kan benämnas forensisk omvårdnad. Den forensiska omvårdnaden innebär att vårdpersonal även tar hänsyn till rättsliga aspekter genom att vidta undersökningar och provtagningar som kan komma att användas i en framtida rättsprocess. Utöver medicinska åtgärder

⁶¹ Ds 2019:20, *Stärkt skydd för den enskilde vid estetiska behandlingar*, s. 49.

⁶² Prop. 1981/82:97 s. 44.

innebär forensisk omvårdnad att upptäcka våldsutsatthet, bemöta och erbjuda stöd, spårsäkra, dokumentera och samverka med andra myndigheter och aktörer som kan erbjuda stöd och hjälp. Forensisk omvårdnad kan därmed vara av stor vikt för att förebygga, utreda och behandla en patient som har blivit utsatt för ett sexuellt övergrepp både när det kommer till somatisk men även psykisk sjukdom. Det finns enligt vår bedömning således mycket som talar för att hälso- och sjukvårdens spårsäkring, eller i vart fall flera delar av den, skulle kunna inrymmas i definitionen av hälso- och sjukvård.

För att hälso- och sjukvårdens spårsäkring ska anses inrymmas i hälso- och sjukvårdsdefinitionen som den uttrycks i HSL är det inte tillräckligt att enbart utgå från att det är hälso- och sjukvårdspersonal som utför undersökningarna. Det är visserligen ofta ett underliggande vårdbehov som ger anledning till den enskildes kontakt med hälso- och sjukvården. Syftet med den spårsäkring som utförs, till skillnad från övriga åtgärder som vidtas i samband med hälso- och sjukvårdens omhändertagande, är däremot inte att ge vård utan att säkra spår från en förövare efter ett sexuellt övergrepp som ska kunna användas i en framtida rättsprocess. Proverna som tas för dna- och rättskemisk analys analyseras inte hos hälso- och sjukvården utan sparas för eventuell vidare hantering av brottsutredande myndigheter.

Det finns flera aktuella exempel där lagstiftaren har valt att inte utvidga begreppet hälso- och sjukvård i HSL. Dessa är bl.a. vid försäkringsmedicinska utredningar enligt lagen om försäkringsmedicinska utredningar och koordineringsinsatser enligt lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Det lades även nyligen fram ett förslag av en arbetsgrupp inom Socialdepartementet att estetiska behandlingar inte ska ingå i begreppet hälso- och sjukvård även om Socialstyrelsen i en rapport, som publicerades i september 2018, la fram förslag på att kirurgiska ingrepp och injektioner i estetiskt syfte ska utgöra hälso- och sjukvård och att ett tillägg skulle göras i definitionen av hälso- och sjukvård i HSL.⁶³ När det kommer till de försäkringsmedicinska utredningarna uttalade regeringen i förarbetena i frågan om dessa omfattades av begreppet hälso- och

⁶³ Ds 2019:20 samt Socialstyrelsens redovisning av regeringsuppdrag *Estetiska behandlingar som kräver medicinsk kompetens och som kan innebära betydande hälsorisker*. Den 3 december 2020 beslutade regeringen att föreslå en ny lag om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar ska införas (prop. 2020/21:57 *Lag om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar*).

sjukvård enligt HSL att rättsläget var oklart. Regeringen ansåg dock att det fanns flera skäl som talade emot att utredningarna skulle utgöra hälso- och sjukvård, bl.a. eftersom sådana utredningar inte har något vårdsyfte.⁶⁴

När det kommer till hälso- och sjukvårdens spårsäkring anser vi att rättsläget avseende förhållandet till HSL är oklart. Mot bakgrund av den något restriktiva inställning till att utvidga begreppet hälso- och sjukvård som har valts i ovan nämna exempel föreslår vi därför en liknande inriktning i den föreslagna lagen. I lagen ska därför finnas en tydlig bestämmelse som anger att den spårsäkring som avses enligt lagen inte ska utgöra hälso- och sjukvård enligt HSL. Hälso- och sjukvårdslagen kommer därför inte att vara direkt tillämplig på hälso- och sjukvårdens spårsäkring. Även om hälso- och sjukvårdens spårsäkring inte ska anses utgöra hälso- och sjukvård bör en reglering av spårsäkringen lämpligen efterlikna de regler som styr hälso- och sjukvårdsverksamhet eftersom en spårsäkring kräver medicinsk kompetens och eftersom det är angeläget att spårsäkringen kan utföras patientsäkert och rättssäkert. Genom att göra relevanta hälso- och sjukvårdsregler tillämpliga även för hälso- och sjukvårdens spårsäkring säkerställs att det skyddsnät av föreskrifter som finns inom hälso- och sjukvården också tillämpas för dessa undersökningar. I likhet med den lagstiftning som rör t.ex. försäkringsmedicinska utredningar bör hälso- och sjukvårdens spårsäkring således regleras på så sätt att enskilda får liknande skydd som ges patienter inom hälso- och sjukvården.

9.10.3 Regionen ska åläggas ansvaret för hälso- och sjukvårdens spårsäkring

Förslag: I den föreslagna lagen ska framgå att ansvaret för hälso- och sjukvårdens spårsäkring ska åligga regionen.

Enligt utredningens mening finns det huvudsakligen tre olika alternativ för hur ansvaret för hälso- och sjukvårdens spårsäkring kan regleras. Fördelar och nackdelar med de olika alternativen presenteras i detta avsnitt.

⁶⁴ Prop. 2017/18:224, *Lag om försäkringsmedicinska utredningar*, s. 53 f.

De övergripande ansvarslösningarna:

1. Ansvar åläggs varje vårdgivare eller den offentligt anställda läkaren.
2. Ansvar åläggs regionen.
3. Ansvar åläggs en tredje aktör.

Ansvar åläggs varje vårdgivare eller den offentligt anställda läkaren

Fördelar

- Spårsäkring kommer att genomföras där brottsoffret först tar kontakt med hälso- och sjukvården. Spårsäkringen kommer att kunna erbjudas brottsoffret vart hon eller han än vänder sig.
- Vårdgivarna kan själva anpassa organisationen, antalet anställda personer och kompetensen hos personalen för att utföra spårsäkring utifrån de behov som finns.
- Om skyldigheten åläggs den offentligt anställda läkaren kommer en sådan reglering efterlikna den reglering som finns i 6 kap. 9 § PSL.

Nackdelar

- Det kan bli svårt för vårdinrättningar eller läkare att upprätthålla den kompetens som krävs för att utföra spårsäkring.
- Om skyldigheten åläggs den offentligt anställda läkaren skulle det kunna bli problematiskt om t.ex. spårsäkringssatser inte skulle införskaffas av vårdgivaren.
- Det kan bli resurskrävande och ineffektivt för varje vårdgivare att upprätta och upprätthålla rutiner kring spårsäkring och att spara spårsäkringssatser.
- Det kommer inte att finnas något övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdens spårsäkring.

Ansvar et åläggs regionen

Fördelar

- Regionerna har en kompetent organisation med bra geografisk spridning.
- Om ansvaret för spårsäkring ligger hos regionen betonar det vikten av hälso- och sjukvårdens roll när det kommer till spårsäkring.
- Det blir ett tydligt ansvar för hälso- och sjukvårdens spårsäkring.
- Regionen har en väl fungerande verksamhet och personal med rätt kompetens som kan utföra spårsäkring.
- Ur ett patientperspektiv kan det bli mer fördelaktigt för patient-säkerheten när det är regionen som ansvarar för hälso- och sjukvårdens spårsäkring.
- Det möjliggör en mer rättssäker hantering av eventuella bevis som kan användas i en framtida rättsprocess genom samordning inom regionen.
- Även samarbetet med Polismyndigheten kan samordnas inom regionen.
- Det finns förutsättningar för ett bättre omhändertagande av män och hbtqi-personer som har utsatts för sexualbrott genom en samordnad tillgång till kompetens inom regionen.

Nackdelar

- Det finns en liten risk att spårsäkringen inte blir lika lätt tillgänglig eftersom spårsäkring enligt den föreslagna lagen kanske inte kommer att erbjudas brottsoffret vart hon eller han än vänder sig.
- Om ansvaret för spårsäkring ligger hos regionen kommer denna reglering att skilja sig från regleringen i 6 kap. 9 § PSL där ansvaret åligger läkare som är verksamma inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården.

Ansvar et åläggs en tredje aktör

Fördelar

- Man hade kunnat tillvarata tillgänglig kompetens inom skadedokumentation och övrig spårsäkring som exempelvis hos Rättsmedicinalverket till att utföra rättssäkra spårsäkringar.
- Om spårsäkringen skulle utföras i statens regi skulle kostnaden för spårsäkringen hanteras inom statsbudgeten och inte genom ett annat subjekt.

Nackdelar

- Det är resurskrävande att bygga upp och upprätthålla en ny organisation hos en ny aktör för att utföra spårsäkring.
- Den nya aktören hade antingen behövt anställa eller kontraktera läkare över hela landet för att kunna vara tillgängliga dygnet runt, vilket hade blivit kostsamt.
- Det kan vara svårt att rekrytera sjukvårdspersonal över hela landet i syfte att endast utföra spårsäkringar.
- Brottsoffret hade efter ett sexualbrott behövt ha kontakt med ytterligare en aktör än hälso- och sjukvården och eventuellt polisen.
- Det kan vara sämre för spårsäkringen att involvera en tredje aktör eftersom det finns risk att det tar längre tid att utföra en spårsäkring efter kontakt med hälso- och sjukvården.
- Det kan även vara sämre för spårsäkringen att involvera en tredje aktör eftersom det finns risk att spåren kontamineras om inte spår tillvaratas i samband med hälso- och sjukvårdens medicinska omhändertagande av ett sexualbrottsoffer.
- Den uppbyggnad av kompetens som skett hos regionen under de senaste åren skulle delvis gå förlorad.

Sammanfattning

Det finns både för- och nackdelar med de olika lösningar men det är en lösning som har betydligt mer fördelar än nackdelar och det är att ansvaret att utföra spårsäkring åläggs regionen. Detta alternativ skapar enligt utredningens mening de bästa förutsättningarna för att spårsäkringen blir en del av regionens uppbyggda verksamhet, med god kompetens, en vana att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet samt med bra förutsättningar för en ändamålsenlig geografisk spridning i landet. Andra fördelar med förslaget är att det blir ett tydligt ansvar för hälso- och sjukvårdens spårsäkring. Regionerna har en väl fungerande verksamhet och personal med rätt kompetens som kan utföra spårsäkring. Det kan också uppfattas som bra för patientsäkerheten när det är regionen som ansvarar för hälso- och sjukvårdens spårsäkring och det möjliggör en mer rättssäker hantering av eventuella bevis som kan användas i en framtida rättsprocess. En eventuell nackdel är att det finns en liten risk att spårsäkring inte blir lika lätt tillgänglig i jämförelse med om ansvaret för spårsäkringen skulle ligga på varje vårdgivare eller den offentligt anställde läkaren eftersom spårsäkringen enligt den föreslagna lagen inte nödvändigtvis hade behövt erbjudas brottsoffret precis vart hon eller han än vänder sig. Enligt utredningens bedömning är dock sannolikheten att hälso- och sjukvårdens spårsäkring inte blir lätt tillgänglig för ett sexualbrottsoffer inte särskilt stor eftersom ansvaret för spårsäkringen som utförs enligt 6 kap. 9 § PSL fortsatt kommer att ligga på den offentligt anställde läkaren. Det torde också ur regionens perspektiv finnas fördelar med att bevara och använda sig av den kompetens och de rutiner som redan finns på olika sjukvårdsinrättningar. Dessutom har hälso- och sjukvården ett ansvar att erbjuda ett sexualbrottsoffer ett medicinskt omhändertagande efter ett sexualbrott och enligt 5 kap. 1 § HSL följer att vården ska vara lätt tillgänglig. Eftersom en spårsäkring sker i samband med hälso- och sjukvårdens medicinska omhändertagande efter ett sexualbrott bör det mest naturliga vara att regionen ser till att en spårsäkring enligt den föreslagna lagen utförs i samband med det medicinska omhändertagandet och är lika lätt tillgänglig som vården. Sammanfattningsvis är vår bedömning att det inte är troligt att en följd av att lägga ansvaret på regionen blir att spårsäkring enligt den föreslagna lagen inte blir lätt tillgänglig för sexualbrottsoffer.

Utifrån en sammanvägd bedömning av de nackdelar det kan bli för enskilda regioner å ena sidan och vikten för samhället, och den enskilde av en jämlik och rättssäker spårsäkring över hela landet å andra sidan finner utredningen att regionen bör åläggas ansvaret för hälso- och sjukvårdens spårsäkring.

Enligt 8 kap. 3 § regeringsformen ska grunderna för kommunernas organisation och verksamhetsformer och för den kommunala beskattningen bestämmas i lag. Föreskrifter om kommunernas befohgenheter i övrigt och om deras åligganden ska enligt samma paragraf också meddelas i lag. I den föreslagna lagen ska därför framgå att ansvaret för hälso- och sjukvårdens spårsäkring ska åligga regionen, eftersom förslaget utgör ett nytt åläggande. Inom regionens ansvar bör ingå att spårsäkringssatser finns tillgängliga hos vårdgivare som utför spårsäkringar enligt den föreslagna lagen. Regionen bör också se till att kvinnor, män, barn och hbtqi-personers tillgång till spårsäkring är jämlik och rättvis samt utförs av den som har kompetens att göra en spårsäkring (se mer i avsnitt 9.10.12).

9.10.4 Regionen ska ansvara för spårsäkring samt för att proverna och fynden sparas i två år

Förslag: I den föreslagna lagen ska framgå att regionen ansvarar för att erbjuda en person som har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott spårsäkring. I regionens ansvar ska även ingå en skyldighet att spara proverna och fynden från en spårsäkring i två år om de inte dessförinnan lämnats ut till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet.

Spårsäkring får endast utföras av regionen inom ramen för deras hälso- och sjukvårdsverksamhet och uppgiften får inte överlämnas till privata aktörer.

Såsom konstaterats i avsnitt 9.10.3 anser vi att ansvaret att utföra spårsäkringar efter sexualbrott ska åläggas regionen. Med anledning av detta anser vi att det i den föreslagna lagen ska framgå att regionen ansvarar för att erbjuda en person som har eller kan ha utsatts för ett sexualbrott spårsäkring. Inom detta ansvar ligger naturligtvis även en skyldighet att se till att spårsäkringen faktiskt utförs. I regionens ansvar ska även ingå att spara proverna och fynden från en spårsäkring.

I Socialstyrelsens rapport framgår att de flesta representanter för externa aktörer som vidtalades under utredningen ansåg att ansvaret för att spara spårsäkringssatserna bör ligga på hälso- och sjukvården. Någon representant för hälso- och sjukvården ansåg dock att spårsäkringssatser inte bör förvaras av hälso- och sjukvården eftersom det finns en risk att innehållet sprider bakterier. Representanter för tidigare Sveriges kommuner och landsting (numera Sveriges kommuner och regioner, SKR) ansåg att skyldigheten bör ligga på Rättsmedicinalverket eller annan rättsvårdande myndighet bl.a. på grund av risk att spåren kontamineras. En annan risk som framfördes var säkerhetsrisker, såsom påtryckning från kriminella.⁶⁵

Vi ser dock flera nackdelar med att lägga ett sådant ansvar på en annan aktör i stället för på hälso- och sjukvården. En nackdel är att kedjan för förvaringen hade blivit längre, vilket innebär att risken för kontaminering hade ökat. Det skulle innebära ökade kostnader i form av upprättande av nya rutiner hos de olika aktörerna, transport, förvaringsutrymme, personal och administration. En använd spårsäkringssats hade initialt förvarats inom hälso- och sjukvården i avvaktan för vidare hantering, varför hälso- och sjukvården fortsatt hade behövt rutiner och utrymme för förvaring av spårsäkringssatser, även om det hade handlat om kortare tid.

När det kommer till de synpunkter som togs upp av externa aktörer under Socialstyrelsens utredning, nämligen att skyldigheten att spara spårsäkringssatser skulle åläggas Rättsmedicinalverket, framstår inte detta som ett naturligt alternativ eftersom myndigheten inte hade haft ett specifikt öppet ärende eller uppdrag med anledning av förvaringen. De ovan nämnda alternativen framstår alltså inte som mer ändamålsenliga än om ansvaret åvilar hälso- och sjukvården. Även socialnämnden har ett övergripande ansvar för personer som har blivit utsatta för sexualbrott. Enligt vår bedömning ger inte detta anledning att låta socialnämnden ta större ansvar för hälso- och sjukvårdens spårsäkringar – inte heller när det kommer till att spara spårsäkringssatser. Vår bedömning är därmed att regionerna även ska ansvara för att spårsäkringssatserna sparas.

⁶⁵ Socialstyrelsens rapport s. 27.

Hur lång tid bör en spårsäkringssats sparas?

Efter att en spårsäkring har utförts ska spårsäkringssatsen överlämnas till polisen i de fall sexualbrottsoffret har gjort en polisanmälan och till exempel inkommer till hälso- och sjukvården med hjälp av polisen.

Om en polisanmälan inte görs initialt av sexualbrottsoffret utan hon eller han vänder sig till hälso- och sjukvården på egen hand är rekommendationerna i NCK:s handbok att en spårsäkringssats ska sparas hos hälso- och sjukvården i två år. Denna rekommendation grundades på en uppskattning från NCK att det är en rimlig tid, vilken bedömning NFC delade. Tidigare förekom att spårsäkringssatser sparades under kortare tid (tre–sex månader) men av Socialstyrelsens rapport framgår att det förekom önskemål om att de borde sparas längre än så och även klagomål på att så inte hade skett.⁶⁶ Enligt NCK:s handbok kan proverna i en spårsäkringssats analyseras under många år efter spårsäkringen och det är därför rimligt att de sparas inom sjukvården i minst två år. Identitetsmärka blod- och urinprover för dna- och rättskemisk analys bör dock analyseras inom fjorton dagar men kan förvaras i kylskåp upp till två år.⁶⁷

Enligt Polismyndighetens riktlinjer för spårsäkringssatser vid sexualbrottsutredningar ska forensiska sektionen/NFC:s regionala driftställen förvara spår/prover till dess att det aktuella brottet har preskriberats. Våldtäktsbrott mot den som inte fyllt 18 år preskriberas numera inte. Preskriptionstiden vid våldtäktsbrott mot den som fyllt 18 år är 10 respektive 15 år beroende på brottets svårhet. För flertalet andra sexualbrott räknas dessutom preskriptionstiden från den dag målsäganden fyllde 18 år, om målsäganden var under 18 år vid brottet.

Ur ett brottsofferperspektiv hade det visserligen varit fördelaktigt om spårsäkringssatserna sparades så länge brottet kan lagföras. Mot detta måste dock ställas att den som har att spara spårsäkringssatserna, när något brott inte anmälts, inte rimligen kan åläggas att göra detta under en längre tid. Enligt utredningens mening bör det finnas en nedre gräns för hur lång tid regionerna ska spara spårsäkringssatserna. Den av NCK rekommenderade tvåårs-tiden tillämpas brett i dag och har såvitt utredningen erfarit inte

⁶⁶ Socialstyrelsens rapport s. 39.

⁶⁷ NCK:s handbok s. 43

medfört några negativa konsekvenser i praktiken. Enligt utredningen bör det därför i regionens ansvar därmed ingå en skyldighet att spara proverna och fynden från en spårsäkring i vart fall under två år om de inte dessförinnan lämnats ut till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet. Det hindrar däremot inte hälso- och sjukvården att spara spårsäkringssatserna under längre tid.

En särskild bevarandetid för spårsäkringssatser när det gäller barn?

Som nämns ovan ser preskriptionsreglerna avseende sexualbrott som begås mot personer under 18 år annorlunda ut jämfört med om brotten begås mot vuxna. En fråga som skulle kunna aktualiseras är därför om spårsäkringssatser som avser spårsäkringar utförda på personer som vid tidpunkten vid utförandet var under 18 år bör ha en annan bevarandetid och om denna i sådana fall bör vara längre än två år, eller att bevarandetiden i vart fall bör gälla från den dagen som personen fyller 18 år. Mot detta kan däremot ställas att hälso- och sjukvården enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen är skyldig att genast anmäla till socialnämnden när man i verksamheten får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa, vilket innebär att vikten av att spårsäkringssatserna sparas under längre tid inte blir lika stark eftersom redan en eventuell misstanke om sexuella övergrepp mot ett barn ska komma till sociala myndigheters kännedom. Det har vid utredningens kontakter med hälso- och sjukvårdsverksamheter inte heller framkommit att bevarandetiden för spårsäkringssatser som avser barn har ansetts vara för kort.

Den nuvarande rekommenderade bevarandetiden enligt NCK:s handbok bör därför även gälla spårsäkringssatser som avser personer som vid tidpunkten vid utförandet var under 18 år.

Vem ska erbjudas spårsäkring?

Enligt 8 kap. 4 § HSL är regionen skyldig att erbjuda någon som vistas inom regionen omedelbar hälso- och sjukvård. Bestämmelsen tillämpas om t.ex. någon som vistas i en region utan att vara bosatt där insjuknar akut eller skadas i en trafikolycka. I likhet med detta bör en person som har utsatts för sexualbrott i det akuta skedet tas

om hand av vården även inom en region där hon eller han inte är bosatt. Personen ska i samband med detta även erbjudas spårsäkring. Regionen ska således erbjuda samtliga personer som söker vård på grund av ett sexuellt övergrepp spårsäkring för att inte gå miste om möjligheten att säkra spår från en förövare. Spårsäkring bör därmed inte endast erbjudas den som är bosatt inom regionen eller som stadigvarande vistas där utan även de som tillfälligt vistas inom regionen utan att vara bosatt där.

Hur lång tid efter ett sexuellt övergrepp ska spårsäkring erbjudas ett sexualbrottsoffer?

I NCK:s handbok framgår att det inte finns en absolut tidsgräns för spårsäkring. Rekommendationen är att en komplett spårsäkring bör göras om det har gått mindre än tio dagar från tidpunkten för övergreppet, men i vissa fall går det även att finna spår om det har gått längre tid än så, t.ex. om offret har varit inlåst under flera dagar. Enligt Polismyndighetens riktlinjer för spårsäkringssatser vid sexualbrottsutredningar bör en målsägande vid färsk gärning, dvs. upp till tio dygn, föras till sjukhus för spårsäkring. Således är rekommendationen för närvarande att en spårsäkring som huvudregel ska utföras inom tio dygn från övergreppet, oavsett om sexualbrottsoffret har gjort en polisanmälan eller inte. Avsteg från detta bör däremot kunna göras i det enskilda fallet, både om polisen eller hälso- och sjukvårdspersonal bedömer det som lämpligt. Utredningen bedömer därmed att det i lag inte bör framgå hur lång tid efter övergreppet som en spårsäkring ska erbjudas sexualbrottsoffret eftersom de rekommendationer som finns i dag kan komma att förändras över tid och att det i det enskilda fallet kan komma att göras en individuell bedömning om det är lämpligt. Däremot kan det finnas skäl för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om detta (se mer om detta i avsnitt 9.10.12).

Ska spårsäkring kunna utföras av privata aktörer?

När en spårsäkring utförs har hälso- och sjukvården inte någon befogenhet att i lag bestämma om förmån, rättighet, skyldighet eller liknande för patienten. Spårsäkring utförs endast efter samtycke från

patienten. När hälso- och sjukvården utför spårsäkring är det enligt utredningens bedömning således inte fråga om myndighetsutövning. En region skulle således kunna upphandla en privat aktör för att utföra spårsäkringar i enlighet med 12 kap. 4 § regeringsformen och 3 kap. 12 § kommunallagen. Frågan är dock om en sådan möjlighet kan motiveras med utgångspunkten att en spårsäkring inte har ett vårdsyfte utan endast utförs i brottsutredande syfte. Visserligen utförs spårsäkring endast med patientens samtycke. Skyldigheten enligt 6 kap. 9 § PSL att utföra undersökningar åligger dock läkare som är verksamma inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården. Bestämmelsen har sitt ursprung i 5 § allmänna läkarinstruktionen (1963:341). Skyldigheten reglerades därefter i 4 § förordningen (1994:1290) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården och därefter i 2 kap. 3 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Såvitt det är känt för oss utförs inte spårsäkringar efter sexualbrott enligt 6 kap. 9 § PSL av privata aktörer. För att de spårsäkringar som utförs enligt den föreslagna lagen ska bli likvärdig den som utförs på begäran av polisen enligt 6 kap. 9 § PSL och inte utföras av olika aktörer föreslår utredningen därför att spårsäkring endast bör utföras av regionen inom ramen för deras hälso- och sjukvårdsverksamhet, och att regionen inte bör kunna överlämna utförandet av denna uppgift till privata utförare.

9.10.5 Förhållandet till hälso- och sjukvårdslagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen

Bedömning: När hälso- och sjukvården utför spårsäkring ska hälso- och sjukvårdslagen inte vara direkt tillämplig.

Hälso- och sjukvårdslagen är en ramlag om bl.a. regionernas ansvar för hela befolkningen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Lagen innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivs. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso-

och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § HSL). Regionerna har ett ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom regionen (8 kap. 1 §). Ett motsvarande ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård har en kommun avseende personer som bor i olika boendeformer efter beslut av kommunen enligt socialtjänstlagen (12 kap. 1 § HSL). Regionerna har även ett ansvar att erbjuda god hälso- och sjukvård åt dem som har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen (8 kap. 2 § HSL).

I hälso- och sjukvårdslagen finns även vissa bestämmelser om hälso- och sjukvårdens organisation och hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas för att kraven på en god vård uppfylls. Detta innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § HSL). Vidare krävs att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges samt att det ska finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten (5 kap. 2 § HSL). Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (5 kap. 4 § HSL).

De krav som uppställs i HSL gäller för hälso- och sjukvårdsverksamhet och ska tillämpas vid vårdens omhändertagande av offer för sexualbrott. Som framgår ovan ska hälso- och sjukvårdens spårsäkring inte inrymmas i hälso- och sjukvårdsbegreppet såsom det anges i HSL. Enligt vår bedömning finns det inte heller skäl att göra lagen tillämplig vare sig generellt eller i vissa delar.

Patientsäkerhetslagen

Förslag: När hälso- och sjukvården utför spårsäkring ska patientsäkerhetslagen vara tillämplig. Patientsäkerhetslagens definition av hälso- och sjukvård ska dessutom omfatta hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott.

Syftet med patientsäkerhetslagen är att främja patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet (1 kap. 1 § PSL). Av förarbetena till PSL framgår att med uttrycket ”därmed jämförlig verksamhet” avses sådan verksamhet som regleras i 5 kap. och 7 kap. 2 § PSL samt verksamheter vid enheter för rättspsykiatriska undersökningar.⁶⁸ Med hälso- och sjukvård avses i patientsäkerhetslagen, vilket framgår av 1 kap. 2 §, verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen och ett antal andra särskilt uppräknade lagar, såsom lagen om omskärelse av pojkar, lagen om försäkringsmedicinska utredningar och lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Således är det ett flertal verksamheter som vid tillämpningen av patientsäkerhetslagen anses som hälso- och sjukvård, utan att det inom dessa verksamheter utförs åtgärder som utgör hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagens mening.

En komplett undersökning av ett sexualbrottsoffer kan i dag endast utföras av en läkare och innefattar bl.a. en undersökning av hela kroppsytan, en gynekologisk eller proktologisk undersökning, provtagning för graviditet, drogpåverkan och sexuellt överförbara infektioner samt provtagning för spårsäkring. Även om spårsäkringen endast utgör en del i vårdens omhändertagande av ett sexualbrottsoffer kan det inte helt uteslutas att hälso- och sjukvårdens spårsäkring kan leda till lidande eller skada för patienten. Patientsäkerhetslagen utgör en del av ett regelsystem som syftar till att säkerställa skyddet för den enskilde i dennes kontakt med hälso- och sjukvården och dess personal. Det är enligt utredningens bedömning viktigt att hälso- och sjukvårdens spårsäkring utförs med hög kvalitet och på ett sätt som är rättssäkert för sexualbrottsoffret. Patientsäkerhetslagen ska därmed göras tillämplig på den spårsäkring som omfattas av den föreslagna lagen. Utredningens bedömning är vidare att det inte är tillräckligt att lagen enbart indirekt blir tillämplig på den spårsäkring som omfattas av den föreslagna lagen. Vi bedömer även att patientsäkerhetslagen bör ändras så att den spårsäkring som ska omfattas av den föreslagna lagen utgör hälso- och sjukvård vid tillämpningen av PSL. Genom att göra hela lagen tillämplig på ett sådant sätt riskerar inga bestämmelser som är viktiga ur patientsäkerhetssynpunkt att falla utanför regleringen.

⁶⁸ Prop. 2009/10:210, *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 188.

I och med att patientsäkerhetslagen ska gälla vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring kommer bestämmelserna om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete att då bli tillämpliga (3 kap.), liksom patientsäkerhetslagens övriga bestämmelser, t.ex. anmälan av verksamhet (2 kap.), skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. (6 kap.), Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn (7 kap.) och prövotid och återkallelse av legitimation m.m. (8 kap). Detta innebär bl.a. att den hälso- och sjukvårdspersonal som utför spårsäkringar ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den som genomgår en spårsäkring ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Kraven på vårdgivaren i PSL kompletteras av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Dessa föreskrifter blir, genom förslaget om ändring i PSL, tillämpliga när spårsäkring utförs. Även Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40) blir, genom förslaget om ändring i PSL, tillämpliga när spårsäkring utförs.

Det är även viktigt att offrets rättssäkerhetsgarantier får anses tillgodosedda genom möjligheterna att klaga till IVO i frågor som rör patientsäkerheten, även vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring. En spårsäkring kan endast utföras av medicinskt utbildad personal, vilket IVO utövar sin tillsyn över. Således bör IVO även vara tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvårdens spårsäkring (mer om detta i avsnitt 9.10.10).

Patientskadelagen

Förslag: När hälso- och sjukvården utför spårsäkring ska patientskadelagen vara tillämplig. Patientskadelagens definition av hälso- och sjukvård ska dessutom omfatta hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott.

Patientskadelagen innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en patientförsäkring som täcker sådan ersättning. Patientskadeersättning lämnas för personskador, såväl fysiska som psykiska, som drabbat patienten

i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. Patientskadelagen föreskriver således en skyldighet för alla vårdgivare som omfattas av lagen att teckna en patientförsäkring som under vissa förutsättningar ger ekonomisk ersättning till patienter som drabbats av en vårdskada.

I 5 § patientskadelagen anges att med hälso- och sjukvård avses sådan verksamhet som omfattas av HSL, tandvårdslagen eller lagen om omskärelse av pojkar, lagen om försäkringsmedicinska utredningar eller lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen. Såsom konstaterats ovan utgör hälso- och sjukvårdens spårsäkring endast en del i vårdens omhändertagande av ett sexualbrottsoffer men det kan inte uteslutas att finns det en risk för att patienten drabbas av en skada i samband med en spårsäkring, även om risken för detta framstår som mycket liten. Vid hälso- och sjukvårdens medicinska omhändertagande av ett sexualbrottsoffer gäller dock patientskadelagens bestämmelser. Det finns således enligt utredningens mening skäl som talar för att patientförsäkringen ska täcka samtliga eventuella skador som kan drabba patienten i samband med hälso- och sjukvårdens omhändertagande av ett sexualbrottsoffer, dvs. även vid spårsäkring och som omfattar hela besöket genom att tillämpa patientskadelagen. Patientskadelagen ska därmed göras tillämplig på den spårsäkring som omfattas av den föreslagna lagen.

En förutsättning för att patientskadelagen ska vara tillämplig är att åtgärden omfattas av patientskadelagens definition av hälso- och sjukvård i den mening som avses i lagens 5 §. Det omfattar även åtgärder som inte är direkt medicinskt motiverade under förutsättning att de utförs av hälso- och sjukvårdspersonal.⁶⁹ Det kan konstateras att spårsäkring endast utförs av hälso- och sjukvårdspersonal. Dessutom ska patientskadelagens definition av hälso- och sjukvård ändras på så sätt att spårsäkring som omfattas av lagen om hälso- och sjukvårdens spårsäkring läggs till. Detta bör också framgå i den föreslagna lagen på samma sätt som motsvarande bestämmelser i lagen om omskärelse av pojkar, lagen om försäkringsmedicinska utredningar och lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

⁶⁹ SOU 2004:12, *Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen - en översyn*, s. 114.

Av förarbetena till patientskadlagen framgår också att en förutsättning för att ersättning enligt lagen ska lämnas är att en person har skadats i sin egenskap av patient.⁷⁰ Patientbegreppet har en relativt vid innebörd och bör inte innebära något hinder för att ersättning enligt patientskadlagen ska kunna ges.⁷¹

Patientlagen

Bedömning: När hälso- och sjukvården utför spårsäkring ska patientlagen inte vara tillämplig.

Patientlagen syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientlagen innehåller bestämmelser om tillgänglighet, information, samtycke, delaktighet, fast vårdkontakt och individuell planering, val av behandlingsalternativ och hjälpmedel, ny medicinsk bedömning och val av utförare, personuppgifter och intyg samt synpunkter, klagomål och patientsäkerhet (1 kap. 1 §). Enligt 1 kap. 5 § patientlagen avses med hälso- och sjukvård dels åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, dels sjuktransporter. Patientlagens definition av begreppet hälso- och sjukvård har stora likheter med HSL:s definition. Såsom ovan nämnts omfattar dock patientlagens hälso- och sjukvårdsbegrepp inte omhändertagande av avlidna. Vissa bestämmelser i patientlagen gäller endast för kommuner och regioner när de bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet i egenskap av huvudmän.

Patientlagen innehåller även bl.a. bestämmelser om personuppgifter och intyg (10 kap.) samt om synpunkter, klagomål och patientsäkerhet (11 kap.). Dessa bestämmelser skulle visserligen kunna vara av intresse för en patient i samband med en spårsäkring men ett flertal bestämmelser i patientlagen hänvisar till andra lagar där de materiella bestämmelserna finns, t.ex. PSL, PDL och OSL. Dessa lagar kommer att bli tillämpliga genom den föreslagna lagen eller är redan tillämpliga vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring.

⁷⁰ Prop. 1995/96:187 s. 76.

⁷¹ Jfr prop. 2017/18:224 s. 89 och Ds 2019:20 s. 79.

Patientlagen hänvisar även till lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården som reglerar patientnämndernas verksamhet och uppgifter. Patientnämnderna har bl.a. till uppgift att stödja och hjälpa patienter och deras närstående inom den hälso- och sjukvård enligt HSL som bedrivs av regioner eller enligt avtal med regioner (1 §). Patientnämnderna är fristående och opartiska instanser som erbjuder hjälp till patienter med att framföra synpunkter och klagomål till vårdgivarna. En patient som genomgått en spårsäkring kan dock inte få stöd och hjälp av en patientnämnd eftersom hälso- och sjukvårdens spårsäkring enligt den föreslagna lagen inte ska utgöra hälso- och sjukvård enligt HSL. Detta gäller endast i de delar som handlar om hälso- och sjukvårdens spårsäkring och inte i de delar som avser det medicinska omhändertagandet. Möjlighet finns dock från patientens sida att lämna in klagomål mot en hälso- och sjukvårdsverksamhet och dess personal genom en anmälan till IVO.

Dessutom framgår av 6 kap. 6 § PSL att den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten och dennes närstående ges information enligt 3 kap. patientlagen, vilket innebär att informationsbestämmelserna i 3 kap i tillämpliga delar bör tillämpas i samband med en spårsäkring.

Utredningen bedömer att det finns ett visst behov av reglering i likhet med patientlagens bestämmelser vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring men att behovet kan tillgodoses genom särskilda bestämmelser i den föreslagna lagen (se mer i avsnitt 9.10.6 och 9.10.7). Övriga bestämmelser i patientlagen bedöms inte ha någon direkt relevans vid spårsäkring och utredningen bedömer därmed att patientlagen därför inte behöver vara generellt tillämplig.

Det kan tilläggas att det i 3 kap. 8 § PSL regleras en skyldighet för vårdgivaren att snarast informera en patient som har drabbats av en vårdskada om patientnämndernas uppgift enligt 2 § första stycket lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården att hjälpa patienten att föra fram klagomål och att få sina klagomål besvarade av vårdgivaren. Denna bestämmelse framstår visserligen som något missvisande då en patient som genomgått en spårsäkring inte bör omfattas av rätten till stöd och hjälp av en patientnämnd enligt den föreslagna lagen. Av lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården framgår dock tydligt att denna bl.a. ska tillämpas vid hälso- och sjukvård enligt HSL. Utredningen finner därför ingen

anledning att informationsskyldigheten som regleras i 3 kap. 8 PSL inte ska göras tillämplig.

9.10.6 Information till patienten

Förslag: En person som har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott ska ges information om samtycke till spårsäkring och om utlämnande enligt 6 och 7 §§ innan en spårsäkring utförs. Information ska även lämnas om att proverna och fynden från spårsäkringen sparas hos hälso- och sjukvården i två år om de inte dessförinnan lämnats ut till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet efter polisanmälan.

En person som har blivit utsatt för ett sexuellt övergrepp och uppsöker vården behöver information om vad en spårsäkring innebär och dess syfte för att kunna fatta beslut i fråga om hon eller han vill lämna sitt samtycke och genomgå den läkarundersökning som krävs för att kunna utföra denna. Sexualbrottsoffret ska kunna ta ställning till om hon eller han vill att en fullständig undersökning genomförs eller att endast vissa delar av denna utförs. Information bör även lämnas om att proverna och fynden från spårsäkringen sparas hos hälso- och sjukvården i två år om de inte dessförinnan lämnats ut till Polismyndigheten eller åklagare efter polisanmälan.

När en spårsäkring utförs av hälso- och sjukvården ges patienten information enligt 6 § lagen om rättsintyg i anledning av brott, vilket även framgår av sida 2 i NCK:s guide. Enligt 6 § lagen om rättsintyg i anledning av brott ska den myndighet som har beslutat att inhämta ett rättsintyg eller den läkare som avser att utfärda ett rättsintyg ge den som intyget ska avse information om vad ett rättsintyg är och under vilka förutsättningar samtycke enligt 4 och 5 §§ krävs. I guiden anges att patienten ska ges information om vad ett rättsintyg är såsom exempelvis att syftet med intyget är att använda det som underlag i en brottsutredning eller som bevis i en rättegång i anledning av ett brott samt att rättsintyget oftast grundar sig på en läkarundersökning men att det förekommer att även dokumentation från sjukvårdsbesök, som patientjournaler och fotografier, ligger till grund för intyget. I guiden anges vidare att det alltid krävs att ett brottsoffer samtycker till en läkarundersökning för att den ska få ske

samt att ett rättsintyg som huvudregel inte får utfärdas utan att brottsoffret samtycker till det men att det finns några undantag. Således genomförs den föreslagna bestämmelsen om information i allt väsentligt redan i dag genom att patienten ges information om vad en spårsäkring är i syfte att kunna ta ställning i fråga om hon eller han vill genomgå den läkarundersökning som krävs för att kunna utföra denna. Vad gäller övrig information som ska ges patienten enligt den föreslagna bestämmelsen bör denna enklast kunna ges vid en spårsäkring på liknande sätt som i dag, dvs. genom information i NCK:s guide.

9.10.7 Samtycke till spårsäkring

Förslag: En spårsäkring får inte utföras utan samtycke från personen som har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott och utan att information om spårsäkring har lämnats. Att ett samtycke till samtliga eller till vissa åtgärder vid en spårsäkring har lämnats ska dokumenteras i den journal som förs enligt patientdatalagen.

Avser spårsäkringen ett barn ska barnets inställning till spårsäkringen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

Enligt 4 kap. 2 § patientlagen får hälso- och sjukvård inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av den lagen eller någon annan lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap. Alla undersökningar som sker av hälso- och sjukvården i samband med en spårsäkring kräver samtycke från brottsoffret. Eftersom det inte har funnits skäl att uttryckligen göra patientlagen generellt tillämplig vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring bör det i den föreslagna lagen på liknande sätt som i patientlagen regleras att en spårsäkring inte får utföras utan samtycke och utan att information har lämnats den enskilde.

Har samtycke lämnats av den enskilde att genomgå en spårsäkring bör samtycket även inbegripa att spårsäkringssatsen ska sparas hos hälso- och sjukvården under de två åren som föreslås i den nya lagen (se avsnitt 9.10.4) eller fram till att spårsäkringssatsen lämnas

över till brottsutredande myndigheter. En konsekvens av detta blir att spårsäkringssatsen inte bör förstöras utan sparas hos hälso- och sjukvården om brottsoffret vid ett senare skede inte längre vill att spårsäkringssatsen ska sparas. En sådan ordning stämmer överens med den regleringen som gäller för utfärdade av rättsintyg utan samtycke från målsägande när det gäller vissa sexualbrott enligt lagen om rättsintyg i anledning av brott. Ett alternativ hade varit att spårsäkringssatsen inte ska sparas, vilket hade förutsatt ett krav i den föreslagna lagen om att spårsäkringssatsen i stället skulle förstöras på begäran av den enskilde. En spårsäkringssats kan dock vara avgörande bevis för att ett brott ska kunna styrkas. Med en sådan ordning som föreslås minskar även risken för eventuella påtryckningar på brottsoffret om bestämmanderätten ligger på den enskilde. Enligt utredningens mening är skälen som syftar till att spårsäkringssatsen inte ska förstöras på begäran av den enskilde sammanfattningsvis så tunga att den enskilde inte bör få inflytande av omhändertagandet av spårsäkringssatsen.

Samtycket bör även dokumenteras i den journal som förs enligt patientdatalagen. På så sätt blir det tydligt att information kring spårsäkringen kommer att framgå i journalen, vilket enligt vår mening är viktigt eftersom det inbegriper hantering av humanbiologiskt material. Detta innebär en viss dubbelreglering eftersom det i 5 kap. 5 § punkten 9 i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om samtycken och återkallade samtycken. Genom den föreslagna regleringen säkerställs däremot att uppgifter om samtycken och återkallade samtycken alltid framgår av journalen.

Samtycke till spårsäkring när det gäller barn

Vid åtgärder som rör barn ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Det slås fast i Barnkonventionen som är lag i Sverige. I de allra flesta fall fattar vårdnadshavare sina beslut i enlighet med barnets bästa. I de fall en vårdnadshavares beslut får allvarliga negativa följder för barnet, har samhället däremot både en rätt och en skyldighet att ingripa. Detta måste dock ske med en viss

restriktivitet. Det måste finnas utrymme för olika uppfattningar i fråga om vad som är bäst för ett visst barn.

När det gäller spårsäkring där brottsoffret är ett barn och den ene eller båda vårdnadshavarna misstänks ha gjort sig skyldiga till det brottsutredningen gäller, finns det genom lagen om särskild företrädare för barn möjlighet att förordna en särskild företrädare för barnet som kan lämna samtycke till en spårsäkring. Även i de fall det kan befaras att en vårdnadshavare på grund av sitt förhållande till den som kan misstänkas för brottet inte kommer att ta till vara barnets rätt finns det en möjlighet att förordna om särskild företrädare för barnet. Det förefaller vara så att systemet med särskild företrädare och kontakten med de brottsutredande och sociala myndigheterna fungerar tillfredsställande, även om en särskild företrädare inte kan förordnas på tid utanför tingsrätternas ordinarie öppettider. För att stärka upp systemet ytterligare skulle en möjlighet kunna vara att det införs liknande bestämmelser som nyligen införts hos tingsrätterna om utvidgad beredskap kvällstid i syfte att pröva brådskande frågor om offentlig försvarare. Enligt vad utredningen erfarit framstår behovet av detta som mycket begränsat. Att föreslå utvidgade möjligheter att förordna rättsliga biträden utanför ordinarie arbetstid kan inte heller anses omfattas av vårt uppdrag.

När en misstänkt förövare är en tredje person, som inte har ett förhållande till någon av vårdnadshavarna, eller i de fall en polisanmälan inte har gjorts och en av eller båda vårdnadshavarna inte samtycker till spårsäkringen avseende barnet finns det ingen direkt möjlighet för hälso- och sjukvården att genomföra en spårsäkring mot vårdnadshavarens eller vårdnadshavarnas vilja. Besök på en vårdcentral, t.ex. för barnsjukdomar, anses i allmänhet höra till den dagliga omsorgen, där var och en av vårdnadshavarna i praktiken får bestämma ensam. I många andra fall kan vårdpersonalen också utgå från att den vårdnadshavare som tagit initiativ till vårdkontakten informerat den andra vårdnadshavaren och att denne samtycker. Vårdpersonal bör dock som regel samråda med den andra vårdnadshavaren om det finns någon särskild anledning att misstänka att denne inte samtycker till behandlingen eller om det är fråga om åtgärder av ingripande betydelse för barnets framtid. Är situationen brådskande, kan vårdnadshavarnas rätt att bestämma över barnet inskränkas enligt allmänna principer om nöd. I ett sådant fall kan en åtgärd genomföras trots att en eller båda vårdnadshavarna motsätter

sig den.⁷² Detta gäller dock endast den vård som barnet behöver. Dessutom omfattas hälso- och sjukvården av skyldigheten enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen att genast anmäla till socialnämnden när man i verksamheten får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa.

När det kommer till situationen att ett barn vänder sig till hälso- och sjukvården, antingen med eller utan vårdnadshavarnas hjälp, i syfte att få ett medicinskt omhändertagande efter att barnet utsatts för ett sexualbrott men det saknas samtycke till en spårsäkring och en polisanmälan inte har gjorts anser vi att det huvudsakligen är två situationer som kan aktualiseras. Om barnet har vänt sig till hälso- och sjukvården på egen hand har hälso- och sjukvården enligt den föreslagna lagen om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott, liksom den reglering som finns i patientlagen, en skyldighet att så långt som möjligt klarlägga barnets inställning till en spårsäkring. Utgångspunkten är att det är vårdnadshavaren som har beslutanderätt i frågor som rör barnet. Det bör däremot vara inte nödvändigt att inhämta samtycke från vårdnadshavaren om barnet kan anses moget nog att ensamt besluta om spårsäkringen, vilket är fallet om barnet kan tillgodogöra sig relevant information och förstå konsekvenserna av beslutet. Eftersom barnet i detta fall på egen hand vänt sig till hälso- och sjukvården för att få vård finns enligt vår bedömning starka indikationer på att barnet skulle kunna anses moget nog att ensamt besluta om spårsäkringen.

Den andra situationen gäller ett yngre barn som inte på egen hand kan ta sig till hälso- och sjukvården utan kontaktar vården med hjälp av en eller två vårdnadshavare och utan att en polisanmälan har gjorts. Denna situation borde däremot vara ovanlig. Om det finns två vårdnadshavare och endast den ena vårdnadshavaren samtycker till en spårsäkring bör en vårdnadshavare i vissa situationer kunna bestämma ensam. Det gäller om en av vårdnadshavarna till följd av frånvaro, sjukdom eller annan orsak är förhindrad att ta del i beslut som inte utan olägenhet kan skjutas upp, vilket enligt vår bedömning bör kunna omfatta spårsäkring i samband med det medicinska omhändertagandet. Om båda vårdnadshavarna eller den ena vårdnadshavaren däremot uttryckligen motsätter sig en spårsäkring så ska hälso- och sjukvården vid misstanke om att barnet far illa genast göra en anmälan till socialnämnden om detta. Om de sociala myndig-

⁷² Prop. 2011/12:53 s. 9 och 11.

heterna inte genom samtal med vårdnadshavaren eller vårdnadshavarna lyckas få dennes eller deras förståelse för det viktiga i att spårsäkringen utförs, kan socialnämnden agera genom ett omedelbart omhändertagande med stöd av LVU om det även framkommer uppgifter om eventuella missförhållanden för barnet. Ett beslut om omedelbart omhändertagande enligt LVU föranleds bl.a. av en preliminär bedömning om kriterierna för vård enligt lagen är uppfyllda. Utifrån vid tillfället kända uppgifter ska det framstå som sannolikt att den unge behöver beredas vård med stöd av LVU. Ett fullständigt beslutsunderlag saknas ofta i situationer där ett omedelbart omhändertagande blir aktuellt. Vid denna typ av akuta åtgärder måste ibland en tämligen hög grad av osäkerhet accepteras. Vid bedömningen måste också beaktas den grundläggande skyddsaspekt för den unge som lagstiftningen bygger på och att barnets bästa ska vara styrande i det enskilda fallet.

Syftet med en läkarundersökning som genomförs enligt 32 § LVU är att tillföra en utredning hos socialtjänsten information om den unges fysiska och psykiska status för att bl.a. kunna använda i ställningstagande huruvida det finns ett vårdbehov av barnet enligt LVU. En läkarundersökning som ett led i ett utredningsförfarande i ärenden enligt LVU är däremot inte detsamma som en läkarundersökning som utgör ett led i en brottsutredning, vilket får anses inbegripa en spårsäkring. Genom beslutet om ett omedelbart omhändertagande har dock nämnden inträtt vid sidan av vårdnadshavarna eller i deras ställe, vilket innebär att nämnden övertar vårdnadshavarens bestämmanderätt i den utsträckning det behövs för att genomföra vården. Det innebär att socialnämnden i likhet med vårdnadshavarna bör kunna besluta i frågor som rör barnets personliga förhållande angående exempelvis medicinsk vård och behandling.⁷³ Om ett barn har en somatisk sjukdom och behöver behandling finns förutsättningar att tillämpa LVU i syfte att kunna ge barnet medicinsk vård. I annat fall finns ingen möjlighet från samhället att ingripa om inte de brottsutredande myndigheterna har kontaktats och inte andra missförhållanden uppmärksammas. Vår bedömning är därför att, om det bedöms vara för barnets bästa, socialnämnden i vissa allvariga situationer bör kunna besluta om att en spårsäkring ska kunna genomföras genom att tillgripa ett omedelbart omhändertagande enligt LVU. Detta eftersom ett omhändertagande av ett

⁷³ Prop. 1979/80:1, om socialtjänsten, s. 597.

sexualbrottsoffer inbegriper en fullständig kroppslig undersökning och därför bör samma principer om samtycke från vårdnadshavarna när det kommer till somatisk vård gälla när det gäller möjligheten att utföra spårsäkring på barn.⁷⁴

Om det däremot inte finns några indikationer eller någon misstanke om att barnet far illa, något som borde vara mycket ovanligt, är utgångspunkten, både enligt svensk och internationell rätt, att föräldrarna anses vara de som bäst kan tillgodose barnets behov och som därför enligt huvudregeln – i egenskap av barnets vårdnadshavare – har både rätt och skyldighet att bestämma om barnets personliga angelägenheter.⁷⁵ Enligt vår mening bör inte någon annan än vårdnadshavaren eller vårdnadshavarna i en sådan situation bestämma vilka brottsutredande åtgärder som ska vidtas avseende barnet om barnets medicinska och övriga behov blir omhändertaget.

Mot bakgrund av de möjligheter som finns att vidta vid bristande samtycke från vårdnadshavaren eller vårdnadshavarna när det gäller spårsäkring av barn och att det inte har framkommit att bristande samtycke i praktiken brukar vara ett problem är vår bedömning att det inte bör finnas en särskild möjlighet att genomföra spårsäkringar på barn utan vårdnadshavarens eller vårdnadshavarnas samtycke i de fall barnet inte har uppnått en sådan ålder och mognad att barnet själv kan ta ställning till spårsäkringen. Vi bedömer även att det inte bör finnas en möjlighet för socialnämnden att, likt den socialrättsliga inskränkningen av vårdnadshavarens bestämmanderätt enligt 6 kap. 13 a § föräldrabalken, FB, att ta beslut i en vårdnadshavares ställe när det kommer till spårsäkring.

⁷⁴ I prop. 2011/12:53 (s. 16) avvisade regeringen möjligheten för socialnämnden att överta beslutanderätten från vårdnadshavarna till somatisk vård.

⁷⁵ 6 kap. 2, 11 och 13 §§ FB, prop. 2011/12:53 s. 12 f. och 15, artikel 8 Europakonventionen och artikel 3.2, 5 och 18 FN:s konvention om barnets rättigheter.

9.10.8 Förhållandet till sekretessbestämmelser

Bedömning: Offentlighets- och sekretesslagens bestämmelser är ändamålsenliga vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring.

I 25 kap. 1 § OSL regleras sekretessen inom hälso- och sjukvården för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Regleringen gäller även i annan medicinsk verksamhet, exempelvis rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, befruktning utanför kroppen, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, omskärelse och åtgärder mot smittsamma sjukdomar. Av förarbetena till bestämmelsen framgår att med annan medicinsk verksamhet åsyftas i 25 kap. 1 § OSL verksamhet som inte primärt har vård- eller behandlingssyfte. Vår bedömning är att bestämmelsen i OSL blir tillämplig vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring såsom annan medicinsk verksamhet eller rättsmedicinsk undersökning och eftersom spårsäkring utförs inom en hälso- och sjukvårdsverksamhet av legitimerad läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Sekretessen för hälso- och sjukvården upphävs i huvudsak vid våldtäkt, försök till våldtäkt samt alla brott mot barn. Detta innebär att hälso- och sjukvården på begäran av t.ex. åklagare eller polis i dessa fall ska lämna ut uppgifter som den förfogar över, om inte uppgiften är sekretessbelagd eller det skulle hindra arbetets behöriga gång (6 kap. 5 § OSL). De sekretessbrytande bestämmelserna innebär även att hälso- och sjukvården har en möjlighet att lämna ut uppgifter om misstanke om sådana brott till polis och åklagare men ingen skyldighet att på eget initiativ anmäla misstankar om brott.⁷⁶ Vår bedömning är att gällande sekretessbestämmelser om utlämnande av uppgifter även vid en spårsäkringssituation från hälso- och sjukvården till andra myndigheterna är väl avvägda och att någon utvidgning inte behövs i spårsäkringshänseende.

⁷⁶ Prop. 2005/06:161, *Sekretessfrågor – Skyddade adresser*, m.m., s. 104.

9.10.9 Utlämnande av proverna och fynden från en spårsäkring

Förslag: Proverna och fynden från en spårsäkring får inte lämnas ut av hälso- och sjukvården utan den enskildes samtycke till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet, om inte något annat följer av andra stycket.

Proverna och fynden från en spårsäkring som avser en målsägande ska dock på begäran lämnas ut till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet utan den enskildes samtycke efter att en polisanmälan om brott har gjorts

1. vid misstanke om brott enligt 6 kap. brottsbalken för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i ett år eller försök till brott för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år, eller
2. vid misstanke om brott enligt 6 kap. brottsbalken mot någon som inte har fyllt arton år.

Enligt 2 kap. 3 § tryckfrihetsförordningen (TF) förstås med handling framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel. I 2 kap. 4 § TF anges att en handling är allmän, om den förvaras hos en myndighet och enligt 9 eller 10 § är att anse som inkommen till eller upprättad hos myndigheten. I ett avgörande från Högsta förvaltningsdomstolen (RÅ 1994 not. 465) hade en person begärt att få ta del av bl.a. två blodprov som fanns i PKU-registret vid Huddinge sjukhus rörande två angivna barn. Hälso- och sjukvårdsnämnden vid Stockholms läns landsting konstaterade i sitt beslut att provmaterial inte är allmän handling och prövade inte frågan om utlämnande. Både kammarrätten och Högsta förvaltningsdomstolen bedömde att det material som begärts utlämnat inte är handling i tryckfrihetsförordningens mening och därför inte kunde lämnas ut.

När en spårsäkringssats har använts av hälso- och sjukvården kan den innehålla spår från brottsoffret men även från andra personer. Spår från brottsoffret utgörs bl.a. av blodprov för dna-analys, blod- och urinprover för analys av förekomst av alkohol och narkotika. Spårsäkringssatsen kan även innehålla fibrer, hårstrån, spermier och

andra spår som efter dna-analys kan kopplas till en förövare eller annan person. En spårsäkringssats innehåller således andra vävnadsprover än enbart blodprov. Med hänsyn till definitionen av handling enligt TF samt det ovanför redogjorda notisfallet från Högsta förvaltningsdomstolen är vår bedömning att en spårsäkringssats inte utgör handling i tryckfrihetsförordningens mening och vid en begäran om utlämnande av allmän handling inte bör kunna lämnas ut av hälso- och sjukvården till brottsutredande myndigheter eller till någon annan. För att en spårsäkringssats ska lämnas över från hälso- och sjukvården till brottsutredande myndigheter krävs således att det finns ett samtycke till detta från sexualbrottsoffret.

I de flesta fall görs polisanmälningar av sexualbrott av sexualbrottsoffret själva och då finns normalt ett samtycke till att spårsäkringssatsen lämnas ut till de brottsutredande myndigheterna. Det förekommer dock att den enskilde har uppsökt hälso- och sjukvården för vård efter att ha blivit utsatt för ett sexualbrott. Skulle brottet t.ex. vid ett senare skede komma till polisens kännedom och målsäganden, trots att denne tidigare har gett sitt samtycke till spårsäkringen, vägrar att ge sitt samtycke till att spårsäkringssatsen lämnas ut till brottsutredande myndigheter finns det enligt bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen oavsett samtycke möjligheter för polisen eller åklagare att vid grövre sexualbrott erhålla nödvändiga uppgifter från sjukvården, i vissa fall i form av ett rättsintyg. Enligt vår bedömning bör liknande bestämmelser när det kommer till vuxna gälla en spårsäkringssats, dvs. frågan om utlämnande av en sådan bör vara förenlig med aktuella bestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen och lagen om rättsintyg i anledning av brott (jfr 10 kap. 23 § OSL samt 5 § lagen om rättsintyg i anledning av brott). En spårsäkringssats bör kunna begäras ut av brottsutredande myndigheter på samma sätt som uppgifter om den enskildes hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden vid ett sexualbrott samt vad gäller utfärdande av rättsintyg utan samtycke från målsäganden. Har målsäganden inte fyllt 18 år bör spårsäkringssatsen lämnas ut på begäran av brottsutredande myndigheter oavsett straffskala efter en polisanmälan, likt bestämmelsen i 5 § punkten 3 i lagen om rättsintyg i anledning av brott. Spårsäkringssatsen ska i övrigt inte lämnas ut av hälso- och sjukvården till någon annan än brottsutredande myndigheter oavsett den enskildes samtycke.

9.10.10 Behandling av personuppgifter samt dokumentation i patientjournalen

Förslag: Vid hälso- och sjukvårdens personuppgiftsbehandling i samband med spårsäkringar ska patientdatalagen tillämpas. Patientdatalagens definition av hälso- och sjukvård ska dessutom omfatta hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott.

Bedömning: Hälso- och sjukvårdens personuppgiftsbehandling aktualiseras först när uppgifter i samband med en spårsäkring förs in i patientjournalen eller annars behandlas automatiserat och inte i samband med hanteringen eller förvaringen av spårsäkrings-satsen.

Den personuppgiftsbehandling som följer med spårsäkringen omfattas som huvudregel av dataskyddsförordningen. Det är däremot möjligt att personuppgiftsbehandlingen i vissa delar av spårsäkringen även skulle kunna omfattas av brottsdatalagen enligt uttalandena i förarbetena om författningsreglerad stödverksamhet. Dataskyddsregleringarna skulle i sådana fall kunna bli tillämpliga parallellt om personuppgiftsbehandlingen har olika syften.

Den personuppgiftsbehandling som följer av förslaget till den föreslagna lagen om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott anses förenlig med dataskyddsförordningen. Genom att även göra patientdatalagen tillämplig, med de förändringar som föreslås, bör detta leda till en tydligare reglering för de vårdgivare och den hälso- och sjukvårdspersonal som ska utföra spårsäkringar och därmed en mer rättssäker reglering av behandlingen av personuppgifter och ett starkare integritetsskydd för den enskilde.

Genom den föreslagna lagen och att patientdatalagen blir tillämplig får hälso- och sjukvården stöd för att dokumentera uppgifter från en spårsäkring för de ändamål som framgår av patientdatalagen.

När blir personuppgiftsbehandling vid spårsäkring aktuell?

Det humanbiologiska material som omhändertas vid en spårsäkring som i vart fall kommer från ett sexualbrottsoffer och eventuellt även från en förövare eller någon annan person utgör prov, som exempelvis vävnadsprov eller blodprov. Som vi redovisat i avsnitt 9.6 har olika aktörer haft skilda uppfattningar om sådana prov från en patient ska anses som personuppgifter eller inte. När det gäller en förövare eller annan så har sådana prov emellertid genomgående inte bedömts som personuppgifter. Av Åklagarmyndighetens handbok om beslag anges t.ex. att en spårsäkringssats ska betraktas som spår. Som redogjorts för ovan omfattas inte spår av någon lagstiftning. Även Polismyndigheten hanterar innehållet i en spårsäkringssats som spår förutom underkläder (punkten 2 i Polismyndighetens riktlinjer för spårsäkringssatser vid sexualbrottsutredningar). Tidigare Artikel 29-gruppen har i ett yttrande bedömt att vävnadsprover inte i sig är personuppgifter, utan utgör källor som personuppgifter kan utvinnas ur. När det kommer till prover som gäller en förövare eller annan anser utredningen därmed att sådana inte i sig är personuppgifter.

När det kommer till sexualbrottsoffret förekommer dock personuppgifter i en använd spårsäkringssats genom att proven i sig identitetmärks med personnummer eller namn på sexualbrottsoffret.⁷⁷ Det går därför inte att utesluta att spårsäkringssatserna genom märkningen innehåller personuppgifter från sexualbrottsoffret genom att personuppgifter medföljer proverna. Vår bedömning är dock att hälso- och sjukvårdens hantering av spårsäkringssatser inte i sig innebär personuppgiftshantering. Vid förvaringen av spårsäkringssatser hos hälso- och sjukvården är inte avsikten att proverna ska föras in i ett register, varken manuellt eller automatiskt, utan syftet är att de ska förvaras i väntan på att sexualbrottsoffret gör en polisanmälan så att de kan lämnas över till polisen. Efter att hälso- och sjukvården har utfört en spårsäkring läggs spårsäkringssatsen undan i en hylla för förvaring av det torra materialet och i kylskåp för förvaring av blod- och urinprov. Det finns inget identifieringsnummer i syfte att söka fram spårsäkringssatsen i patientjournalen. Spårsäkringssatserna eller proverna är således inte direkt sökbara i hälso- och sjukvårdens journalsystem eller på annat sätt.

⁷⁷ Jfr SOU 2017:40 s. 159.

Det enda sättet att hitta uppgiften om att hälso- och sjukvården förvarar en viss spårsäkringssats är genom att söka på patientens personnummer och läsa igenom journalen från besökstillfället för att se om en spårsäkring har utförts eller genom att manuellt ta fram spårsäkringssatsen. Det kan även nämnas att Utredningen om data-skydd vid Rättsmedicinalverket i betänkandet Stärkt integritet i Rättsmedicinalverkets verksamhet (SOU 2017:80) bedömt att Rättsmedicinalverkets hantering av humanbiologiskt material inom myndigheten inte omfattas av personuppgiftslagarna.⁷⁸ Enligt vår bedömning bör personuppgiftsbehandlingen därför aktualiseras först när uppgifter ska behandlas helt eller delvis automatiserat, och för annan behandling av personuppgifter som ingår i eller är avsedda att ingå i ett register. Vi bedömer därmed att det är de uppgifter som förs in i patientjournalen eller som annars behandlas automatiserat som omfattas av personuppgiftslagarna och inte proverna i en spårsäkringssats i sig. I förarbetena till biobankslagen uttalade dock regeringen att hanteringen av vävnadsprover i en biobank ändå är så integritetskänslig att den i allt väsentligt bör uppfylla krav på integritetsskydd motsvarande de i personuppgiftslagarna. När det kommer till själva utförandet av en spårsäkring och förvaringen av spårsäkringssatsen krävs det samtycke från patienten. Finns det inget samtycke från patienten så ska en spårsäkring inte genomföras och samtycke krävs också som huvudregel för att en spårsäkringssats ska kunna lämnas ut till brottsutredande myndigheter. Enligt utredningens mening bör kraven på samtycke i dessa avseenden innebära ett tillräckligt integritetsskydd för den enskilde.

Personuppgiftsbehandlingen vid spårsäkring omfattas av dataskyddsförordningen

När det gäller behandling av personuppgifter för hälso- och sjukvårdens syften omfattas all sådan personuppgiftsbehandling av dataskyddsförordningen och av de kompletterande bestämmelser som finns i dataskyddslagen och den sektorsspecifika patientdatalagen som kan avvika från dataskyddsförordningens och dataskyddslagens bestämmelser i den mån förordningen medger sådana avvikelser. Utgångspunkten vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring är att den

⁷⁸ SOU 2017:80 *Stärkt integritet i Rättsmedicinalverkets verksamhet*.

personuppgiftsbehandling som utförs utgår från medicinska utgångspunkter eftersom den utförs som en del i vårdens medicinska omhändertagande av ett sexualbrottsoffer. Det kan återigen nämnas exempel såsom att det medicinska omhändertagandet innebär att blodprover tas av hälso- och sjukvården i syfte att utesluta sexuellt överförbara infektioner. Blodprover tas dock även som en del i spårsäkringen. Vid t.ex. en gynekologisk undersökning kontrolleras bl.a. huruvida kvinnan har erhållit skador på de inre könsorganen och provtagning tas för klamydia och gonorréodling. I samband med detta tas även topsprov från livmoderhalsen och bakre fornix för exempelvis påvisande av spermier. Utredningens bedömning är att den personuppgiftsbehandling som följer med spårsäkringen som huvudregel omfattas av dataskyddsförordningen eftersom personuppgiftshanteringen i de flesta fall är svår att bryta ut och särskilja från journalföringen och kring personuppgiftsbehandlingen som i övrigt utförs för vårdändamål. Avsikten är självfallet inte att journalföringen självständigt ska användas såsom ett rättsintyg, dvs. att läkaren tar ställning till omständigheter som har direkt koppling till det eventuella brottet och dess händelseförlopp. Förvisso kan det göras anteckningar i en patientjournal om brottet (t.ex. i anamnesen) vilket kan användas som direkt bevisning i rättegång. Journalföringen utgår framför allt ifrån den kliniska undersökning som görs och fokus ligger på den vårdande aspekten. Bedömningar av exempelvis hur och när skadorna uppkommit eller huruvida dessa varit förenade med risk för framtida skador görs sällan vid en klinisk undersökning. Provtagningar för rättskemisk och kriminalteknisk analys tas av hälso- och sjukvården men dessa analyseras inte förrän det finns en brottsanmälan och det av brottsutredande myndigheter beslutas att provtagningarna ska skickas på analys. Det går däremot inte att utesluta att personuppgiftsbehandlingen vid spårsäkringen även skulle kunna omfattas av brottsdatalagen enligt uttalandena i förarbetena om författningsreglerad stödverksamhet. Dataskyddsregleringarna skulle i sådana fall eventuellt kunna bli tillämpliga parallellt om personuppgiftsbehandlingen har olika syften (se mer om detta längre ner om förhållandet till brottsdatalagen).

Patientdatalagen föreslås bli tillämplig

För att behandlingen av personuppgifter vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring ska vara laglig krävs att det finns stöd för behandlingen i dataskyddsförordningen. Vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring föreslås patientdatalagen att vara tillämplig. En genomgång av patientdatalagen och dess överensstämmelse med dataskyddsförordningen görs i avsnitt 9.6. De bedömningar som redovisas nedan avser hälso- och sjukvårdens personuppgiftsbehandling vid spårsäkring med anledning av förslaget till ny lag och att patientdatalagen föreslås bli tillämplig.

De grunder som bör bli aktuella att tillämpa vid spårsäkring är främst artikel 6.1 c och e i dataskyddsförordningen som anger att behandling av personuppgifter är laglig om behandlingen är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige, eller om behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning. Behandlingen av personuppgifter föreslås inte ha sin lagliga grund i samtycke från den enskilde.

Enligt vårt förslag åläggs regionerna att ansvara för hälso- och sjukvårdens spårsäkringar i de fall sexualbrottsoffret inte har gjort en polisanmälan. Dataskyddsutredningen har bedömt att det är rimligt att anta att uppgifter som utförs av statliga myndigheter i syfte att uppfylla ett uttryckligt uppdrag av riksdag eller regering är av allmänt intresse och på motsvarande sätt anses de obligatoriska uppgifter som utförs av kommuner och regioner, till följd av deras åligganden enligt lag eller förordning, vara av allmänt intresse i dataskyddsförordningens mening.⁷⁹ Utredningen gör bedömningen att uppgiften att hälso- och sjukvården utför spårsäkringar, oavsett om det sker på begäran av Polismyndigheten eller inte, får anses utgöra en uppgift av allmänt intresse. Vi bedömer vidare att den nya lagen även kommer att innebära en rättslig förpliktelse för regionerna att utföra spårsäkringar, i de fall de inte sker på begäran av en brottsutredande myndighet. I de fall spårsäkring sker på begäran av en brottsutredande myndighet finns redan en lagstadgad rättslig förpliktelse för hälso- och sjukvårdspersonal, dvs. för den offentlige läkaren, i 6 kap. 9 § PSL. Rättsliga förpliktelser för de vårdgivare och den hälso- och sjukvårdspersonal som utför spårsäkringar kommer

⁷⁹ SOU 2017:39, *Ny dataskyddslag*, s. 124.

även att finnas i patientdatalagen, både vad avser personuppgiftsbehandling, men även genom kraven på dokumentation och inre sekretess, information till den enskilde, omhändertagande och återlämnande av patientjournal med mera. Vi bedömer därför att grund för laglig behandling av personuppgifter vid hälso- och sjukvårdens spårsäkringar finns i artikel 6.1 c om nödvändig behandling för att fullgöra en rättslig förpliktelse.

Enligt artikel 6.3 i dataskyddsförordningen ska den grund för behandlingen som avses i artikel 6.1 c och e fastställas i enlighet med unionsrätten, eller en medlemsstats nationella rätt som den personuppgiftsansvarige omfattas av. Syftet med behandlingen ska fastställas i den rättsliga grunden eller, i fråga om behandling enligt artikel 6.1 e, vara nödvändigt för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning. Den rättsliga grunden kan innehålla särskilda bestämmelser för att anpassa tillämpningen av bestämmelserna i förordningen, som t.ex. de allmänna villkor som ska gälla för den personuppgiftsansvariges behandling, vilken typ av uppgifter som ska behandlas, vilka registrerade som berörs, de enheter till vilka personuppgifterna får lämnas ut och för vilka ändamål, ändamålsbegränsningar, lagringstid samt typer av behandling och förfaranden för behandling, inbegripet åtgärder för att tillförsäkra en laglig och rättvis behandling, däribland för behandling i andra särskilda situationer enligt kapitel IX i dataskyddsförordningen. Unionsrätten eller medlemsstaternas nationella rätt ska uppfylla ett mål av allmänt intresse och vara proportionell mot det legitima mål som eftersträvas.

Utredningen bedömer att syftet med den personuppgiftsbehandling som hälso- och sjukvården utför vid en spårsäkring har en rättslig grund i förslaget till ny lag som bl.a. syftar till att reglera hälso- och sjukvårdens ansvar i samband med vårdens spårsäkringar. Rättslig grund för behandlingen finns även i patientdatalagen. Vi bedömer vidare att bestämmelserna om spårsäkring för hälso- och sjukvården uppfyller mål av allmänt intresse och är proportionellt mot det legitima mål som eftersträvas, dvs. att den enskilde ska få möjlighet att få en rättssäker prövning av rättsväsendet om hon eller han väljer att göra en polisanmälan. Det får därmed anses att det intrång som görs i den enskildes integritet genom hälso- och sjukvårdens personuppgiftsbehandling vid hälso- och sjukvårdens spår-

säkring med de ändringar i patientdatalagen som föreslås står i proportion till det syfte som eftersträvas.

Vi anser att patientdatalagen bör tillämpas i sin helhet på vårdgivarens behandling av personuppgifter i samband med en spårsäkring. Behandling av personuppgifter som är tillåten enligt patientdatalagen får enligt 2 kap. 2 § PDL utföras även om den enskilde motsätter sig den. Den enskilde har dock möjlighet att motsätta sig att annan vårdenhet eller vårdprocess genom elektronisk åtkomst ges tillgång till uppgifterna, den enskilde har också möjlighet att motsätta sig sammanhållen journalföring eller att hans eller hennes personuppgifter behandlas i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister. Vi bedömer även att den enskilde inte bör ha möjlighet att göra invändningar mot hälso- och sjukvårdens behandling av personuppgifter vid spårsäkringar med stöd av artikel 21.1. dataskyddsförordningen eftersom denna har sin lagliga grund i både artikel 6.1 c och e.

Den personuppgiftsbehandling som främst kommer att utföras är med stöd av ändamålet vårddokumentation, men att även övriga ändamål kan bli aktuella. Det kommer t.ex. ur ett patientperspektiv vara viktigt med dokumentation vid tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg samt ur ett kvalitetsperspektiv och för uppföljning och utvärdering av spårsäkringarna.

Med vårt förslag om att PDL blir tillämplig blir Integritetsskyddsmyndigheten ansvarig tillsynsmyndighet över personuppgiftsbehandlingen, vilket enligt utredningens mening är lämpligt.

Behandling av känsliga personuppgifter

Vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring behandlas känsliga personuppgifter, detta gäller framför allt uppgifter om hälsa, men även andra uppgifter såsom om sexualliv och sexuell läggning kan komma att behandlas. Känsliga personuppgifter får behandlas enligt dataskyddsförordningens artikel 9.2 h om behandlingen är nödvändig av skäl som hör samman med förebyggande hälso- och sjukvård och yrkesmedicin, bedömningen av en arbetstagares arbetskapacitet, medicinska diagnoser, tillhandahållande av hälso- och sjukvård, eller förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster m.m. Eftersom PDL föreslås göras tillämplig vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring kom-

mer personuppgiftsbehandlingen, utöver bestämmelserna i dataskyddsförordningen, även regleras i patientdatalagen. Stöd för behandling av känsliga personuppgifter bör därför finnas i artikel 9.2 h som avser personuppgiftsbehandling vid tillhandahållande av hälso- och sjukvård.

Känsliga personuppgifter får även behandlas enligt dataskyddsförordningens artikel 9.2 g som avser personuppgiftsbehandling som är nödvändig med hänsyn till ett viktigt allmänt intresse. Bestämmelser om lämpliga och särskilda åtgärder för att säkerställa den registrerades grundläggande rättigheter och intressen i dessa fall finns t.ex. i OSL och ändamålsbegränsningen i PDL. Vi bedömer alltså att det finns stöd för behandling av känsliga personuppgifter även enligt denna artikel.

Hur bör patientdatalagen göras tillämplig?

Enligt 1 kap. 1 § patientdatalagen ska lagen tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården samt i tillämpliga delar även uppgifter om avlidna personer. Vad som avses med hälso- och sjukvård definieras i 1 kap. 3 § där det bl.a. anges att verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, lagen om psykiatrisk tvångsvård, lagen om rättspsykiatrisk vård och smittskyddslagen anses som hälso- och sjukvård enligt PDL. Även verksamheter vars åtgärder helt eller delvis faller utanför hälso- och sjukvårdslagens definition av hälso- och sjukvård ingår i PDL:s definition av hälso- och sjukvård.

I förarbetena till patientdatalagen anges att lagen ska vara tillämplig för personuppgiftsbehandling i all individriktad patientverksamhet som innefattar vård, undersökning eller behandling. Det betyder att även sådan individriktad patientvård som inte inryms i begreppet hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen omfattas av PDL.⁸⁰ Utredningen föreslår därför att även hälso- och sjukvårdens spårsäkring ska anses utgöra hälso- och sjukvård vid tillämpningen av PDL. Den verksamhet som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal vid en spårsäkring kommer då att anses utgöra hälso- och sjukvård enligt patientdatalagens bestämmelser.

⁸⁰ Prop. 2007/08:126 s. 49.

Dokumentation i patientjournalen

Den föreslagna lagen om hälso- och sjukvårdens spårsäkring kommer att innebära att det blir tydligare för hälso- och sjukvårdspersonal att personuppgiftsbehandling blir nödvändig för att vårdgivaren ska kunna dokumentera det som behövs för att kunna utföra en spårsäkring. Hälso- och sjukvården har en skyldighet att föra patientjournal över de bedömningar och beslut som har gjorts avseende patientens vård och behandling. Journalföring sker även i syfte att bl.a. administrera vården, för verksamhetsutveckling, kvalitetssäkring, planering, uppföljning, utvärdering, för tillsyn av verksamheten och framställning av statistik. Enligt PDL ska en patientjournal alltid innehålla väsentliga uppgifter om bakgrund till vården samt väsentliga uppgifter om vidtagna åtgärder. I NCK:s handbok anges att sjukvårdens journaler framför allt används för att dokumentera ställningstaganden till diagnos och åtgärd, men i rättsliga ärenden utgör de i stället ett underlag för stödbevisning i rätten. Journalanteckningarna bör därför vara koncisa, hålla sig till den aktuella händelsen och enbart avse medicinska iakttagelser och bedömningar.⁸¹

Uppgifter från en spårsäkring dokumenteras framför allt i guiden men även i patientjournalen. Den ifyllda guiden ska sparas som originaljournal av hälso- och sjukvården och enligt NCK:s webbstöd går det bra att guiden skannas in i journalsystemet. I guiden kan antecknas anamnestiska uppgifter, såsom uppgifter om tidigare/nuvarande sjukdomar men även uppgifter om övergreppet. T.ex. kan uppgifter om platsen för övergreppet, relationen till förövaren, om förövaren använt våld och uppgifter om vad som hänt under övergreppet antecknas. I guiden kan antecknas vilka undersökningar som utförs och vilka prover som tas, dvs. både medicinska och spårsäkringsprover samt vilka fynd som tillvaratagits med tejp. Det kan även antecknas vilka skador som upptäcks vid undersökningarna och det finns en kroppsmall i vilken skadorna kan märkas ut.

Utredningens bedömning är att guiden som används som underlag för dokumentation i samband med en spårsäkring i stora delar kan motiveras utifrån medicinska iakttagelser och bedömningar vid hälso- och sjukvårdens vård av ett sexualbrottsoffer. Uppgifter som kan ha betydelse för vården är t.ex. anamnestiska uppgifter och

⁸¹ NCK:s handbok s. 49.

uppgifter om bakgrunden till vården, exempelvis kan det vara av vikt för vården att få uppgifter om övergreppet i syfte att kunna undersöka om och i sådana fall var det finns skador på kroppen. Uppgifter om övergreppet och förövaren kan vara viktigt för vården att känna till i syfte att kunna ta ställning till t.ex. huruvida sociala myndigheter ska kontaktas om uppgifter om barn och missförhållanden i hemmiljön framkommer, för behandling av psykiatriska diagnoser och för att bestämma om hemsjukvård. Uppgifter om planerade och vidtagna åtgärder ska framgå i patientjournalen varför det bör framgå vilka undersökningar som har utförts samt vilka prover som har tagits i samband med undersökningarna. Även dokumentation av skador har betydelse för val av behandlingsåtgärder.

Eftersom patientdatalagen föreslås tillämpas i sin helhet på vårdgivarens behandling av personuppgifter i samband med en spårsäkring samt att hälso- och sjukvårdens spårsäkringar ska anses utgöra hälso- och sjukvård vid tillämpningen av PDL bör det enligt utredningens mening finnas rättsligt stöd för att använda guiden. Att närmare specificera vilka uppgifter som bör framgå i patientjournalen eller skrivas ner i guiden skulle däremot kunna innebära tillämpningsproblem och försvåra en rationell journalföring inom hälso- och sjukvården. Vilka uppgifter som bör journalföras i det enskilda fallet kan dessutom skilja sig åt från en patient till en annan. Enligt vår bedömning är det därför ändamålsbestämmelsen i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 patientdatalagen som bör styra över vilka uppgifter som patientjournalen får innehålla vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring. Något som är värt att framhålla är dock att hälso- och sjukvården har ett en skyldighet att säkerställa att principen om uppgiftsminimering i dataskyddsförordningen iakttas.

Förhållandet till brottsdatalagen

När hälso- och sjukvården tar hand om ett offer för sexuella övergrepp kan det som journalförs vid ett senare tillfälle även komma att användas vid en brottsutredning. Vid utfärdande av rättsintyg krävs det ibland t.ex. tillgång till journalhandlingar från ett besök inom hälso- och sjukvården. Såsom konstaterats ovan är utgångspunkten vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring att den personuppgiftsbehandling som utförs utgår från medicinska utgångspunkter och att

den utförs som en del i vårdens medicinska omhändertagande av ett sexualbrottsoffer. Det kan däremot inte uteslutas att den personuppgiftsbehandling som utförs av hälso- och sjukvården vid en spårsäkring eventuellt även skulle kunna hamna under brottsdatalagens tillämpningsområde om syftet med behandlingen blir att utreda brott. Det är enligt utredningens mening däremot svårt att bestämma exakt när brottsdatalagen skulle bli tillämplig eftersom personuppgiftshanteringen vid en spårsäkring i de flesta fall är svår att bryta ut och särskilja från journalföringen och kring personuppgiftsbehandlingen som i övrigt utförs för vårdändamål.

När en läkare utför en spårsäkring enligt 6 kap. 9 § PSL kan hälso- och sjukvården sägas fylla en stödfunktion för den brottsbekämpande eller brottsutredande verksamhet som bedrivs vid t.ex. Polismyndigheten. Vid utförandet av uppgifter där det bakomliggande syftet med behandlingen är de ändamål som anges i 1 kap. 2 § brottsdatalagen, det vill säga att förebygga, förhindra eller upptäcka brottslig verksamhet, utreda eller lagföra brott eller verkställa straffrättsliga påföljder, är vår bedömning att hälso- och sjukvården i dessa fall kan anses bli behörig myndighet enligt brottsdatalagen. Bestämmelsen i 6 kap. 9 § PSL skulle i sådana fall kunna vara en möjlig rättslig grund för hälso- och sjukvårdens personuppgiftsbehandling. Ändamålet för personuppgiftsbehandlingen bör i huvudsak då vara förundersökningen av ett visst brott. Vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott anser vi att det även kan finnas skäl att anteckna uppgifter om hälsa samt uppgifter om sexualliv och sexuell läggning. Eftersom andra uppgifter om personen i sådana fall också behandlas, så utgör sådana anteckningar en tillåten komplettering enligt 2 kap. 11 § brottsdatalagen när de är absolut nödvändiga.

Genom förslaget till ny lag om hälso- och sjukvårdens spårsäkring vid sexualbrott innebär detta en ny skyldighet för regionen att erbjuda spårsäkring till sexualbrottsoffer när det inte finns en begäran från Polismyndigheten. Det är möjligt att hälso- och sjukvården även i dessa fall kan anses som behörig myndighet och att även brottsdatalagen parallellt blir tillämplig för viss personuppgiftsbehandling. Bestämmelserna om rättslig grund utifrån brottsdatalagen kan således i vissa situationer bli aktuella när syftet med hälso- och sjukvårdens personuppgiftsbehandlingen skulle vara att utföra sin uppgift att förebygga, förhindra eller upptäcka brottslig verksamhet, utreda eller lagföra brott, verkställa en straffrättslig påföljd

eller upprätthålla allmän ordning och säkerhet, vilket skulle bli den rättsliga grunden. Regelverken skulle i och med förslaget till ny lag således även i vissa situationer kunna bli tillämpliga parallellt. Hälso- och sjukvårdens arbetsuppgift skulle då framgå i lag, förordning eller ett särskilt beslut i vilket regeringen uppdragit åt den behöriga myndigheten att ansvara för en sådan uppgift. Vad gäller ändamålet bör detta bli densamma som efter att en polisanmälan har gjorts, dvs. att personuppgiftsbehandlingen är nödvändig i syfte att kunna utreda ett brott. Liksom vid en spårsäkring som utförs med stöd av 6 kap. 9 § PSL är det enligt utredningens bedömning däremot svårt att bestämma när exakt brottsdatalagen blir tillämplig eftersom personuppgiftshanteringen vid en spårsäkring i de flesta fall är svår att bryta ut och särskilja från journalföringen och kring personuppgiftsbehandlingen som i övrigt utförs för vårdändamål. Att den personuppgiftsbehandling som utförs av hälso- och sjukvården vid en spårsäkring eventuellt även skulle kunna hamna under brottsdatalagens tillämpningsområde om syftet med behandlingen även är att utreda brott kan däremot inte uteslutas.

Sammanfattningsvis anser utredningen att oavsett om spårsäkringen utförs enligt 6 kap. 9 § PSL eller med stöd av den föreslagna lagen bör det finnas rättslig grund för hälso- och sjukvårdens personuppgiftsbehandling, dvs. även i de fall där brottsdatalagen eventuellt blir parallellt tillämplig.

9.10.11 Tillsyn över hälso- och sjukvårdens spårsäkring

Förslag: Inspektionen för vård och omsorg ska vara ansvarig tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvårdens spårsäkring enligt den föreslagna lagen.

Bedömning: När det gäller tillsynen över personuppgiftsbehandlingen bör denna utövas av Integritetsskyddsmyndigheten.

Av 7 kap. PSL framgår att hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av IVO. I lagen beskrivs vilka åtgärder som kan vidtas mot hälso- och sjukvårdspersonal och vårdgivare som inte fullgör sina skyldigheter eller bryter mot bestämmelser som gäller verksamheten. För den som har en legitimation att utöva sitt yrke

kan det bli aktuellt med en prövotid eller återkallelse av legitimation, vilket efter anmälan från IVO prövas av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). IVO kan i sin tillsyn besluta om föreläggande (även vid vite) för vårdgivare att fullgöra sina skyldigheter. IVO kan även besluta om förbud att bedriva verksamheten. I 10 kap. PSL framgår vilka beslut som får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

I PSL definieras vidare tillsynen bl.a. som granskning av att hälso- och sjukvårdsverksamhet och dess personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (7 kap. 3 § första stycket PSL). IVO:s tillsyn ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (7 kap. 3 § andra stycket PSL). Inom ramen för sin tillsyn ska IVO lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen samt informera och ge råd till allmänheten (7 kap. 4 § PSL).

IVO ska efter anmälan pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal (7 kap. 10 § PSL). Skyldigheten att utreda gäller skador eller sjukdom som uppkommit i samband med vård och som är bestående och inte ringa eller har lett till ett väsentligt ökat vårdbehov eller till att patienten avlidit.⁸² Detta innebär att det i första hand är vårdgivaren som är skyldig att ta emot klagomål mot och synpunkter på den egna verksamheten från patienter och deras närstående. Vårdgivaren är också skyldig att snarast besvara klagomål samt förklara vad som har inträffat och i förekommande fall beskriva vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen (3 kap. 8 b § PSL).

I avsnitt 9.10.5 föreslås att patientsäkerhetslagen ska vara tillämplig för verksamheter som omfattas av den föreslagna lagen. Det blir då tydligt att IVO i enlighet med bestämmelserna i PSL blir ansvarig för tillsynen av hälso- och sjukvårdens spårsäkring, vilket enligt utredningens mening framstår som ändamålsenligt. Detta blir även tydligt genom den informationsbestämmelse om detta som föreslås i den föreslagna lagen.

När det gäller tillsynen över personuppgiftsbehandlingen bör denna, som konstaterats ovan, utövas av Integritetsskyddsmyndig-

⁸² Prop. 2016/17:122 *Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården.*

heten i enlighet med 2 a § förordning om instruktion för Integritetsskyddsmyndigheten.

9.10.12 Bemyndiganden

Förslag: Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om spårsäkring efter sexualbrott.

Bedömning: Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får genom ett generellt bemyndigande möjlighet att meddela föreskrifter avseende flera övergripande frågor som avser spårsäkring. Föreskrifter som kan aktualiseras avser exempelvis i vilket skede en spårsäkring ska erbjudas, om krav ska ställas på viss kompetens för att få utföra spårsäkring eller delar av spårsäkring efter sexualbrott samt på vilket sätt spårsäkrings-satser bör förvaras hos hälso- och sjukvården. Genom ett generellt bemyndigande ges regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer även möjlighet att meddela föreskrifter i andra frågor som avser spårsäkring.

För att kunna få genomslag för de i betänkandet lämnade förslag bör regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ges möjlighet till att utfärda kompletterande föreskrifter och allmänna råd. De enligt utredningen mest angelägna frågorna där föreskrifter kan aktualiseras redogörs för här nedan.

I Socialstyrelsens rapport framgår att myndighetens bedömning är att det innan det införs en eventuell skyldighet för hälso- och sjukvården att sparsäkrings-satser bör klargöras om det finns behov att ställa krav på viss kompetens för att få utföra spårsäkring eller delar av spårsäkringen efter sexualbrott. Enligt myndigheten skulle det kunna handla om krav på viss yrkeskompetens för att få utföra en gynekologisk och urologisk undersökning samt undersökning av barn eller krav på att spårsäkring endast får utföras av den som har tillräcklig kompetens och erfarenhet för uppgiften. Brist på kompetens beträffande t.ex. manliga sexualbrottsoffer har i Socialstyrelsens rapport pekats ut som ett problem.⁸³

⁸³ Socialstyrelsens rapport s. 33 f.

En fullständig kroppsundersökning efter ett sexuellt övergrepp kan i dag endast utföras av läkare. Således är det i dag indirekt så att de undersökningar som kräver en läkares kompetens innebär att det är läkaren som i huvudsak utför spårsäkringen i dessa delar. Enligt utredningens mening finns det därmed ingen anledning att särskilt i lag peka ut att spårsäkring ska utföras av en legitimerad läkare.

När det kommer till de kunskaper som vårdpersonalen har som utför spårsäkring är det självklart så att en hög kompetensnivå och lång erfarenhet är att eftersträva hos den undersökande läkaren. Enligt utredningens mening bör detta däremot inte förhindra att en undersökning blir genomförd och framför allt att en spårsäkring sker så tidigt som möjligt efter ett övergrepp. Enligt rekommendationerna i NCK:s handbok ska alla läkare som möter en patient som utsatts för ett sexuellt övergrepp genom att följa anvisningarna i handboken och guiden ges möjlighet till att ställa rätt frågor, ta rätt prover och svara för att prover och dokument hanteras rättssäkert. Detta oavsett när på dygnet sexualbrottsoffret vänder sig till vården eller om sexualbrottsoffret vänder sig till primärvården eller till en specialklinik.⁸⁴ Att ställa krav på en viss yrkeskompetens eller erfarenhet, dvs. att undersökande läkare ska ha en adekvat specialistkompetens, framstår därför inte som lämpligt eftersom en reglering i sådana fall skulle kunna förhindra att en spårsäkring kommer till stånd i ett tidigt skede efter övergreppet. Däremot anser utredningen att det av olika skäl kan finnas behov av att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka närmare kompetenskrav som bör eftersträvas för den personal som utför spårsäkringar. Ett skäl är att försöka ha samma kompetenskrav över landet i syfte att undvika regionala skillnader i kravet på kompetens i den mån det är möjligt. Ett annat skäl är att kompetensbehoven kan förändras över tiden och variera när det kommer till undersökningar av kvinnor, män, barn eller hbtqi-personer.

Som vi redogjort för i avsnitt 9.10.4 bör det inte i lagen anges hur lång tid efter övergreppet som en spårsäkring ska erbjudas sexualbrottsoffret eftersom detta kan förändras över tid med hänsyn t.ex. till den tekniska utvecklingen. Rekommendationen i NCK:s handbok är att en komplett spårsäkring bör göras om det har gått mindre än tio dagar från tidpunkten för övergreppet. Detta är dock en rekom-

⁸⁴ NCK:s handbok s. 31 ff.

mendation som kan komma att förändras över tid och i vissa fall är det även meningsfullt att utföra en spårsäkring efter den rekommenderade tiden med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet. Det kan finnas ett behov av att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter hur lång tid efter ett sexuellt övergrepp som en spårsäkring bör erbjudas sexualbrottsoffret i syfte att uppnå en enhetlighet över hela landet i frågan.

Enligt utredningen kan det även finnas ett behov av att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om förvaringen av spårsäkringssatser i syfte att säkerställa en rättssäker hantering av proverna. Enligt utredningens mening är det rimligt att spårsäkringssatser hos hälso- och sjukvården förvaras på samma sätt som hos polisen, för att säkerställa en rättssäker kedja.

Det finns även andra frågor inom spårsäkring där föreskrifter skulle kunna aktualiseras. Exempel på sådana frågor är till exempel huruvida hälso- och sjukvården ska fastställa rutiner för hur anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen ska fullgöras samt att hälso- och sjukvården ska fastställa de rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet vad gäller ett barn som kan vara utsatt för sexualbrott och ska genomgå en spårsäkring. Ytterligare frågor skulle kunna handla om rutiner hos hälso- och sjukvården kring att ställa frågan om sexuella övergrepp till patienter om det finns misstanke om detta i syfte att kunna informera om spårsäkring, om personalens kvalitetssäkring och fortbildning inom spårsäkring samt om hur uppföljningen bör gå till.

Det finns följaktligen en rad olika frågor som vi bedömer inte bör framgå i lag utan i stället skulle kunna regleras genom föreskrifter. I syfte att uppnå en adekvat och heltäckande reglering inom området för spårsäkring, som i sig är tämligen snävt och avgränsat, bör myndigandet formuleras brett och generellt.

För att säkerställa att nödvändiga föreskrifter ska tas fram bör vid ett genomförande av våra förslag Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram föreskrifter i dessa frågor. I vissa frågor kan det övervägas om det i stället för föreskrifter och allmänna råd är mer ändamålsenligt att ta fram vägledningsmaterial om spårsäkring.

9.11 Konsekvenser av nollalternativet

I detta avsnitt kommer vi att beskriva konsekvenserna av nollalternativet, dvs. att de lagförslag som läggs fram i utredningen inte införs. Om ingen reglering kommer till stånd innebär detta att det fortsättningsvis kommer att råda oklarheter beträffande det rättsliga stödet för hälso- och sjukvårdens spårsäkringar. Det blir fortsatt otydligt både för hälso- och sjukvårdspersonal och för patienter beträffande vilka regler som gäller, t.ex. när det kommer till patientsäkerheten och personuppgiftsbehandlingen vid spårsäkring. Det kommer även att fortsättningsvis finnas en oklarhet beträffande ansvaret för hälso- och sjukvårdens spårsäkringar i de fall de inte utförs med stöd av en begäran av Polismyndigheten enligt 6 kap. 9 § PSL. Även om spårsäkring i dag utförs av hälso- och sjukvårdspersonal, både i de fall det finns en begäran av polisen och inte, så skulle det inte finnas någon skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att utföra spårsäkringar om det inte finns en begäran enligt 6 kap. 9 § PSL. Det kommer därför att finnas en risk att hälso- och sjukvårdsverksamheter nekar patienter en spårsäkring när det inte har gjorts en polisanmälan. Nollalternativet innebär också en risk att hälso- och sjukvårdens spårsäkring, framför allt när det kommer till män eller hbtqi-personer, i vissa avseenden blir eftersatt. Konsekvenserna av nollalternativet är alltså att sexualbrottsoffers behov av ett rättssäkert förfarande i samband med att säkra spår från en förövare riskerar att inte tillgodoses samt att de brister som finns kvarstår.

10 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

10.1 Ikraftträdande

Förslag: De föreslagna lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2023.

De lagändringar vi föreslår bör träda i kraft så snart som möjligt. Vi bedömer att detta kan ske tidigast den 1 januari 2023.

10.2 Övergångsbestämmelser

Förslag: Bestämmelserna om regionens ansvar att spara prover och fynd från en spårsäkring under viss tid ska tillämpas endast efter spårsäkring som utförts efter ikraftträdandet. I övrigt kräver de föreslagna lagändringarna inte några särskilda övergångsbestämmelser.

Spårsäkring efter sexualbrott

De nya bestämmelserna om spårsäkring ska tillämpas på spårsäkringar som utförs efter ikraftträdandet. Redan i dag utför hälso- och sjukvården spårsäkringar både på begäran av polisen enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen och när ett sexualbrottsoffer vänder sig till sjukvården på egen hand enligt rekommendationerna i NCK:s handbok. Regionerna sparar i allmänhet proverna och fynden efter en spårsäkring under viss tid. Eftersom en formell skyldighet för regionen att utföra spårsäkringar kommer att gälla först när den av oss

föreslagna ordningen trätt i kraft, bör inte den av oss föreslagna skyldigheten för regionerna att spara fynden och proverna gälla för sådana prover och fynd som hänför sig till spårsäkringar som utförts före ikraftträdandet. En särskild övergångsbestämmelse om detta behövs. När det gäller de spårsäkringssatser som redan sparas hos hälso- och sjukvården vid ikraftträdandet är det fortsättningsvis rekommendationerna i NCK:s handbok om två års bevarandetid som bör användas.

Vi bedömer däremot att det är ändamålsenligt att övriga bestämmelser, således även de föreslagna bestämmelserna om utlämnande av prover och fynd efter en spårsäkring utan den enskildes samtycke bör tillämpas omedelbart efter ikraftträdandet, även när det gäller prover och fynd efter spårsäkring som utförts före ikraftträdandet. Detta kommer dock att följa även utan någon särskild övergångsbestämmelse. Inte heller i övrigt finns det behov av några särskilda övergångsbestämmelser.

Övrig lagstiftning

De föreslagna ändringarna i brottsbalken innebär i flera avseenden straffskärpningar. Av 2 kap. 10 § regeringsformen framgår att det inte får dömas ut en svårare brottspåföljd för en gärning än vad som var föreskrivet när den begicks. Också i artikel 7 första punkten andra meningen Europakonventionen föreskrivs att det inte får mätas ut ett strängare straff än vad som var tillämpligt vid den tidpunkt då brottet begicks. Den sagda har kommit till uttryck i 5 § lagen (1964:163) om införande av brottsbalken (BrP). Enligt paragrafens andra stycke ska straff bestämmas efter den lag som gällde när gärningen företogs, om inte den lag som gäller när domen meddelas leder till frihet från straff eller till lindrigare straff. Denna bestämmelse anses generellt tillämplig inom straffrätten om inte något annat har föreskrivits beträffande en viss författning. Några särskilda övergångsbestämmelser vid sidan av regleringen i 5 § BrP behövs inte.

Inte heller i övrigt behövs några särskilda övergångsbestämmelser.

11 Förslagens konsekvenser

11.1 Inledning

I 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474) finns bestämmelser om vilka konsekvenser av utredningens förslag som ska redovisas. I detta avsnitt redogör vi för våra bedömningar i dessa delar.

Eftersom vi även lämnar författningsförslag ska konsekvensanalysen också göras i enlighet med 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning (jfr 15 a § kommittéförordningen).

11.2 Vilka berörs av våra förslag

11.2.1 Personer som åtalas för brott, brottsoffer m.fl.

Sexualbrottslagstiftningen

Våra förslag innebär förändringar i flera avseenden för de personer som misstänks, åtalas och döms för sexualbrott. De presenterade förslagen innebär även förändringar för de personer som utsatts för sexualbrott.

Förslagen i avsnitt 5 innebär att fler gärningar kan komma att rubriceras som våldtäkt, våldtäkt mot barn, sexuellt övergrepp och sexuellt övergrepp mot barn. Förslagen i avsnitt 6 innebär att nya straffbestämmelser om sexuellt ofredande mot barn och grovt sexuellt ofredande införs. Därtill har vi föreslagit att straffansvaret för utnyttjande av barn för sexuell posering (avsnitt 7) ska utvidgas i viss utsträckning. Vi bedömer att dessa ändringar kommer innebära ett förstärkt skydd för brottsoffret. Vidare kommer vissa gärningar att bedömas allvarigare samt att fler ageranden blir straffbara. Vi har

även föreslagit straffskärpningar för flera brott. Detta påverkar främst de personer som döms för de aktuella brotten.

Våra förslag utgör i flera avseenden tydliggöranden och kan förväntas leda till ökad förutsebarhet och rättssäkerhet samt skapa förutsättningar för en mer nyanserad tillämpning inom såväl de brottsbekämpande myndigheterna som den dömande verksamheten. Detta påverkar både den som åtalas för brott och brottsoffret.

Spårsäkring

Om våra förslag genomförs kan de komma att påverka både de personer som utsatts för sexualbrott och den som misstänks för och åtalas för ett sexualbrott. Vår förhoppning är att förslagen ska leda till ökad patientsäkerhet och trygghet för sexualbrottsoffer genom en tydligare reglering av hälso- och sjukvårdens spårsäkring och även till bättre och mer enhetligt genomförda spårsäkringar över hela landet genom att ansvaret tydliggörs. Om förslagen genomförs skapas förutsättning för att spårsäkring ska vara en prioriterad uppgift på sjukvårdsverksamheter över hela landet i och med att ansvaret åläggs regionen, vilket kan komma att innebära ökade kunskaper över hur rättssäkra spårsäkringar ska utföras. I förlängningen kan detta också medföra en ökad förståelse och kunskap om mottagande, inte minst när det gäller män och hbtqi-personer som har utsatts för sexualbrott. Detta är en viktig del i att personer som har utsatts för sexualbrott tillförsäkras att spårsäkringen är rättssäker, jämlik och enhetlig över hela landet. Om spårsäkring generellt sker mer rättssäkert, jämlikt och enhetligt över hela landet skulle man på sikt eventuellt kunna förvänta sig något fler anmälda sexualbrott genom att sexualbrottsoffret känner sig omhändertagen och trodd på. Genom fler anmälda sexualbrott kan detta innebära att fler personer åtalas för sexualbrott.

11.2.2 Rättsväsendet, inklusive de brottsbekämpande myndigheterna samt andra myndigheter

Sexualbrottslagstiftningen

Våra förslag kommer framför allt att beröra de brottsutredande myndigheterna, främst Polismyndigheten och Åklagarmyndigheten. Förslagen kommer kräva nya brottskataloger, handböcker, utbildning m.m.

Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS) kommer att påverkas av förslagen, inte minst av våra förslag som rör skärpta straff (jfr nedan). Även Brås arbete med bl.a. statistik kommer att påverkas. Förslagen kan påverka Brottsoffermyndigheten genom att den sammanlagda nivån av utbetald ersättning kan komma att stiga.

Domstolarna påverkas genom att nya brottstyper tillkommer, även om det inte rör sig om nykriminalisering. Vidare kan en viss ökning av måltillströmningen väntas, särskilt om böter utmönstras ur straffskalan vid köp av sexuell tjänst.

Spårsäkring

Våra förslag kommer framför allt att beröra regionerna i och med att ansvaret för spårsäkringen enligt förslagen ska åläggas dem (mer om detta i avsnitt 11.4) och Polismyndigheten.

Förslagen kan även komma att påverka Inspektionen för vård och omsorg, Socialstyrelsen, Integritetsskyddsmyndigheten och domstolarnas verksamheter. På vilket sätt dessa verksamheter kan komma att påverkas redogörs för närmare i avsnitt 11.4.

11.2.3 Offentliga försvarare och målsägandebiträden

De som anlitas som offentliga försvarare och målsägandebiträden kommer att påverkas av utredningens förslag eftersom det initialt kommer att behövas viss utbildning.

11.3 Den kommunala självstyrelsen

När nya skyldigheter införs för kommuner och regioner ska konsekvenserna av dessa analyseras. Enligt 14 kap. 3 § RF bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den. I förarbetena till bestämmelsen betonas vikten av att det i lagstiftningsprocessen görs noggranna analyser av den påverkan som olika förslag har på den kommunala självstyrelsen och i vad mån skälen för en tänkt reglering motiverar det intrång i självstyrelsen som regleringen innebär. Det framhålls att detta innefattar en skyldighet att undersöka om det syfte som den tänkta regleringen tar sikte på kan uppnås på ett för det kommunala självbestämmandet mindre ingripande sätt. Om det finns olika möjligheter att nå samma mål bör den reglering väljas som lägger minst band på självbestämmanderätten.

Det förslag som läggs fram i betänkandet där regionen får ansvar för hälso- och sjukvårdens spårsäkring och där tillhörande förslag innebär ett utvidgat åtagande för regionen och innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Dessutom kan även förbudet för regionen att överlämna uppgiften till privata aktörer att utföra spårsäkring enligt den föreslagna lagen innebära en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Inskränkningarna måste vägas mot förslagets syfte, vilket är att hälso- och sjukvårdens arbetsätt vid omhändertagande av sexualbrottsoffer ska bli jämlikt, enhetligt och rättssäkert över hela landet, att det ska finnas lagligt stöd för hälso- och sjukvårdens spårsäkring när en polisanmälan inte har gjorts samt att den spårsäkring som utförs på begäran enligt 6 kap. 9 § HSL ska vara likvärdig den enligt den föreslagna lagen. Hälso- och sjukvården erbjuder redan i dag sexualbrottsoffer spårsäkring enligt den föreslagna lagen och förslagen får därmed anses vara en liten inskränkning av självstyret för regionerna. Dessutom är en jämlik vård ett av de viktigaste målen för den svenska hälso- och sjukvården. Sammantaget gör vi bedömningen att lagförslagen är motiverade med hänsyn till det övergripande syftet att tydliggöra ansvaret för hälso- och sjukvårdens spårsäkring och att bidra till ökad förutsebarhet, jämlikhet och rättssäkerhet för sexualbrottsoffer.

Förslagen innebär således inskränkningar i det kommunala självstyret eftersom de innebär en ny skyldighet för regionen. Vår bedöm-

ning är emellertid att samhällets och sexualbrottsoffrens behov av att det finns en rättssäker spårsäkringsverksamhet och ett tydligt ansvar vid hälso- och sjukvårdens omhändertagande av sexualbrottsoffer inte kan tillgodoses på ett för det kommunala självbestämmandet mindre ingripande sätt. Vi anser därför att förslagen att reglera regionens ansvar för hälso- och sjukvårdens spårsäkring på det som vi gör utgör ett proportionellt ingrepp i den kommunala självstyrelsen.

11.4 Ekonomiska konsekvenser

11.4.1 Inledning

En skyldighet att redovisa de ekonomiska konsekvenserna av förslagen i ett betänkande följer av bestämmelserna i 14 och 15 a §§ kommittéförordningen samt av 6 § 5 förordningen om konsekvensutredning vid regelgivning. Av 14 § kommittéförordningen följer också en skyldighet att föreslå en finansiering om förslagen leder till kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner.

11.4.2 Förslagen om ändringar i 6 kap. BrB (avsnitt 4–8)

Upplägg

Vi har valt att dela upp detta avsnitt utifrån de olika förslag vi lämnat i respektive avsnitt. Som framgår nedan är det de ekonomiska konsekvenserna för de straffskärpningar vi har föreslagit som får störst utrymme eftersom det i den delen krävs dels förklaringar till hur vi gjort våra beräkningar, dels relativt omfattande beräkningar av kostnaderna.

Förslagen rörande förändring av samlagsbegreppet (avsnitt 4)

Vi har lämnat ett förslag som innebär att samlagsbegreppet även ska omfatta orala och anala samlag. Ändringen innebär ingen nykriminalisering eller utvidgning av straffbestämmelsen. Även om våldtäktsbestämmelsen görs mer könsneutral bedömer vi inte att ändringen

kommer att medföra någon mätbar ökning av antalet anmälningar av brott.

Förslagen rörande distansbrotten (avsnitt 5)

Förslagen rörande distansbrotten innebär inte att det straffbara området utökas, dvs. det rör sig inte om nykriminalisering. Vi bedömer därför inte att förslagen kommer att resultera i fler ärenden hos Polismyndigheten eller Åklagarmyndigheten och därmed inte heller fler fällande domar. Enligt vår bedömning kommer inte heller komplexiteten i utredningarna att öka till följd av förslagen. Några kostnadsökningar i den delen är därför inte att räkna med.

Förslagen innebär dock att vissa gärningar som tidigare bedömts som grovt utnyttjande av barn för sexuell posering kan komma att rubriceras som våldtäkt eller sexuellt övergrepp (eller motsvarande brott för barn), dvs. som ett allvarigare brott än vad som tidigare var fallet. Brottet grovt utnyttjande av barn för sexuell posering har en straffskala som börjar på fängelse sex månader. Om övergreppen efter en lagändring i stället skulle bedömas som t.ex. våldtäkt eller grovt sexuellt övergrepp (samt motsvarande brott mot barn) ökar straffminimum till antingen fängelse i tre år eller fängelse i ett år. Ett genomförande av förslaget leder därmed troligen till att de fängelsestraff som döms ut blir längre än enligt nuvarande lagstiftning. Förslaget kan därmed förväntas leda till ökade kostnader för framför allt Kriminalvården.

Vi bedömer emellertid inte att kostnadsökningen kommer bli markant eftersom det är fråga om förhållandevis få fall per år. Enligt Brås officiella statistik meddelades 18 lagföringar 2019 rörande utnyttjande av barn för sexuell posering som huvudbrott. Påföljden bestämdes till fängelse i två av dessa lagföringar. Vi känner inte till omständigheterna i fallen och om det rör sig om situationer som, enligt vårt förslag, skulle kunna bedömas som våldtäkt eller sexuellt övergrepp (eller motsvarande brott mot barn). Omständigheten att påföljden bestämdes till fängelse i endast två fall talar dock för att det inte är så många fall varje år där utnyttjande av barn för sexuell posering som huvudbrott kommer att rubriceras som våldtäkt eller sexuellt övergrepp (eller motsvarande brott mot barn) enligt vårt förslag.

I detta sammanhang bedömer vi även att statistik från Åklagarmyndigheten rörande väckta åtal är av intresse. Enligt deras statistik väcktes 2019 sammanlagt 74 åtal avseende 306 gärningar rörande utnyttjande av barn för sexuell posering och grovt utnyttjande av barn för sexuell posering. Precis som vid Brås statistik vet vi inte hur fördelningen mellan brott av normalgraden och grovt brott ser ut. Vi har inte heller några uppgifter om hur stor andel av dessa åtal som avser gärningar som framöver kan komma att rubriceras som våldtäkt eller sexuellt övergrepp (eller motsvarande brott mot barn). Vad som ändå är intressant beträffande den här statistiken är att det framgår att det är vanligt att flera gärningar ingår i samma åtal.

Vid en sammantagen bedömning av Brås och Åklagarmyndighetens statistik, och med hänsyn till principerna om straffmätning vid flerfaldig brottslighet, torde de ekonomiska konsekvenserna av att ett antal fall med våra förslag kommer att rubriceras som våldtäkt eller sexuellt övergrepp (eller motsvarande brott mot barn) i stället för grovt utnyttjande av barn för sexuell posering att bli relativt begränsade.

Vi återkommer till frågan nedan i anslutning till våldtäktsbrottet.

Förslagen rörande sexuellt ofredande (jfr avsnitt 6)

Vi har föreslagit ett antal ändringar beträffande sexuellt ofredande. Det första förslaget innebär att sexuellt ofredande mot barn under 15 år ges en egen brottsrubricering – sexuellt ofredande mot barn – där straffminimum höjs från böter till fängelseminimum. Vi har även föreslagit att det införs särskilda straffbestämmelser om grovt sexuellt ofredande och grovt sexuellt ofredande mot barn med minimistraffet fängelse i sex månader.

Eftersom ingen av ändringarna innebär någon nykriminalisering bedömer vi att antalet ärenden hos Polismyndigheten eller Åklagarmyndigheten inte kommer öka. Därmed kommer inte heller antalet fällande domar att öka. Det kan inte heller antas att utredningarnas komplexitet ökar till följd av våra förslag. Vi bedömer därför inte att kostnaderna kommer att öka i dessa avseenden.

Eftersom förslagen innebär straffskärpningar bedömer vi att dessa förslag kan få konsekvenser för Kriminalvården. De ekono-

miska konsekvenserna framgår av vår beräkning nedan i avsnittet rörande skärpta straff.

Förslagen rörande utnyttjande av barn för sexuell posering (avsnitt 7)

Vi har föreslagit att tillämpningsområdet ska utvidgas något så att även handlingar som inneburit att offret förhållit sig passiv vid gärningstillfället ska omfattas. Mot bakgrund av att det kan antas röra sig om bara enstaka fall varje år bedömer vi att denna ändring inte kommer leda till några ökade kostnader för staten.

Beträffande förslaget om straffskärpning för brott av normalgraden, där vi föreslagit att böter utmönstras ur straffskalan, så återkommer vi till konsekvenserna nedan.

Förslagen rörande skärpta straff (jfr avsnitt 8)

Utgångspunkter för våra bedömningar

Som vi redogjort för i avsnitt 8 har vi föreslagit ett flertal straffskärpningar vilka, om de genomförs, kommer leda till ökade kostnader för staten.

Det är svårt att uppskatta i vilken utsträckning fängelsepåföljderna kommer att öka i antal och i längd och i vilken utsträckning kostnaderna kommer att öka. Det bör påpekas att de ökningarna som nämns i detta avsnitt endast är en grund för beräkningarna i denna konsekvensanalys och inte bör ses som en rekommendation hur den förändrade straffskalan ska tillämpas i enskilda fall. Detta innebär att de ekonomiska konsekvenserna är svåra att förutse.

För att göra en uppskattning av hur många fler fängelsedomar som kommer att dömas ut och hur mycket strafftiderna sammanlagt kommer att öka har vi valt att räkna med att ett visst antal domar kommer att meddelas per år avseende relevanta brottstyper och att våra förslag kommer att medföra en viss ökning av fängelsestraffens längd i dessa fall. Som framgår i det följande kan det inte bli fråga om annat än grova uppskattningar, både när det gäller hur många fler fängelsedomar som kommer meddelas och vilken ökning av fängelsestraffen som det finns anledning att räkna med. Trots dessa

svårigheter kommer vi nedan att redogöra för vår uppskattning av den merkostnad som kommer att uppstå för staten genom Kriminalvården och SiS om våra förslag genomförs.

Hur många fängelsedomar i framtiden

Vid våra beräkningar nedan utgår vi från Brås officiella kriminalstatistik för 2019. Skälet till att vi endast utgår från statistiken för 2019 är den lagändring som trädde i kraft den 1 juli 2018 och som på många sätt förändrade 6 kap. Detta innebär att vi endast har officiell statistik från ett år att lägga till grund för våra beräkningar. Att våra beräkningar nedan utgår från ett år och inte flera år utgör ytterligare ett osäkerhetsmoment i beräkningarna. Det bör nämnas att vissa straffbestämmelser, t.ex. våldtäkt mot barn, inte genomgick någon ändring i sak 2018. Vi har dock gått igenom statistik för dessa andra brott och noterat att de utdömda påföljderna inte skiljer sig åt på något markant sätt mellan åren. Mot bakgrund av detta har vi valt att endast använda oss av statistik från 2019 för samtliga brott.

Av Brås rapport 2020:6 (juni 2020) framgår det att antalet åtal och fällande domar för våldtäkt har ökat markant sedan lagändringen. År 2017 meddelades 155 fällande domar för våldtäkt av normalgraden som huvudbrott vilket kan jämföras med att det 2019 meddelades 297 fällande domar för våldtäkt av normalgraden som huvudbrott.¹ Vår bedömning är att denna ökning kan hänföras till 2018 års reform. Någon ytterligare ökning med anledning av den reformen är inte att räkna med. Däremot kan det bli en viss ökning av åtal och fällande domar för våldtäkt (och även för våldtäkt mot barn, sexuellt övergrepp och sexuellt övergrepp mot barn) men en minskning när det gäller grovt utnyttjande av barn för sexuell poseering, detta till följd av våra förslag om distansbrotten.

Redovisningen av domar med fängelse som påföljd i kriminalstatistiken görs enligt huvudbrottsprincipen (jfr avsnitt 8.6.1). Det antal domar som därmed ligger till grund för vår beräkning är de där förändrade straffskalor bör få störst genomslag. Om ett brott räknas som huvudbrott i kriminalstatistiken torde detta också i de flesta fall innebära att domstolen ansett detta brott vara det allvarligaste. Om

¹ Brås rapport 2020:6 s. 27. Rapporten utgår endast från tingsrättsdomar där våldtäkt av normalgraden var huvudbrott.

den dömda begått fler brott än huvudbrottet har övriga brott en avtagande betydelse för brottslighetens sammanlagda straffvärde. I de fall en lagförd person begått något eller flera av de brott som våra förslag avser, men brottet inte har varit huvudbrott, kommer visserligen det samlade straffvärdet för brottsligheten att öka. För dessa fall är det dock ännu svårare att göra en uppskattning av ökningens storlek eftersom det samlade straffvärdet i sådana fall påverkas av bl.a. hur många brott som begåtts och hur högt straffvärde som det allvarligaste av dem anses ha.

Straffnivåhöjning per dom i våra beräkningar

När det gäller ökningen av antalet fängelsedomar per år och hur stor ökning av tid på anstalt man bör räkna med kan man inte beräkna ökningen på samma sätt för samtliga brott. Vi kommer därför redogöra för vilken höjning vi har räknat på separat för varje brott.

Generellt kan dock följande sägas. Vid våra bedömningar utgår vi från Brås officiella kriminalstatistik från 2019 över antalet lagföringar och hur påföljderna har fördelats för respektive brott. Därefter uppskattar vi hur stor andel som kommer dömas till en frivårdande påföljd och hur stor andel som kommer dömas till fängelse. Vi kommer för varje separat brott att uppskatta hur mycket längre tiden på anstalt i snitt kommer bli per lagföring med anledning av straffskärpningarna och med hänsyn till villkorlig frigivning. Detta gäller för de fall där påföljden sedan tidigare bestämts till fängelse.

I de fall där påföljden tidigare bestämdes till en frivårdande påföljd men där vi bedömer att påföljden med vårt förslag i stället kommer bestämmas till fängelse måste en annan beräkning göras. Skälet till detta är att dessa personer inte hade avtjänat något fängelsestraff alls utan vårt förslag. Dessa beräkningar måste därför utgå från hela den tid som de dömda kommer avtjäna på anstalt (och alltså inte bara skärpningen). Eftersom våra förslag på motsvarande sätt minskar antalet frivårdande påföljder ska kostnaderna för de domarna sedan dras bort från det totala beloppet.

Kostnaderna för den ökade strafflängden

Det är främst två omständigheter som påverkar Kriminalvårdens kostnader. Den första är att skärpta straff leder till att påföljderna oftare kommer bestämmas till fängelse än frivårdande. En fängelsepåföljd är markant dyrare än en frivårdande påföljd. Men framför allt kommer straffskärpningarna att leda till ökade strafflängder, dvs. fler dygn vid anstalt. Även detta ökar kostnaderna för Kriminalvården.

Vid beräkning av kostnaderna utgår vi från Kriminalvårdens snittkostnad för en intagen klient i anstalt. Detta belopp har för åren 2017–2019 uppgått till 3 400 kronor per dygn per intagen. Då har hänsyn inte tagits till anstaltens säkerhetsklass. Omräknat till årskostnad blir det 1,2 miljoner kronor per år och intagen. Som alltid när det kommer till den här typen av snittkostnader är det viktigt att ha i åtanke att det rör sig just om snittkostnader och att dessa kan variera. Som exempel kan nämnas att snittkostnaderna per intagen minskar ju fler personer som är intagna medan snittkostnaden för intagen ökar om färre än intagna. En annan parameter är att sexualbrottslingar i större utsträckning än andra intagna kan antas ha behov av stöd och samtal i olika former, vilket också påverkar de totala kostnaderna. Eftersom samtliga dessa parametrar är svåra att överblicka utgår vi från ovan angiven snittkostnad.

När det sedan kommer till snittkostnaderna för de frivårdande påföljderna kan de bedömas uppgå till i genomsnitt 120 000 kronor per person och år. Här avses påföljderna skyddstillsyn, skyddstillsyn med samhällstjänst, skyddstillsyn med särskild föreskrift (inklusive kontraktsvård), villkorlig dom med samhällstjänst och från och med den 1 januari 2021 den nya påföljden ungdomsövervakning (15–20-åringar). En villkorlig dom ensam eller i förening med böter eller ett rent bötesstraff omfattas alltså inte och innebär inte heller någon kostnad för Kriminalvården.

Det är förhållandevis få sexualbrottslingar som verkställer sin påföljd genom elektronisk övervakning (fotboja).² Det är dock troligt att våra förslag kommer innebära att det kommer dömas ut fler korta fängelsestraff vilket i sin tur innebär att antalet som

² www.kriminalvarden.se/globalassets/forskning_statistik/kos-2017-kriminalvard-och-statistik.pdf Enligt Kriminalvårdens rapport "Kriminalvård och statistik 2017" s. 56 verkställde elva dömda sexualbrottslingar sin fängelsepåföljd genom elektronisk övervakning (fotboja) år 2017.

avtjänar påföljd genom elektronisk fotboja kan komma att öka. Vi återkommer till detta nedan när vi redogör för respektive brottstyp.

Särskilt om ungdomar och ungdomspåföljder

Lagstiftning

För brott som någon begått innan han eller hon fyllt 18 år får rätten döma till fängelse endast om det finns synnerliga skäl. Detta framgår av 30 kap. 5 § BrB. Domstolen ska då i första hand bestämma påföljden till sluten ungdomsvård i stället för fängelse. För ungdomar mellan 18 och 21 år får rätten döma till fängelse endast om det med hänsyn till gärningens straffvärde eller annars finns särskilda skäl för det.

Om någon döms för brott innan de fyllt 21 år ska hans eller hennes ungdom beaktas särskilt vid straffmätningen och rätten får då döma till lindrigare straff än vad som är föreskrivet (29 kap. 7 §).

Detta leder regelmässigt till en nedsättning av straffet jämfört med om den tilltalade hade fyllt 21 år. Straffet blir enligt fast praxis lindrigare ju yngre den tilltalade är. Det innebär även att en icke frihetsberövande påföljd (ungdomsövervakning, ungdomsvård eller ungdomstjänst, eller skyddstillsyn om den unge hade fyllt 18 år) i inte obetydlig utsträckning döms ut för sexualbrott.

I sammanhanget kan nämnas att regeringen i ett utkast till lagrådsremiss har föreslagit bl.a. att om någon som är 18–20 år har begått ett brott för vilket det är föreskrivet fängelse i lägst ett år eller mer, ska hans eller hennes ungdom inte beaktas särskilt vid straffmätningen. Det ska inte heller krävas särskilda skäl för att döma lagöverträdare i den åldersgruppen till fängelse, och samma straff ska kunna dömas ut som för andra myndiga lagöverträdare. Vidare föreslås att de särskilda ungdomspåföljderna i princip ska vara förbehållna personer som inte fyllt 18 år vid tidpunkten för brottet. Den som är över 18 år ska få dömas till någon av ungdomspåföljderna endast om det finns särskilda skäl för det. De konsekvenser som ett sådant förslag skulle medföra, kan vi dock inte ta hänsyn till.

Statistik

År 2019 meddelades 111 lagföringsbeslut rörande ungdomar (15–17 år) för sexualbrott. Samma år meddelades 183 lagföringsbeslut beträffande ungdomar i åldrarna 18–20 för sexualbrott.³ Detta innebär att totalt 294 ungdomar mellan 15 och 20 år dömdes för sexualbrott 2019.

Av Brås statistik följer även att 50 ungdomar dömdes till ungdomsvård, 49 ungdomar dömdes till ungdomstjänst och 7 ungdomar till sluten ungdomsvård för sexualbrott 2019. Därtill meddelades 39 domar där påföljden bestämdes till skyddstillsyn (varav skyddstillsynen kombinerades med fängelse i nio fall) och till villkorlig dom i 19 fall. Ytterligare 61 ungdomar dömdes till fängelse.⁴

År 2019 avtjänade 525 ungdomar under 21 år ett fängelsestraff (detta antal omfattar samtliga brott och alltså inte bara sexualbrott).⁵

År 2019 var 8 ungdomar intagna på SiS ungdomshem efter att ha dömts till sluten ungdomsvård för sexualbrott det året eller tidigare. Det finns ingen officiell statistik över den genomsnittliga tiden som dömda sexualbrottslingar avtjänar straff vid SiS ungdomshem. Den genomsnittliga strafftiden för samtliga intagna vid SiS ungdomshem var dock 10,4 månader år 2019.⁶

Ansvar för ungdomspåföljder

Ansvar för ungdomspåföljder skiljer sig åt och fördelas på olika aktörer.

Kriminalvården ansvarar för de ungdomar som döms till fängelse, skyddstillsyn, villkorlig dom och ungdomsövervakning. Beträffande eventuella ekonomiska konsekvenser för dessa påföljder utgör de en del av beräkningen nedan.

De ungdomar som döms till sluten ungdomsvård placeras på SiS ungdomshem. SiS svarar för kostnaderna. Vårddygnskostnaden på ett SiS ungdomshem för de som dömts till sluten ungdomsvård är 9 168 kronor. SiS totala kostnad för ungdomar som avtjänar sluten ungdomsvård uppgår enligt uppgifter till utredningen till 195,4 miljoner kronor per år.

³ Brås officiella kriminalstatistik, tabell 450. Lagföringsbeslut efter huvudbrott och den lagförda personens ålder, 2019.

⁴ Brås officiella kriminalstatistik, tabell 422. Lagföringsbeslut mot ungdomar (15–20 år) efter huvudbrott och huvudpåföljd, 2019.

⁵ www.kriminalvarden.se/globalassets/publikationer/kartlaggningar-och-utvarderingar/kos_2019.pdf

⁶ SiS Årsredovisning 2019 tabell 7 (s. 13).

Vi har i avsnitt 8.9 och 8.11 föreslagit att minimistrafvet för våldtäkt och våldtäkt mot barn höjs från fängelse i två år till fängelse i tre år. Denna höjning kommer leda till en skärpt reaktion även för de som var under 18 år vid brottet. Straffmättningsvärdet, efter åldershänsyn, torde i fler fall än i dag komma att överstiga fängelse i ett år, vilket kan utgöra synnerliga skäl för fängelse. En konsekvens av höjningen av minimistrafvet för våldtäkt och våldtäkt mot barn blir således att fler ungdomar kommer dömas till sluten ungdomsvård (eller i något fall fängelse). Omfattningen är svår att uppskatta. Som vi nämnt ovan var det 111 ungdomar i åldrarna 15–17 år som 2019 dömdes för något av brotten i 6 kap. BrB samtidigt som åtta ungdomar avtjänade påföljd för sexualbrott på ett SiS ungdomshem. Ett inte orimligt antagande är att det – som en följd av våra förslag – kommer att dömas till sluten ungdomsvård i ytterligare fem fall, huvudsakligen avseende domar för våldtäkt eller våldtäkt mot barn. Med utgångspunkt i att verkställighetstiden bestäms till ett år kommer kostnaderna för SiS att öka med 16,7 miljoner kronor (utifrån en dygnskostnad om 9 168 kronor). Eftersom SiS totala kostnader för SiS ungdomshem år 2019 var 195,4 miljoner kronor måste det antas att denna beräknade kostnadsökning inte ligger inom deras budgetanslag utan att SiS budgetanslag måste ökas.

När det slutligen kommer till påföljderna ungdomstjänst och ungdomsvård är det den kommun som den dömda bor i som ansvarar för kostnaden för påföljden. Sveriges kommuner och regioner har ingen statistik för kommunernas kostnader för dessa påföljder.

Mot bakgrund av de straffskärpningar vi föreslår samt att påföljden ungdomsövervakning just införts (som belastar Kriminalvårdens och inte kommunernas budget) är det troligt att fler ungdomar kommer dömas till andra påföljder än ungdomsvård och ungdomstjänst. Våra förslag kan därför inte antas innebära några kostnadsökningar för kommunerna.

Kostnaderna för de enskilda straffskärpningarna⁷

Våldtäkt och mindre grov våldtäkt

Enligt den officiella statistiken meddelades 257 fängelsedomar med våldtäkt av normalgraden som huvudbrott 2019 (där ingår mindre grov våldtäkt). Utöver dessa fängelsedomar bestämdes påföljden till skyddstillsyn i kombination med fängelse (s.k. 28:3 fängelse) i åtta fall. Därtill bestämdes påföljden till rättspsykiatrisk vård i sex fall, till skyddstillsyn i 17 fall och till villkorlig dom i två fall.

Enligt vårt förslag ska minimistraffet höjas från fängelse två år till fängelse tre år. På motsvarande sätt har vi föreslagit en höjning av straffet för mindre grov våldtäkt från fängelseminimum till fängelse sex månader. Med hänsyn till att antalet domar på mindre grov våldtäkt kan antas vara mycket få, bedömer vi att våra förslag medför en genomsnittlig straffskärpning med ett år per lagföring.

Våldtäkt är ett brott av sådan art att det i sig talar för fängelse som påföljd (jfr NJA 2015 s. 1024). Som framgår av statistiken ovan bestäms påföljden i de flesta fall till fängelse. I en majoritet av de domar där påföljden bestämdes till skyddstillsyn eller villkorlig dom var de dömda mellan 15–20 år, dvs. det var främst ungdomar som dömdes till en frivårdande påföljd. Vi bedömer att vårt förslag innebär att ytterligare tio fängelsedomar kommer meddelas varje år (totalt 275 fängelsedomar). Det är rimligt att anta att ändringen inte kommer leda till att fler får avtjäna sitt straff genom elektronisk övervakning.

Som vi nämnt ovan meddelades 257 rena fängelsedomar 2019. Enligt reglerna om villkorlig frigivning kommer en person som döms till minimistraffet tre års fängelse att verkställa 24 månader (två tredjedelar av 36 månader) i anstalt mot dagens 16 månader (två tredjedelar av 24 månader). Detta innebär en ökning med åtta månader per dömd vilket motsvarar 240 tillkommande dygn (8 månader \times 30 dygn). Den ökade kostnaden för denna skärpning blir 816 000 kronor per fängelsedom (240 \times 3 400 kronor = 816 000 kronor). Detta innebär en ökad kostnad med 209,71 miljoner kronor per år (816 000 kronor \times 257 domar).

Huruvida det även i fortsättningen kommer att finnas ett utrymme att bestämma påföljden till skyddstillsyn i kombination med

⁷ Uppgifterna i detta avsnitt rörande utdömda påföljder är hämtade från Brås officiella kriminalstatistik, Tabell 420. Lagföringsbeslut efter huvudbrott och huvudpåföljd, 2019.

fängelse (28:3-fängelse) går knappast att bedöma. Det finns dock anledning för oss att redovisa konsekvenserna av att ytterligare åtta fall av ett rent fängelsestraff tillkommer, där påföljden i dag skulle kunna bestämmas till 28:3-fängelse. I så fall skulle den tillkommande tiden i anstalt – eftersom villkorlig frigivning inte förekommer vid 28:3-fängelse – bli 630 dygn (21 månader \times 30 dygn). Den tillkommande kostnaden för anstaltsvistelsen blir då 2,14 miljoner kronor (630 dygn \times 3 400 kronor) per år. Med avdrag för kostnader för frivård (120 000 kronor \times 8 domar) blir då den totala kostnadsökningen per år 1,18 miljoner kronor.

Utöver dessa domar har vi bedömt att påföljden kommer bestämmas till fängelse i ytterligare tio fall per år. Vid dessa beräkningar får man utgå från att de dömda personerna inte hade avtjänat några fängelsepåföljder utan våra förslag och beräkningarna ska därför utgå från hela fängelsetiden (24 månader, dvs. 730 dygn efter avdrag för villkorligt medgiven frihet). Den ökade kostnaden per år för dessa tio domar blir därför 24,82 miljoner kronor (10 domar \times 730 dygn \times 3 400 kronor) per år. Med avdrag för kostnader för frivårdande påföljder (10 domar \times 120 000) blir kostnaden för tio tillkommande domar därför 23,62 miljoner kronor per år.

I detta sammanhang bör även de förslag rörande distansbrotten som vi lämnat i avsnitt 5 nämnas. Som vi redogjort för där kommer handlingar som tidigare har bedömts som grovt utnyttjande av barn för sexuell posering under vissa förutsättningar i stället att rubriceras som våldtäkt eller våldtäkt mot barn. Det är dock inte möjligt att uppskatta hur många fall som kommer att tillkomma. Förslagen kommer dock att medföra en viss kostnadsökning.

Den sammanlagda kostnadsökningen för Kriminalvården blir **234,5 miljoner kronor** per år. Vi har också i det föregående bedömt att SiS kommer att ha ökade kostnader för verkställighet av slutna ungdomsvård med **16,7 miljoner kronor** per år, vilket huvudsakligen avser domar för våldtäkt eller våldtäkt mot barn.

Sexuellt övergrepp, mindre grovt sexuellt övergrepp och grovt sexuellt övergrepp

År 2019 meddelades tio fängelsedomar för sexuellt övergrepp, grovt sexuellt övergrepp och oaktsamt sexuellt övergrepp som huvudbrott. Därtill meddelades sex domar där påföljden bestämdes till

skyddstillsyn och tre domar där påföljden bestämdes till villkorlig dom med samhällstjänst för samma brott.

Vi har föreslagit att minimistraffet för brott av normalgraden ska höjas från fängelseminimum till fängelse i sex månader och för det grova brottet en höjning från fängelse i sex månader till fängelse i ett år. Därtill har vi föreslagit att det ska införas ett mindre grovt brott, med en straffskala som börjar vid fängelseminimum, som ska användas i undantagsfall. Vi har inte lämnat något förslag rörande oaktsamt sexuellt övergrepp.

Vi har inga uppgifter om fördelningen mellan de olika graderna av brottet eller det oaktsamma brottet. Ökningen för brott av normalgraden och det grova brottet är fängelse sex månader. Eftersom vi även har lämnat ett förslag för ett mindre grovt brott vars straffskala börjar på fängelseminimum menar vi att det är ett rimligt antagande att den genomsnittliga fängelse tiden kommer öka med fem månaders fängelse.

Med hänvisning till att vi föreslår att minimistraffet för normalgraden ska höjas till fängelse sex månader samtidigt som det mindre grova brottet endast ska användas i undantagsfall och att sexuellt övergrepp får anses vara ett artbrott (se RH 2020:07) är vår bedömning att utrymmet att bestämma påföljden till en frivårdande påföljd kommer att minska. Vår bedömning är att påföljden kommer bestämmas till fängelse i ytterligare fem fall per år om våra förslag genomförs. Det är rimligt att anta att ändringen inte kommer leda till att fler får avtjäna sitt straff genom elektronisk övervakning.

Bedömningen ska alltså utgå från en ökning om fängelse fem månader i fall där påföljden sedan tidigare bestämts till fängelse. Detta motsvarar 150 tillkommande dygn på anstalt (5 månader \times 30 dygn). Med villkorlig frigivning efter två tredjedelar av strafftiden blir den ökade tiden på anstalt därmed 100 dygn. Detta innebär en ökad kostnad med 340 000 kronor per år och dom (100 dygn \times 3 400 kronor). Räknat på tio domar per år medför detta en ökad kostnad för staten med 3,4 miljoner kronor.

Därtill tillkommer fem domar på frivårdande påföljd som med vårt förslag kan bedömas leda till fängelse. Vid bedömningen av dessa får man utgå från att ökningen motsvarar minimistraffet sex månaders fängelse, varav 120 dygn som regel kommer verkställas i anstalt. Med utgångspunkt i fem tillkommande fängesedomar uppgår kostnaden till 2,04 miljoner kronor per år (5 domar \times 120 dygn

× 3 4000 kronor). Från det beloppet ska kostnadsminskningen för frivård dras bort (5 domar × 120 000 kronor = 600 000 kronor). Kostnaden för fem tillkommande domar blir därför 1,44 miljoner kronor per år.

Den sammanlagda kostnadsökningen för Kriminalvården blir **4,84 miljoner kronor per år**.

Våldtäkt mot barn

2019 bestämdes påföljden till fängelse i 76 fall för våldtäkt mot barn som huvudbrott. Utöver det bestämdes påföljden till rättspsykiatrisk vård i ett fall, till skyddstillsyn i sju fall och till villkorlig dom i ett fall. Vi har föreslagit att minimistraffet ska höjas från fängelse två år till fängelse tre år. Liksom vid våldtäkt utgår vi från att strafftiden kommer att öka med i genomsnitt ett år.

Med hänsyn till de höga straffvärdena och brottets art bestäms påföljden redan i dag i de flesta fall till fängelse. Det är en rimlig uppfattning att anta att en stor del av de personer som dömts till frivårdande påföljd (åtta personer) är ungdomar. Vi bedömer att vårt förslag innebär att ytterligare fyra personer per år kommer dömas till fängelse. Det är rimligt att anta att ändringen inte kommer leda till att fler får avtjäna sitt straff genom elektronisk övervakning.

Enligt reglerna om villkorlig frigivning kommer en person som dömts till minimistraffet tre års fängelse att verkställa 24 månader (två tredjedelar av 36 månader) i anstalt mot dagens 16 månader (två tredjedelar av 24 månader). I de fall där påföljden redan bestämts till fängelse kommer straffskärpningen att innebära en ökning med åtta månader på anstalt per dömd vilket motsvarar tillkommande 240 dygn. Detta innebär en ökad kostnad med 816 000 kronor per år och dom (240 dygn × 3 400 kronor). Med utgångspunkt i 76 domar medför det en ökad kostnad för staten med 62 miljoner kronor per år.

Därtill tillkommer fyra domar där påföljden i dag hade bestämts till en frivårdande påföljd men som med vårt förslag kan bedömas leda till fängelse. Beräkningarna ska där utgå från hela fängelsetiden (24 månader, dvs. 730 dygn, efter avdrag för villkorlig frigivning). Kostnaden för fyra tillkommande fängelsedomar uppgår till 9,93 miljoner kronor per år (4 domar × 730 dygn × 3 400 kronor). Med

avdrag för kostnader för frivård (4 domar \times 120 000) blir kostnaden för fyra tillkommande domar därför 9,45 miljoner kronor per år.

Den sammanlagda totala kostnadsökningen för Kriminalvården blir **71,45 miljoner kronor** per år.

Beträffande de förslag som vi lämnat i avsnitt 5 gällande distansbrotten och även frågan om ökade kostnader för SiS hänvisas till vad vi anfört ovan under rubriken våldtäkt.

Sexuellt övergrepp mot barn, mindre grovt sexuellt övergrepp mot barn och grovt sexuellt övergrepp mot barn

2019 bestämdes påföljden till fängelse i 23 fall för sexuellt övergrepp mot barn eller grovt sexuellt övergrepp mot barn som huvudbrott och i ett fall till rättspsykiatrisk vård. Därtill bestämdes påföljden till skyddstillsyn i nio fall och till villkorlig dom med samhällstjänst vid ett fall (totalt tio frivårdande påföljder). Slutligen meddelades en åtalsunderlåtelse och ett strafföreläggande.

Vid sexuellt övergrepp mot barn får anses finnas en presumtion för att påföljden ska bestämmas till fängelse, jfr bl.a. NJA 2003 s. 313. I NJA 2006 s. 221 fann Högsta domstolen att fängelsepresumtionen inte kunde brytas när straffvärdet var fängelse sex månader. Med hänsyn till vad Högsta domstolen anfört i NJA 2006 s. 221 bedömer vi att utrymmet för att bestämma påföljden till frivårdande kommer att minska med vårt förslag på straffskärpning. Vi menar att det är rimligt att anta att det kommer att dömas till fängelse i ytterligare fem fall.

I dag uppgår minimistraffet för brott av normalgraden till fängelseminimum (14 dagar). Vi har föreslagit att minimistraffet ska höjas till fängelse sex månader. För det grova brottet har vi föreslagit att minimistraffet ska höjas från fängelse ett år till fängelse ett år och sex månader. Vi har därtill föreslagit att det ska införas ett mindre grovt brott, vars straffskala börjar vid fängelseminimum, som ska användas i undantagsfall.

Vi har inga uppgifter om fördelningen mellan de olika graderna av brottet. Ökningen för brott av normalgraden och det grova brottet är fängelse sex månader. Eftersom vi även har lämnat ett förslag för ett mindre grovt brott vars straffskala börjar på fängelseminimum menar vi att det är ett rimligt antagande att den genomsnittliga fängelsetiden kommer öka med fem månaders fängelse. Straffskärp-

ningen innebär en förlängd strafftid om 150 dygn (5 månader \times 30 dygn = 150 dygn). Enligt reglerna om villkorlig frigivning efter två tredjedelar av strafftiden blir den ökade tiden på anstalt därmed 100 dygn.

I de fall där påföljden redan bestämts till fängelse kommer straffskärpningen att innebära en ökning med fem månader på anstalt per dömd vilket motsvarar tillkommande 100 dygn. Med utgångspunkt i 23 domar blir den ökade kostnaden för staten 7,82 miljoner kronor per år (23 domar \times 100 dygn \times 3 400 kronor).

Därtill tillkommer fem domar där påföljden i dag hade bestämts till en frivårdande påföljd men som med vårt förslag kan bedömas leda till fängelse. Beräkningarna ska där utgå från hela fängelsetiden (6 månader, dvs. 180 dygn varav 120 dygn som regel kommer verkställas i anstalt). Kostnaden för fem tillkommande fängesedomar uppgår till 2,04 miljoner kronor per år (5 domar \times 120 dygn \times 3 400 kronor). Med avdrag för kostnader för frivård (5 \times 120 000 kronor) blir kostnaden för fem tillkommande domar därför 1,44 miljoner kronor per år.

Kriminalvårdens totala kostnadsökning blir **9,26 miljoner kronor** per år.

Utnyttjande av barn för sexuell posering och grovt utnyttjande av barn för sexuell posering

År 2019 bestämdes påföljden till fängelse för utnyttjande av barn för sexuell posering som huvudbrott i två fall. Samma år bestämdes påföljden till skyddstillsyn i fem fall, till villkorlig dom i tre fall, till villkorlig dom med samhällstjänst i ett fall och till böter i ett fall. Därtill meddelades tre strafförelägganden (två av dem avsåg villkorlig dom) och en straffvarning.

Vid grovt sexuellt utnyttjande av barn för sexuell posering finns en presumtion för fängelse som påföljd medan utrymmet för fängelse på grund av brottets art vid brott av normalgraden får anses klart begränsat (jfr NJA 2011 s. 386).

Vi har föreslagit att straffskalan för normalgraden ska höjas till fängelseminimum. Vi har inte föreslagit någon ändring av straffskalan för det grova brottet. Beträffande brott av normalgraden är vår bedömning att påföljden i de flesta fall, mot bakgrund av vad Högsta domstolen anförde i NJA 2011 s. 386, kommer bli frivår-

dande, normalt villkorlig dom med böter. Vi bedömer även att antalet övriga frivårdande påföljder kommer öka något.

Med hänvisning till det förslag vi lämnat i avsnitt 5 rörande distansbrotten och att gärningar som tidigare bedömts som utnyttjande av barn för sexuell posering nu kan bedömas som våldtäkt eller sexuellt övergrepp (eller motsvarande brott mot barn) bedömer vi att de sammantagna kostnaderna för Kriminalvården inte kommer att öka. Som vi har nämnt ovan kan vi dock inte kostnadsberäkna dessa fall eftersom vi inte har något sådant underlag.

Sexuellt ofredande

2019 bestämdes påföljden till fängelse i 27 fall för sexuellt ofredande. Samma år bestämdes påföljden till rättspsykiatrisk vård i fem fall, till skyddstillsyn i 45 fall, till villkorlig dom i 108 fall (varav 23 med samhällstjänst) och till bötesstraff i 322 fall. Därutöver meddelades 62 strafförelägganden varav nio avsåg villkorlig dom och resterande böter (53). Därtill bestämdes påföljden till ungdomsvård i 12 fall och till ungdomstjänst i 14 fall. Slutligen meddelades sju åtalsunderlåtelser och två straffvarningar. Det finns ingen statistik när det gäller hur många av lagföringarna som avsåg brott mot barn under femton år eller under 18 år. Enligt statistiken för anmälda brott avsåg dock cirka 30 procent av anmälningarna brott mot barn.

Sexuellt ofredande torde i allmänhet inte anses som ett artbrott, jfr RH 2018:21 (se avsnitt 8.14.2).

Vi har i denna del lämnat förslag på två ändringar. Dels att böter ska tas bort från straffskalan för sexuellt ofredande mot barn under 15 år, dels att det ska införas särskilda straffbestämmelser om grovt sexuellt ofredande och grovt sexuellt ofredande mot barn med ett minimistraff om fängelse sex månader. Våra bedömningar i fråga om sexuellt ofredande som inte är grovt mot den som fyllt 15 år kan däremot inte antas medföra några ekonomiska konsekvenser.

Under 2019 lagfördes alltså för sexuellt ofredande i 578 fall. Utifrån tillgänglig statistik går inte att avgöra hur många av dessa som avsåg brott mot barn under 15 år. Det kan dessutom antas att påföljderna även vid sexuellt ofredande mot barn som inte är grovt i allmänhet kommer att bestämmas till villkorlig dom och böter eftersom det inte heller i framtiden bör vara någon presumtion generellt

för fängelse. I och för sig torde någon gång en skyddstillsyn dömas ut. Vidare kan fängelse komma i fråga med hänsyn till den tilltalades tidigare brottslighet. Ett rimligt antagande är att de ökade kostnaderna för staten i denna del kommer att uppgå till 1 miljon kronor per år.

Det är även svårt att uppskatta hur många personer som kommer dömas för grovt sexuellt ofredande eller grovt sexuellt ofredande mot barn varje år. Vi uppskattar att det kommer meddelas tio domar per år. Även om brottet bör anses som ett artbrott, torde det dock inte vara helt uteslutet att i något fall bestämma påföljden till villkorlig dom med samhällstjänst. Till det kommer att av de som döms till fängelse skulle en del ha dömts till den påföljden redan i dag, men till ett lindrigare straff. Det är inte möjligt att beräkna konsekvenserna närmare än att, med utgångspunkt i minimistraflet sex månaders fängelse, de ökade kostnaderna för staten kan uppskattas till cirka 2,5 miljoner kronor per år.

Totalt kommer ändringarna av straffbestämmelsen att öka kostnaderna för staten med **3,5 miljoner kronor**.

Köp av sexuell tjänst

2019 bestämdes påföljden till fängelse för köp av sexuell tjänst i ett fall och till villkorlig dom (utan samhällstjänst) vid ett fall. Samma år dömdes 110 personer till bötesstraff av domstol. Det meddelades vidare 153 strafförelägganden och tre åtalsunderlåtelse.

I NJA 2001 s. 527 bestämde Högsta domstolen påföljden till 50 dagsböter, dvs. ett antal som översteg det lägsta som kunde dömas ut. I domskälen anförde Högsta domstolen att syftet med kriminaliseringen av brottet innebär att antalet dagsböter skulle bestämmas till ett antal som överstiger det lägsta antalet böter som kan dömas ut. Vidare menade domstolen att omständigheterna i det aktuella målet var ”typiska” för brottet, utan några särskilda försvårande eller förmildrande omständigheter.

Vårt förslag innebär att böter tas bort från straffskalan och att minimistraflet i stället ska vara fängelseminimum. Mot bakgrund av de ställningstaganden som Högsta domstolen gjorde i ovan nämnda rättsfall bedömer vi att straffvärdet i de allra flesta fall kommer vara fängelse en månad (dvs. något överstigande minimistraflet om fäng-

else 14 dagar). Köp av sexuell tjänst bör inte anses som ett artbrott vilket innebär att påföljden i de allra flesta fall kommer bestämmas till frivårdande påföljd, i regel villkorlig dom och böter. De som tidigare har gjort sig skyldiga till brott kan dock komma att dömas till fängelse eller skyddstillsyn. Vi har inte tillgång till det underlag i fråga om tidigare lagföring eller behov av skyddstillsyn som skulle krävas för en närmare kostnadsberäkning. Vår bedömning är dock att staten kommer ha en viss kostnadsökning varje år.

Därutöver vill vi lyfta frågan om måltillströmning till domstolarna med hänsyn till vårt förslag. Som vi redogjort för meddelade Åklagarmyndigheten 153 strafförelägganden för det här brottet 2019. Möjligheten för Åklagarmyndigheten att meddela strafföreläggande för brottet kvarstår med vårt förslag – under förutsättning att påföljden bestäms till villkorlig dom med böter (48 kap. 4 § andra stycket rättegångsbalken).

En förutsättning för att en åklagare ska kunna meddela strafföreläggande är att det *”är uppenbart att rätten skulle döma till sådan påföljd”*. Detta innebär att det inte får föreligga några tveksamheter beträffande skuldfrågan eller påföljdsvalet. Om det krävs personutredning för att bedöma lämplig påföljd bör saken prövas av domstol (se Madstedt, Rättegångsbalken [Karnov], kommentaren till 48 kap. 4 §). Påföljdsvalet ska vara helt förutsebart (se Fitger m.fl. Rättegångsbalken [JUNO] kommentaren till 48 kap. 4 § rättegångsbalken). Gärningsmannen måste även ha fyllt 18 år när brottet begicks.

Eftersom straffskalan – med vårt förslag – kommer skärpas kommer påföljdspraxis för brottet att ändras. Detta innebär att påföljden för köp av sexuell tjänst åtminstone inledningsvis inte kommer att kunna anses vara uppenbar. Innan domstolarna har utvecklat ny praxis kommer alltså Åklagarmyndigheten inte att meddela några strafförelägganden.

Vår bedömning är att domstolarna – under i vart fall en övergångsperiod – kommer att ha ökad måltillströmning av detta brott. Vi bedömer dock inte att denna omständighet kommer påverka domstolarna på ett märkbart sätt, främst eftersom det inte rör sig om mer än ett begränsat antal fall varje år. Vår bedömning är att de tillkommande kostnaderna ryms inom domstolarnas anslagsram.

Utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling

2019 bestämdes påföljden för utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling till fängelse i ett fall. Samma år bestämdes påföljden till skyddstillsyn i fem fall, till villkorlig dom med skyddstillsyn i fyra fall och till bötesstraff i två fall. Det bör anmärkas att statistiken utgår från 2019 men att böter togs bort ur straffskalan först den 1 januari 2020. Vi har alltså inget underlag rörande dagens straffskala.

Vårt förslag i den här delen innebär att minimistraffet höjs från fängelseminimum till fängelse sex månader. Därtill kommer ett mindre grovt brott, med fängelseminimum som minimumstraff, att införas. Som framgår av statistiken ovan sker få lagföringar varje år. Även om det tillkommer några domar på fängelse bedömer vi inte att de ökade kostnaderna kan beräknas särskilt.

Verkställighet av fängelsedom genom elektronisk övervakning (fotboja)

Vi har ovan angett att det 2017 var elva personer som dömts för sexualbrott som verkställde sin fängelsepåföljd genom elektronisk övervakning. Totalt bestämdes påföljden för sexualbrott till fängelse i 291 fall år 2017. Det innebär att knappt 4 procent avtjänade sitt fängelsestraff genom elektronisk övervakning.

Den som dömts till som mest sex månaders fängelse, får under vissa förhållanden verkställa straffet genom elektronisk övervakning. Den dömde måste ha någon form av sysselsättning och en godkänd bostad. Övriga myndiga i den dömdes bostad måste ge sitt samtycke till påföljden avtjänas genom elektronisk övervakning. Enligt våra beräkningar (jfr ovan för respektive brott) kommer det tillkomma runt 40 fängelsedomar per år om våra förslag genomförs. Vi bedömer att möjligheten att verkställa dessa fängelsestraff genom elektronisk övervakning främst kommer att avse domar på sexuellt ofredande mot barn och i något fall grovt sexuellt ofredande. Det är även möjligt att det tillkommer någon dom per år beträffande köp av sexuell tjänst och utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling. Med hänsyn till den begränsade andel fängelsestraff som verkställs genom elektronisk övervakning bedömer vi inte att den totala kostnaden för den verkställighetsformen kommer att öka på ett sätt som går att beräkna med våra förslag. Och omvänt kan vi inte heller

finna något stöd för att den möjligheten till verkställighet kommer att påverka våra bedömningar i fråga om ökade kostnader för fängelse annat än helt marginellt.

Kostnaden för rättsliga biträden

Eftersom våra förslag i princip inte innebär någon nykriminalisering och eftersom utredningarnas komplexitet inte kan bedömas öka, är vår bedömning att statens kostnader för offentliga försvarare och målsägandebiträden inte kommer att öka.

Sammanfattning

Det ska åter betonas att de nu redovisade beräkningarna bygger på relativt grova uppskattningar av konsekvenserna av våra förslag. Det är, som framhållits ovan, inte möjligt att med någon närmare exakthet förutse vilka konsekvenser förslagen kommer att få och beräkningen av konsekvenserna för Kriminalvården (se sammanställningen av våra beräkningar i tabellen nedan) bör därmed ses som en miniminivå för den kostnadsökning som kan förväntas och en indikation på den sammanlagda effekten av våra förslag. Det kan således – inte minst om man ser förslagen i ett större sammanhang – finnas behov av att följa upp konsekvenserna av förändringarna en tid efter genomförandet.

Tabell 11.1 Sammanställning av Kriminalvårdens ökade kostnader

Brott	Kriminalvårdens kostnadsökning per år
Våldtäkt	234,5 miljoner kr
Sexuellt övergrepp	4,84 miljoner kr
Våldtäkt mot barn	71,45 miljoner kr
Sexuellt övergrepp mot barn	9,26 miljoner kr
Poseringsbrott	0
Sexuellt ofredande	3,5 miljoner kr
Köp av sexuell tjänst	0
Köp av sexuell handling barn	0
Sammanlagt belopp	323,55 miljoner kr

Vi bedömer alltså att Kriminalvården kommer få ökade kostnader om drygt **323,5 miljoner kronor** per år om de förändringar vi föreslår genomförs. Vidare har vi bedömt att SiS kommer att få ökade kostnader om **16,7 miljoner kronor** per år.

11.4.3 Finansiering

En utredning som lämnar förslag som innebär en kostnadsökning eller en intäktsminskning för staten, kommuner eller regioner ska föreslå en finansiering i förslagen. Det ankommer alltså på oss att lämna förslag till finansiering av de kostnadsökningar som våra förslag kan antas leda till för staten.

Rättsväsendet i dess helhet får i dag betraktas som underfinansierat. Detta innebär att de förslag som vi föreslår inte kan finansieras inom ramen för befintliga resurser. Det är inte heller möjligt att finansiera förslagen genom att överföra medel till Kriminalvården från någon annan del av rättsväsendet. Ett genomförande av de förslag som vi har lämnat kräver därför att det skjuts till medel till Kriminalvården.

Enligt Kriminalvårdens årsredovisning för 2020 var beläggningen 2020 avsevärt högre jämfört med 2019. Ökningen uppgick till nästan sex procent. Av årsredovisningen framgår även att antalet ordinarie anstaltsplatser inte räckte till. För att lösa platsbristen öppnades därför drygt 300 nya beredskapsplatser i form av dubbelbeläggning.

Enligt uppgifter från Kriminalvården (kriminalvarden.se 2021-02-26) var beläggningsgraden på landets anstalter – inklusive beredskapsplatser – 97,53 procent den 18 januari 2021. Av Kriminalvårdens rapport ”KOS 2019 Kriminalvård och statistik” framgår det att beläggningen på anstalt ökade under både 2018 och 2019. Ökningen berodde både på ett ökat inflöde av fängelseklienter till Kriminalvården och på att strafftiderna blev längre.

Som vi redovisat ovan skulle vårt förslag ytterligare öka både Kriminalvårdens inflöde av fängelseklienter och längden på strafftiderna. Vår bedömning är, mot bakgrund av den redan höga beläggningsgraden, att det är tveksamt om Kriminalvården kan hantera den ökade beläggningsgrad som uppstår till följd av våra förslag. Det kan

emellertid inte ankomma på oss att beräkna kostnader för ytterligare anstaltsplatser.

11.4.4 Spårsäkring

Regionerna

Av utredningsdirektiven framgår att utredningen ska klargöra kostnadsansvaret för spårsäkringssatserna. Utredningen kommer i detta avsnitt att föreslå hur dessa ska finansieras. Finansiering ska ske i enlighet med finansieringsprincipen bl.a. att kommuner och regioner inte bör åläggas nya uppgifter utan att de samtidigt får möjlighet att finansiera dessa med annat än höjda skatter. Finansieringsprincipen tillämpas exempelvis då frivilliga uppgifter blir obligatoriska för kommunerna och regionerna, vilket är fallet med de förslag som lämnas i betänkandet.

Redan i dag utför hälso- och sjukvården spårsäkringar vid omhändertagandet av offer för sexuella övergrepp även om en polis-anmälan inte har gjorts av offret. Utredningen har försökt undersöka omfattningen av antalet spårsäkringar som utförs i dessa situationer genom att inhämta uppgifter från Polismyndigheten (NFC), Nordkrim AB, NCK, SKR samt genom kontakt med representanter för flera hälso- och sjukvårdsverksamheter. Samtliga aktörer har uppgett att sådana siffror antingen inte går eller är mycket svåra att ta fram. Vissa uppgifter går att hitta i Socialstyrelsens rapport. De uppgifter som utredningen har erhållit är att det under 2019 beställdes totalt 3 753 spårsäkringssatser från Nordkrim AB (3 086 av Polismyndigheten och 667 av sjukvården). Under 2020 beställdes det totalt 3 909 spårsäkringssatser från Nordkrim AB (3 199 av Polismyndigheten och 690 av sjukvården). Av samtliga spårsäkringssatser används dessa till undersökningar av män, kvinnor, barn, avlidna och gärningsmän. Spårsäkringssatserna används även i utbildningssyfte och vissa av dem kasseras eftersom utgångstiden passerat. Enligt NFC utfördes cirka 1 300 analyser under 2019 med anledning av sexualbrott och cirka 80 procent av dessa utgjorde prover från spårsäkringssatser. Kostnaden för en spårsäkringssats är i dag 498 kronor per låda. Vid utredningens kontakter med representanter från flera hälso- och sjukvårdsverksamheter och av Socialstyrelsens rapport har det framförts olika siffror över andelen patienter som genomgår en spårsäkring

utan en föregående polisanmälan. Det utredningen kan konstatera är dock att denna andel i genomsnitt inte är högre än mellan 40 och 50 procent. Även om denna siffra är mycket osäker så har utredningen inga andra siffror att utgå ifrån vid kostnadsberäkningarna. Vid beräkningarna har beloppen avrundats. Utredningen uppskattar att det totala antalet spårsäkringar som genomförs på hälso- och sjukvårdens initiativ utan en föregående polisanmälan är ungefär 1 800 stycken per år. Eftersom priset för en spårsäkringssats är 498 kronor blir detta en kostnad på cirka 900 000 kronor per år.

När det kommer till kostnaden för personal som utför spårsäkringar har utredningen erhållit information från representanter från hälso- och sjukvårdsverksamheter att hälso- och sjukvårdens omhändertagande av ett offer för sexuella övergrepp tar cirka två timmar totalt. Utredningen konstaterar att eftersom spårsäkringen utförs i samband med hälso- och sjukvårdens övriga omhändertagande är det inte självklart att spårsäkringen innebär att omhändertagandet tar längre tid eller i vart fall inte mer än något längre tid. Således bedömer utredningen att personalkostnaderna i samband med hälso- och sjukvårdens spårsäkring kan vara liten i förhållande till det fullständiga omhändertagandet av ett sexualbrottsoffer och kostnaderna inte går att kostnadsberäkna särskilt. Andra kostnader som inte heller går att kostnadsberäkna särskilt är eventuella kostnader för administration.

Slutligen finns det ytterligare kostnader som regionerna har eller kan ha med anledningen av spårsäkringen och det är kostnader för förvaring. När det kommer till lokalbehovet kan utredningen inledningsvis konstatera dessa inte går att se över. I övrigt innebär förvaringen att det torra materialet läggs i en hylla och blod- och urinprov läggs i kylskåp. Av uppgifter på NCK:s hemsida framgår att 200 spårsäkringssatser kräver 12 hyllmeter och att 100 spårsäkringssatser kräver 6 hyllmeter. För 1 800 spårsäkringssatser innebär detta 108 hyllmeter. Utifrån kontakter med representanter från hälso- och sjukvårdsverksamheter har en uppgift erhållits om att i vart fall blod- och urinprov från cirka 50 spårsäkringssatser får plats i ett mellanstort kylskåp. Utredningens förslag är att regionerna ska åläggas en skyldighet att spara fynden från en spårsäkring i två år. Således beräknar utredningen att förvaringsutrymmet måste räcka till att fynden från en spårsäkring ska kunna sparas hos hälso- och sjukvården under två års tid. Enligt våra beräkningar landar utgifterna för förvaring utifrån redogjorda utgångspunkter på cirka 360 000 kronor.

Utifrån de uppgifter som vi har fått fram bör regionerna enligt våra beräkningar kompenseras med 1 260 000 kronor, varav 360 000 kronor är ett engångsbelopp och därefter blir summan 900 000 kronor årligen. Dessa belopp avser dock det som vi faktiskt har kunnat räkna fram utifrån de uppgifter som utredningen har erhållit. Det är däremot inte uteslutet att kostnader för sådant som vi konstaterat har varit svårt att räkna fram eller som vi inte alls har kunnat kostnadsberäkna kan tillkomma, såsom exempelvis kostnader för lokalbehov eller administration utöver det som regionen redan har till följd av spårsäkringar. För att ta höjd för sådana kostnader anser vi att det årliga beloppet bör bestämmas till som mest 2 miljoner kronor.

Således bör regionerna från staten kompenseras enligt den kommunala finansieringsprincipen med detta belopp årligen för att täcka kostnaderna för de obligatoriska uppgifter som spårsäkringen kommer att innebära för regionerna. Konsekvensen av förslagen blir däremot att kostnadsansvaret hamnar på regionerna i stället för på Polismyndigheten. För Polismyndigheten innebär detta att myndigheten inte längre behöver tillhandahålla cirka 1 100 stycken spårsäkringssatser åt hälso- och sjukvården, vilket motsvarar en minskad kostnad om cirka 550 000 kronor. Resterande spårsäkringssatser som enligt utredningen årligen införskaffas har sjukvården införskaffat på egen hand. År 1 ska regionerna således kompenseras med som mest 2 360 000 kronor och år 2 och fortsättningsvis ska regionerna kompenseras med 2 miljoner kronor per år.

Inspektionen för vård och omsorg

Genom vårt förslag blir det tydligt att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har ett tillsynsansvar över hälso- och sjukvårdens spårsäkringar. Det har enligt uppgift från representanter på IVO inte gått att hitta beslut som har gällt klagomål mot hälso- och sjukvården eller dess personal i en spårsäkringssituation och det har inte heller gjorts någon tillsyn över hälso- och sjukvårdens omhändertagande av ett sexualbrottsoffer eller spårsäkring. Enligt uppgifter från representanter för hälso- och sjukvårdsverksamheter har det inte anmälts en vårdskada med anledning av ett omhändertagande av ett sexualbrottsoffer eller vid en spårsäkring. Spårsäkringar har utförts av hälso- och sjukvårdsverksamheter under flera års tid. Sedan

i mitten på 1990-talet har det funnits spårsäkringssatser och enligt uppgift från Nordkrim AB levererades 527 spårsäkringssatser år 1997 och därefter mellan 991 och 1 293 spårsäkringssatser per år fram till år 2004. Från och med år 2005 har antalet levererade spårsäkringssatser i stort gradvis ökat varje år. NCK:s handbok redovisades till regeringen i februari 2008 i syfte att ge sexualbrottsoffer ett professionellt omhändertagande över hela landet. Sammanfattningsvis bedömer vi därmed att antalet klagomålsärenden uppskattas till som mest något enstaka per år. Kostnaderna för att det blir tydligt att IVO får ett tillsynsansvar över hälso- och sjukvårdens spårsäkring beräknas således vara mycket liten och bedöms rymmas inom ramen för avsatta medel för IVO.

Socialstyrelsen

Myndigheten kommer eventuellt att behöva se över sina föreskrifter för hälso- och sjukvården till följd av nuvarande regleringsförslag och även eventuellt att behöva upprätta nya föreskrifter om spårsäkring. Om myndigheten tilldelas uppdrag att upprätta nödvändiga föreskrifter i relevanta delar kommer förslagen att innebära kostnadsökningar för myndigheten. Huruvida ett sådant uppdrag bör ges måste dock ytterst bli en fråga för regeringen.

Polismyndigheten

Förslagen i betänkandet bedöms inte få några större ekonomiska konsekvenser för myndigheten. Även om antalet anmälda sexualbrott skulle öka något bedöms det dock kunna hanteras inom myndighetens anslagsram.

Integritetskyddsmyndigheten

Enligt uppgift från representanter för Integritetskyddsmyndigheten finns det inga tillsynsbeslut som avser personuppgiftsbehandling i samband med hälso- och sjukvårdens omhändertagande av ett sexualbrottsoffer eller spårsäkring och någon generell tillsyn har inte heller utförts. Kostnaderna för Integritetskyddsmyndighetens till-

syn för spårsäkring beräknas således vara mycket liten och bedöms rymmas inom ramen för avsatta medel för myndigheten.

Domstolarna

Förslagen i betänkandet bedöms inte få några större konsekvenser för vare sig allmänna domstolar eller allmänna förvaltningsdomstolar. Förslaget om att spårsäkringsverksamheten ska omfattas av PSL innebär att IVO:s tillsynsbeslut samt HSAN:s beslut kommer att kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Såsom konstaterats ovan finns det inga beslut från IVO som har gällt klagomål mot hälso- och sjukvården eller dess personal i en spårsäkringssituation och IVO har inte utfört någon tillsyn avseende hälso- och sjukvårdsverksamhetens omhändertagande av offer för sexualbrott. Således är det inte troligt att det framöver blir mer än endast ett fåtal beslut från IVO som överklagas. Detta innebär att domstolarna inte kommer att få något stort antal nya ärenden att handlägga. Vad gäller överklagande av beslut om återkallelse av legitimation etc. som beslutas av HSAN innebär förslaget inga nämnvärda konsekvenser eftersom legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal redan i dag omfattas av HSAN:s prövning.

I likhet med resonemanget ovan för Polismyndigheten bedöms förslaget inte innebära något stort antal nya brottmål för tingsrätterna att hantera och dessa bör kunna hanteras inom nuvarande anslagsram.

Sammanfattningsvis är vår bedömning att våra förslag inte kommer att påverka domstolarnas verksamhet i någon nämnvärd utsträckning.

11.5 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

En grundtanke bakom att kriminalisera ett visst beteende är att kriminaliseringen ska påverka människor på sådant sätt att de inte begår brott, dvs. att den ska ha en allmänpreventiv verkan. Allmänpreventionen sägs verka genom avskräckning och genom moralbildning eller moralförstärkning.

Generellt är det dock svårt att härleda effekter av detta slag till en specifik lagändring, eftersom det kan finnas andra förändringar i samhället som kan påverka brottsutvecklingen. Därtill kommer att det just bland sexualbrottsligheten antas finnas ett stort mörkertal beträffande faktisk brottslighet jämfört med den som kommer till myndigheternas kännedom.

Våra förslag innebär inga nykriminaliseringar. Även om förhoppningen är att särskilt våra förslag i fråga om distansbrotten kan bidra till att minska brottsligheten, vågar vi inte säga att så verkligen blir fallet.

Vår bedömning är att förslagen om distansbrotten inledningsvis kommer att leda till att fler sexualbrott anmäls till Polismyndigheten. Det är emellertid inte troligt att en sådan höjning i så fall beror på att brottsligheten som sådan har ökat. I stället finns det anledning att anta att den debatt som kan komma att uppstå i samhället till följd av förslagen kommer leda till att fler rapporterar övergrepp, vilket då snarast innebär att mörkertalet minskar.

När det gäller straffskärpningen för köp av sexuell tjänst, är det inte helt utesluten att den i något fall kan verka brottsavhållande. Men vid den brottstypen kan det antas att upptäcktsrisken har betydligt större påverkan på brottsligheten än straffnivån i och för sig.

11.6 Jämställdhet

Statistik

Enligt Brås officiella kriminalstatistik för 2019 begicks 90 procent av alla anmälda sexualbrott mot kvinnor eller flickor och således 10 procent mot män eller pojkar. När det kommer till brottet våldtäkt (samtliga våldtäktsbrott) begicks 93 procent av alla anmälda brott mot kvinnor eller flickor och 7 procent mot män eller pojkar.⁸ Av det totala antalet personer som åtalades för sexualbrott var 2 procent av dessa kvinnor och 98 procent män.⁹ Av antalet dömda för sexualbrott var 99 procent av dessa män och 1 procent kvinnor.¹⁰

⁸ Brås officiella kriminalstatistik, tabell 100. Anmälda brott, 2019.

⁹ Brås officiella kriminalstatistik, tabell 230. Personer misstänkta för brott, totalt och därav med lagföringsbeslut, efter kön och brottstyp, 2019.

¹⁰ Brås officiella kriminalstatistik, tabell 490. Lagföringsbeslut efter huvudbrott, den lagförda personens kön, ungdomar (15–20 år) och utvisningsbeslut i domslut, 2019.

Sexualbrottslagstiftning

Av regeringens jämställdhetsmål framgår att målet för jämställdhetspolitiken är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Den sjätte punkten i jämställdhetsmålet är att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. Kvinnor och män, flickor och pojkar, ska ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet. En självklar del i detta är att bekämpa sexuellt våld.

När det gäller jämställdheten mellan kvinnor och män kan det framhållas att straffrättslig lagstiftning är neutral när skyddsintresset för varje straffbestämmelse bestäms och det gäller också de förslag som har lagts fram genom denna utredning.

Samtidigt visar den statistik vi redogjort för att kvinnor i den stora majoriteten av alla ärenden är offer medan de som misstänks för sexualbrott i de allra flesta fall är män (jfr ovan). De förslag som vi har lagt fram syftar till att förstärka och tydliggöra varje människas absoluta rätt till personlig och sexuell integritet och sexuell självbestämmande. I den mån de av oss föreslagna åtgärderna kan ha en allmänpreventiv effekt eller förbättra möjligheterna till lagföring av begångna sexualbrott är det vår bedömning att detta även bidrar till att förbättra jämställdheten mellan kvinnor och män. Vår förhoppning är också att våra förslag kan bidra till att det sexuella våldet i samhället minskar.

En annan aspekt på jämställdhet är att alla personer i samhället erhåller samma rättsliga skydd. Som statistiken ovan visar är kvinnor offer i de allra flesta sexualbrotten. Det förekommer dock att sexualbrott riktas mot män och mot hbtqi-personer. Mörkertalet bedöms vara stort vad gäller dessa grupper.

Vi bedömer att det förslag vi presenterat i avsnitt 4, som innebär att vi i lagtext anger att orala och anala samlag är att jämställa med vaginala samlag, gör lagstiftningen mer könsneutral. Vi bedömer att lagstiftningen på så sätt blir mer inkluderande ur ett brottsofferperspektiv.

Vad vi nu anfört är inte avsett att förringa det faktum att merparten av de som utsätts för sexualbrott är kvinnor eller att män i de allra flesta fallen är förövare. Sammantaget är det vår bedömning att flera av förslagen kan påverka jämställdheten mellan kvinnor och män och även i övrigt kan bidra till en bättre uppfyllelse av regeringens jämställdhetsmål.

Spårsäkring

Ett av syftena med utredningens förslag är att hälso- och sjukvårdens spårsäkringar ska ges förutsättning att bli mer rättssäkra, jämlika och enhetliga över hela landet oavsett sexualbrottsoffrets kön, könsidentitet eller könsuttryck. Även om det finns ett mörkertal när det kommer till hur många sexualbrott som faktiskt begås mot kvinnor och mot män talar den ovan nämnda statistiken för att de flesta sexualbrott begås mot kvinnor. Vid utredningens kontakter med representanter från hälso- och sjukvården har också framkommit att majoriteten av patienter som genomgår spårsäkringar är kvinnor. Således kan den föreslagna regleringen innebära positiva effekter för fler kvinnor än män. I Socialstyrelsens rapport och vid utredningens kontakter med företrädare för olika aktörer har framförts att det framför allt är hälso- och sjukvårdens spårsäkringar av män och hbtqi-personer som är eftersatt och att kompetensen att spårsäkra män och hbtqi-personer är lägre än för kvinnor. Det är således viktigt att spårsäkringarna följs upp av vården i syfte att höja kompetensen vid dessa undersökningar. Genom att ansvaret för hälso- och sjukvårdens spårsäkringar och tillämplig lagstiftning vid dessa tydliggörs ökar förutsägbarheten och rättssäkerheten generellt ur ett jämställdhetsperspektiv för samtliga patienter.

11.7 Konsekvenser för barn

I förarbetena till lagen om att barnkonventionen inkorporeras i svensk lagstiftning framhålls att konventionen bör synliggöras i förarbeten till lagstiftning där konventionen kan vara relevant.¹¹ I artikel 3 i konventionen fastslås att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ.

Genom att ansvaret för hälso- och sjukvårdens spårsäkringar och tillämplig lagstiftning vid dessa tydliggörs ges förutsättningar att även den rättsliga ställningen för barn som utsätts för sexualbrott förstärks. Barnets rätt att komma till tals enligt barnkonventionens artikel 12 kommer att förstärkas genom förslaget om att barnets

¹¹ Lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter och prop. 2017/18:186, *Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter*, s. 92 f.

inställning till spårsäkringen så långt som möjligt ska klarläggas samt att barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Artikel 13 slår fast att barnet har rätt till yttrandefrihet, vilket även det kommer att förstärkas genom förslagen.

När det kommer till att barnets personuppgifter behandlas ska det ske med beaktande bl.a. av bestämmelsen om föräldrars ledning i artikel 5 i barnkonventionen. Bestämmelsen ger föräldrar och andra vårdnadshavare rättigheter och skyldigheter att ge barnet lämplig ledning och råd vid utövandet av barnets rättigheter. Vägledning ska ges på ett sätt som överensstämmer med barnets fortlöpande utveckling. Barnet ska alltså med stigande ålder få större möjlighet att själv styra över på vilket sätt det vill ta vara på sina rättigheter. Eftersom barnet är en person som håller på att utvecklas fysiskt och psykiskt, måste utövandet av barnets rättigheter anpassas till dess utvecklingsnivå. Det måste alltså göras en avvägning mellan barnets behov av skydd och dess rätt till informationsfrihet. Ju äldre barnet blir, desto mindre blir dess behov av skydd och desto större tyngd ska tillmätas rätten till yttrande- och informationsfrihet. Detta är således något som bör beaktas vid spårsäkring som avser barn. Vid spårsäkring bör också hänsyn tas till barnets rätt till integritet. Artikel 16 stadgar att inget barn får utsättas för godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt privat- eller familjeliv, sitt hem eller sin korrespondens och inte heller för olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende. Detta måste respekteras av alla. Barnets rätt till integritet måste således balanseras mot föräldrarnas skyldighet och rättighet att genom insyn i barnets förehavanden tillvarata barnets intressen och se till barnets bästa. Genom våra förslag om personuppgiftsbehandling och samtycke bedömer vi att barnets rätt till integritet stärks.

Även barnets rätt till skydd mot våld, övergrepp, vanvård och sexuellt utnyttjande enligt artikel 19 i barnkonventionen kommer att förstärkas genom flera av utredningens förslag. Ett flertal av de förslag vi lämnat i BrB påverkar barns och ungdomars rättigheter. Eftersom det främst är barn och ungdomar som utsätts för distansbrotten (jfr avsnitt 5) är det främst de som får ett utökat skydd. Genom de ändringar vi föreslagit bedömer vi att fler gärningar kommer rubriceras allvarligare. Förslagen markerar även på ett tydligt sätt att det är lika kränkande och allvarligt att sexuellt utnyttja

en annan person på distans som det är att göra det i det verkliga livet. Därtill påverkas barn under 15 år av att vi föreslår ett sexuellt ofredande mot barn. Därigenom markeras ytterligare den särställning som barn har och vikten av att skydda dem från att utsättas för sexuella övergrepp.

11.8 Konsekvenser för företag

Eftersom utredningen föreslår att spårsäkring inte ska få utföras av privata vård- och omsorgsgivare genom avtal med regionen innebär förslagen inga direkta konsekvenser för företagen.

11.9 Övriga konsekvenser

Enligt 15 § kommittéförordningen samt 6 och 7 §§ förordningen om konsekvensutredning vid regelgivning finns krav på att ett betänkande ska innehålla beskrivningar av andra betydande konsekvenser av de förslag som läggs fram. Vi bedömer inte att våra förslag får några sådana konsekvenser som anges i 15 § kommittéförordningen eller några andra konsekvenser som vi annars skulle beskriva.

12 Författningskommentar

12.1 Förslaget till lag om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott

Lagens innehåll och tillämpningsområde

1 §

Denna lag innehåller bestämmelser om spårsäkring som utförs av hälso- och sjukvården med anledning av att en person har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott.

Bestämmelserna i lagen, förutom 3 och 4 §§, ska även tillämpas vid spårsäkring som utförs enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen (2010:659) efter ett sexualbrott.

Med spårsäkring avses enligt denna lag de åtgärder som vidtas och de prover som tas av hälso- och sjukvårdspersonal i samband med undersökningar av en person som har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott i syfte att säkra spår från förövare som kan komma att användas i en rättsprocess.

Den spårsäkring som avses enligt denna lag utgör inte hälso- och sjukvård i den mening som avses i 2 kap. 1 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

I paragrafen anges lagens innehåll och tillämpningsområde.

Av första stycket framgår att lagen innehåller bestämmelser om spårsäkring som utförs av hälso- och sjukvården med anledning av att en person har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott.

Andra stycket anger att bestämmelserna i lagen, förutom 3 och 4 §§, även ska tillämpas vid den spårsäkring som utförs enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen efter ett sexualbrott. Syftet med detta är att relevanta hälso- och sjukvårdsregler görs tillämpliga även vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott enligt 6 kap. 9 §

patientsäkerhetslagen så att det skyddsnät av föreskrifter som finns inom hälso- och sjukvården också tillämpas vid dessa undersökningar. Syftet är också att all spårsäkring som utförs av hälso- och sjukvården, dvs. oavsett om brottsoffret har gjort en polisanmälan eller inte i samband mer eller i nära anslutning till övergreppet, ges förutsättning att bli så likvärdig som möjlig.

Tredje stycket anger en definition av begreppet spårsäkring.

Fjärde stycket anges att den spårsäkring som avses enligt lagen inte utgör hälso- och sjukvård i den mening som avses i hälso- och sjukvårdslagen. Med hälso- och sjukvård enligt 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. Även om spårsäkring utförs av en legitimerad läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal hos en vårdgivare är syftet inte att behandla sjukdomar och skador. Syftet med en spårsäkring är i stället att säkra spår efter ett sexualbrott från förövare som kan komma att användas i en rättsprocess. Av bestämmelsen i fjärde stycket följer uttryckligen att den lagreglering som gäller för hälso- och sjukvårdsområdet därmed inte är direkt tillämplig.

Övervägandena finns i avsnitt 9.10.1 och 9.10.2.

Förhållandet till annan lag

2 §

I patientskadelagen (1996:799), patientdatalagen (2008:355) och patientsäkerhetslagen (2010:659) finns ytterligare bestämmelser som är tillämpliga på spårsäkring som omfattas av denna lag.

I paragrafen anges att patientskadelagen, patientdatalagen och patientsäkerhetslagen gäller vid tillämpningen av den föreslagna lagen. Patientskadelagen, patientdatalagen och patientsäkerhetslagen har även gjorts tillämpliga vid spårsäkring genom att det i respektive lags definition av uttrycket hälso- och sjukvård har gjorts ett tillägg som anger att även verksamhet som omfattas av den här lagen är att anse som hälso- och sjukvård. Uttrycket hälso- och sjukvård är centralt för dessa lagars tillämplighet genom att det av patientskadelagen framgår att den lagen endast gäller skador som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige, att det i patientdatalagen framgår att

lagen tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården och att patientsäkerhetslagens syfte är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och därmed jämförlig verksamhet. I och med ändringen i respektive lags definition av uttrycket hälso- och sjukvård kommer spårsäkring att utgöra hälso- och sjukvård enligt dessa lagar och dessa lagar blir också tillämpliga vid sådana undersökningar.

Övervägandena finns i avsnitt 9.10.1 och 9.10.5.

Regionens ansvar

3 §

Regionen ansvarar för att erbjuda en person som har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott spårsäkring.

Spårsäkring får endast utföras av regionen inom ramen för deras hälso- och sjukvårdsverksamhet och uppgiften får inte överlämnas till privata aktörer.

Det som sägs om regionen i denna lag gäller även en kommun som inte ingår i en region.

I *första stycket* anges att regionen ansvarar för att erbjuda personer som har utsatts för eller kan ha utsatts för sexualbrott spårsäkring. Inom detta ansvar ligger även en skyldighet att se till att spårsäkringen faktiskt utförs. Detta uttryckliga ansvar för regionen innebär att regionen är att betrakta som huvudman för hälso- och sjukvårdens spårsäkring som inte utförs enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen efter ett sexualbrott.

Av *andra stycket* framgår att regionen inte får överlämna uppgiften att spårsäkra till privata aktörer. När hälso- och sjukvården utför spårsäkring är det inte fråga om myndighetsutövning. En region hade således kunnat upphandla en privat aktör för att utföra spårsäkringar i enlighet med 12 kap. 4 § regeringsformen och 3 kap. 12 § kommunallagen. För att den spårsäkring som utförs enligt den föreslagna lagen ska vara likvärdig den som utförs på begäran av brottsutredande myndigheter enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen och inte ska utföras av olika aktörer ska spårsäkring endast utföras inom regionen inom ramen för deras hälso- och sjukvårdsverksam-

het. Regionen har därför inte rätt att överlämna utförandet av denna uppgift till privata utförare.

I *tredje stycket* anges att det som i lagen sägs om en region även gäller en kommun som inte ingår i en region. Detta gäller Gotlands kommun.

Övervägandena finns i avsnitt 9.10.3 och 9.10.4.

4 §

Regionen är skyldig att spara proverna och fynden från en spårsäkring i två år om de inte dessförinnan lämnats ut till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet.

Paragrafen anger att regionen utöver skyldigheten att erbjuda sexualbrottsoffer spårsäkring även ansvarar för att spara proverna och fynden från en spårsäkring i två år om de inte dessförinnan lämnats ut till brottsutredande myndigheter. Gränsen om två år ska ses som en nedre gräns och det finns inget som hindrar hälso- och sjukvården från att spara spårsäkringssatserna under längre tid.

Övervägandena finns i avsnitt 9.10.4.

Information

5 §

En person som har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott ska ges information om samtycke till spårsäkring och om utlämnande enligt 6 och 7 §§ innan en spårsäkring utförs. Information ska även lämnas om att proverna och fynden från spårsäkringen sparas hos hälso- och sjukvården i två år om de inte dessförinnan lämnats ut till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet efter polisanmälan.

I paragrafen anges att en person som har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott ska informeras om vad en spårsäkring är och under vilka förutsättningar samtycke enligt 6 och 7 §§ krävs. Syftet med bestämmelsen är att en person som har blivit utsatt för ett sexuellt övergrepp och uppsöker vården behöver information om vad en spårsäkring innebär och dess syfte för att bl.a. kunna fatta

beslut i fråga om hon eller han vill genomgå den läkarundersökning som krävs för att kunna utföra denna. Sexualbrottsoffret ska kunna ta ställning till om hon eller han vill att en fullständig undersökning genomförs eller att endast vissa delar av denna utförs eftersom det inte är säkert att brottsoffer känner till detta. Eftersom spårsäkring utförs inom hälso- och sjukvården är det hälso- och sjukvårdspersonal som bör lämna informationen. Lämnas information till brottsoffret från hälso- och sjukvårdspersonal enligt 6 § lagen om rättsintyg i anledning av brott bör information samtidigt kunna lämnas enligt bestämmelsen i lagen. Information ska även lämnas om att fynden från spårsäkringen sparas hos hälso- och sjukvården i två år om inte fynden dessförinnan lämnats ut till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet efter polisanmälan.

Övervägandena finns i avsnitt 9.10.6.

Samtycke

6 §

En spårsäkring får inte utföras utan samtycke från personen som har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott och utan att information har lämnats enligt 5 §. Att ett samtycke till samtliga eller till vissa åtgärder vid en spårsäkring har lämnats ska dokumenteras i den journal som förs enligt patientdatalagen (2008:355).

Avser spårsäkringen ett barn ska barnets inställning till spårsäkringen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

Paragrafen innehåller bestämmelser om samtycke till spårsäkring.

Av första stycket framgår att en spårsäkring inte får utföras utan samtycke från personen som har utsatts för eller kan ha utsatts för ett sexualbrott och utan att information enligt 5 § i lagen har lämnats den enskilde. Har samtycke lämnats av den enskilde att genomgå en spårsäkring bör samtycket även inbegripa att spårsäkringssatsen ska sparas hos hälso- och sjukvården under hela den föreskrivna tiden om två år eller fram till att spårsäkringssatsen lämnas över till brottsutredande myndigheter. Samtycket ska även dokumenteras i den journal som förs enligt patientdatalagen.

I *andra stycket* anges att avser spårsäkringen ett barn ska barnets inställning till spårsäkringen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Syftet med regleringen är att förstärka den rättsliga ställningen för barn som utsätts för sexualbrott. Den rättsliga utgångspunkten är att det är den som har vårdnaden om ett barn som ansvarar för barnets personliga förhållanden och som enligt 6 kap. 1 och 2 §§ föräldrabalken ska se till att barnets behov av omvårdnad blir tillgodosett. Om barnet har två vårdnadshavare ska dessa utöva sina rättigheter och skyldigheter i förhållande till barnet tillsammans (6 kap. 11 § och 13 § första stycket föräldrabalken). I vissa situationer kan en vårdnadshavare bestämma ensam. Det är bl.a. principen i 6 kap. 11 § föräldrabalken om att det ankommer på vårdnadshavaren att i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål, som kommer till uttryck i *andra stycket* i paragrafen.

Övervägandena finns i avsnitt 9.10.7.

Utlämnande av proverna och fynden från en spårsäkring

7 §

Proverna och fynden från en spårsäkring får inte lämnas ut av hälso- och sjukvården utan den enskildes samtycke till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet, om inte något annat följer av andra stycket.

Proverna och fynden från en spårsäkring som avser en målsägande ska dock på begäran lämnas ut till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet utan den enskildes samtycke efter att en polisanmälan om brott har gjorts

1. vid misstanke om brott enligt 6 kap. brottsbalken för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i ett år eller försök till brott för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år, eller

2 vid misstanke om brott enligt 6 kap. brottsbalken mot någon som inte har fyllt arton år.

I paragrafen anges under vilka förutsättningar en spårsäkringssats får lämnas ut av hälso- och sjukvården till Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet. Lagen ger inte hälso- och sjukvården rätt att i något annat fall lämna ut spårsäkringssatsen.

Första stycket anger att det som huvudregel krävs samtycke från den enskilde för att spårsäkringssatsen ska få lämnas ut av hälso- och sjukvården.

Från huvudregeln i första stycket föreskrivs i *andra stycket* två undantag. Dessa gäller endast i de fall spårsäkringssatsen begärs ut på begäran av Polismyndigheten eller en åklagarmyndighet efter att en polisanmälan om sexualbrott har gjorts. Det kan inte uteslutas att åklagare vid annan myndighet såsom Ekobrottsmyndigheten i något fall kan ha anledning att begära ut en spårsäkringssats. Det valda uttrycket ”en åklagarmyndighet” möjliggör utlämnande även i sådant fall.

De situationer som åsyftas i första punkten är vid misstanke om sexualbrott av allvarigare beskaffenhet och enligt andra punkten vid vissa brott mot underåriga. Vid exempelvis våldtäkt fordras inte samtycke från målsäganden för att en spårsäkringssats ska lämnas ut från hälso- och sjukvården till brottsutredande myndigheter. Vidare fordras inte samtycke vid misstanke om brott enligt 6 kap. som inte har fyllt 18 år.

Övervägandena finns i avsnitt 9.10.9.

Tillsyn

8 §

I patientsäkerhetslagen (2010:659) finns bestämmelser om att verksamhet som avser spårsäkring samt dess personal står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg.

I paragrafen upplyses om att det i patientsäkerhetslagen finns bestämmelser om att Inspektionen för vård och omsorg utövar tillsyn över verksamhet som avser spårsäkring samt dess personal som omfattas av lagen. Enligt 7 kap. 4 § patientsäkerhetslagen ska Inspektionen för vård och omsorg inom ramen för sin tillsyn lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälpas, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen, och informera och ge råd till allmänheten. Inspektionen

för vård och omsorg kan förelägga vårdgivaren att fullgöra sina skyldigheter samt i vissa fall besluta att helt eller delvis förbjuda verksamheten (7 kap. 23–28 §§ patientsäkerhetslagen).

Övervägandena finns i avsnitt 9.10.11.

Bemyndiganden

9 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om spårsäkring.

Enligt paragrafen får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela ytterligare föreskrifter om spårsäkring. Det kan t.ex. vara fråga om i vilket skede en spårsäkring ska erbjudas, om krav ska ställas på viss kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonalen för att få utföra spårsäkring eller delar av spårsäkringen efter sexualbrott, på vilket sätt spårsäkringssatser bör förvaras hos hälso- och sjukvården samt andra frågor som avser spårsäkring. Bemyndigandet är formulerat som ett generellt och brett bemyndigande i syfte att kunna uppnå en övergripande reglering av hälso- och sjukvårdens spårsäkring.

Övervägandena finns i avsnitt 9.10.12.

12.2 Förslaget till lag om ändring i rättegångsbalken (1942:740)

27 kap. Om beslag och hemliga tvångsmedel

20 d §

Med hemlig rumsavlyssning avses avlyssning eller upptagning som

1. görs i hemlighet och med ett tekniskt hjälpmedel som är avsett att återge ljud, och

2. avser tal i enrum, samtal mellan andra eller förhandlingar vid sammanträden eller andra sammankomster som allmänheten inte har tillträde till.

Hemlig rumsavlyssning får användas vid en förundersökning om

1. brott för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i fyra år,

2. spioneri enligt 19 kap. 5 § brottsbalken,

3. brott som avses i 26 § lagen (2018:558) om företagshemligheter, om det finns anledning att anta att gärningen har begåtts på uppdrag av eller har understötts av en främmande makt eller av någon som har agerat för en främmande makts räkning och det kan antas att brottet inte leder till endast böter,

4. annat brott om det med hänsyn till omständigheterna kan antas att brottets straffvärde överstiger fängelse i fyra år och det är fråga om

a) människohandel enligt 4 kap. 1 a § brottsbalken,

b) grov människoexploatering enligt 4 kap. 1 b § tredje stycket brottsbalken,

c) våldtäkt enligt 6 kap. 1 § första stycket brottsbalken,

d) grovt sexuellt övergrepp enligt 6 kap. 2 § tredje stycket brottsbalken,

e) våldtäkt mot barn enligt 6 kap. 4 § första eller andra stycket brottsbalken,

f) grovt sexuellt övergrepp mot barn enligt 6 kap. 6 § tredje stycket brottsbalken,

g) grovt utnyttjande av barn för sexuell posering enligt 6 kap. 8 § tredje stycket brottsbalken,

h) grovt koppleri enligt 6 kap. 12 § tredje stycket brottsbalken,

i) grov utpressning enligt 9 kap. 4 § andra stycket brottsbalken,

j) grovt barnpornografibrott enligt 16 kap. 10 a § sjätte stycket brottsbalken,

k) grovt övergrepp i rättssak enligt 17 kap. 10 § tredje stycket brottsbalken,

l) grovt narkotikabrott enligt 3 § narkotikastrafflagen (1968:64), eller

m) grov narkotikasmuggling enligt 6 § tredje stycket lagen (2000:1225) om straff för smuggling

5. försök, förberedelse eller stämpling till brott som avses i 1–3, om en sådan gärning är belagd med straff,

6. försök, förberedelse eller stämpling till brott som avses i 4, om en sådan gärning är belagd med straff och det med hänsyn till omständigheterna kan antas att gärningens straffvärde överstiger fängelse i fyra år.

Ändringarna i andra stycket 4 d och f i paragrafen är föranledda av att den särskilda straffskalan för grovt sexuellt övergrepp i 6 kap. 2 § och för grovt sexuellt övergrepp mot barn i 6 kap. 6 § BrB har flyttats från andra stycket till tredje stycket i respektive straffbestämmelse. Ändringarna påverkar inte bestämmelsens tillämpningsområde i sak.

12.3 Förslaget till lag om ändring i brottsbalken (1962:700)

4 kap. Om brott mot frihet och frid

4 kap.

3 §¹

Den som begår en brottslig gärning som utgör

1. mord, dråp, misshandel, grov misshandel eller synnerligen grov misshandel enligt 3 kap. 1, 2, 5 eller 6 §,

2. människorov, olaga frihetsberövande, olaga tvång, grovt olaga tvång, olaga hot, grovt olaga hot, hemfridsbrott eller ofredande enligt 4 kap. 1, 2, 4, 5, 6 eller 7 §,

3. våldtäkt, grov våldtäkt, sexuellt övergrepp, grovt sexuellt övergrepp, våldtäkt mot barn, grov våldtäkt mot barn, sexuellt utnyttjande av barn, sexuellt övergrepp mot barn, grovt sexuellt övergrepp mot barn, sexuellt ofredande, sexuellt ofredande mot barn, grovt sexuellt ofredande eller grovt sexuellt ofredande mot barn enligt 6 kap. 1, 2, 4, 5, 6 eller 10 §,

4. skadegörelse eller grov skadegörelse enligt 12 kap. 1 eller 3 §, eller

5. straffbart försök till brott enligt någon av 1–4 döms, om gärningen har bevittnats av ett barn som är närstående eller tidigare närstående till både gärningsmannen och den som gärningen begås mot, för barnfridsbrott till fängelse i högst två år. Om brottet är ringa, döms till böter eller fängelse i högst sex månader.

Om brottet är grovt, döms för grovt barnfridsbrott till fängelse i lägst nio månader och högst fyra år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om den gärning som har bevittnats har varit av mycket allvarlig art eller om gärningsmannen visat särskild hänsynslöshet.

¹ Tidigare 4 kap. 3 § upphävd genom 2004:406.

I paragrafen föreskrivs straffansvar för barnfridsbrott i enlighet med prop. 2020/21:170. I *första stycket* har punkten 3 ändrats som en följd av att straffbestämmelsen om sexuellt ofredande i 6 kap. 10 § har delats upp och det i den paragrafen, vid sidan av sexuellt ofredande, har införts särskilda brottsrubriceringar om sexuellt ofredande mot barn, grovt sexuellt ofredande och grovt sexuellt ofredande mot barn. Ändringarna påverkar inte bestämmelsens tillämpningsområde i sak.

Övervägandena finns i avsnitt 6.10.

4 b §

Den som förföljer en person genom brottsliga gärningar som utgör

1. misshandel enligt 3 kap. 5 § eller försök till sådant brott som inte är ringa,

2. olaga tvång enligt 4 kap. 4 § första stycket,

3. olaga hot enligt 4 kap. 5 § första stycket,

4. hemfridsbrott eller olaga intrång enligt 4 kap. 6 §,

5. kränkande fotografering enligt 4 kap. 6 a §,

6. olovlig identitetsanvändning enligt 4 kap. 6 b §,

7. olaga integritetsintrång enligt 4 kap. 6 c §,

8. ofredande enligt 4 kap. 7 §,

9. uppmaning till självmord eller oaktsam uppmaning till självmord enligt 4 kap. 7 a §,

10. sexuellt ofredande eller sexuellt ofredande mot barn enligt 6 kap. 10 § första och andra stycket,

11. skadegörelse enligt 12 kap. 1 § eller försök till sådant brott,

12. ringa skadegörelse enligt 12 kap. 2 §, eller

13. överträdelse av kontaktförbud med elektronisk övervakning eller överträdelse av kontaktförbud enligt 24 § lagen (1988:688) om kontaktförbud döms, om var och en av gärningarna har utgjort led i en upprepad kränkning av personens integritet, för olaga förföljelse till fängelse i högst fyra år.

I paragrafen föreskrivs straffansvar för olaga förföljelse. Punkten 10 i paragrafen har ändrats till följd av att straffbestämmelsen om sexuellt ofredande delats upp i två, varvid straffansvaret för sexuellt ofredande i allmänhet regleras i 6 kap. 10 § första stycket medan straffansvaret vid sexuella ofredanden mot barn under 15 år regleras

i andra stycket och rubriceras som sexuellt ofredande mot barn. Om ett sexuellt ofredande eller ett sexuellt ofredande mot barn bedöms som grovt brott (6 kap. 10 § tredje stycket) omfattas det inte av straffansvaret för olaga förföljelse. För det fall ett grovt sexuellt ofredande eller grovt sexuellt ofredande mot barn utgjort led i en upprepad kränkning av målsägandens integritet, och det inte är fråga om grov fridskränkning eller grov kvinnofridskränkning, döms alltså särskilt för det grova brottet.

Övervägandena finns i avsnitt 6.8.

6 kap. Om sexualbrott

1 §

Den som, med en person som inte deltar frivilligt, genomför ett vaginalt, analt eller oralt samlag eller en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag, döms för våldtäkt till fängelse i lägst tre och högst sex år. Detsamma gäller den som i annat fall genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmår en person som inte deltar frivilligt att företa eller tåla en sådan handling. Vid bedömningen av om ett deltagande är frivilligt eller inte ska det särskilt beaktas om frivillighet har kommit till uttryck genom ord eller handling eller på annat sätt. En person kan aldrig anses delta frivilligt om

1. deltagandet är en följd av misshandel, annat våld eller hot om brottslig gärning, hot om att åtala eller ange någon annan för brott eller hot om att lämna ett menligt meddelande om någon annan, gärningsmannen otillbörligt utnyttjar att personen på grund av medvetlöshet, sömn, allvarlig rädsla, berusning eller annan drogpåverkan, sjukdom, kroppsskada, psykisk störning eller annars med hänsyn till omständigheterna befinner sig i en särskilt utsatt situation, eller

2. gärningsmannen förmår personen att delta genom att allvarligt missbruka att personen står i beroendeställning till gärningsmannen.

Är brottet med hänsyn till omständigheterna vid brottet att anse som mindre grovt, döms för våldtäkt till fängelse i lägst sex månader och högst fyra år.

Är brott som avses i första stycket att anse som grovt, döms för grov våldtäkt till fängelse i lägst fem och högst tio år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen har

använt våld eller hot som varit av särskilt allvarlig art eller om fler än en förgräpat sig på offret eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om gärningsmannen med hänsyn till tillvägagångssättet eller offrets låga ålder eller annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet.

I paragrafen föreskrivs straffansvar för våldtäkt, mindre grov våldtäkt och grov våldtäkt. Paragrafen har ändrats i sak i fråga om såväl rekvisiten för brott som straffskalor. Övervägandena finns i avsnitt 4.8.5, 5.10.3 och 8.9.

Första stycket

Av ändringen i första stycket *första meningen* följer uttryckligen att alla former av samlag, dvs. vaginala, anala och orala samlag, utgör sådana sexualhandlingar vid vilka ansvar för våldtäkt kan följa. Liksom tidigare omfattar straffansvaret även andra sexuella handlingar som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförliga med vaginalt samlag. Tidigare omfattade uttrycket samlag endast vaginala samlag medan anala och orala samlag ansågs som sexuella handlingar som med hänsyn till kränkningens allvar var jämförliga med vaginalt samlag. Ändringen innebär att alla slags samlag likställs vid tillämpningen av straffbestämmelsen om våldtäkt. Den är i princip inte avsedd att innebära någon förändring ifråga om vilka sexuella handlingar som kan medföra straffansvar. Ändringen kan dock komma att medföra att handlanden som inte innebär samlag, såsom att någon med sin hand berör en mans könsorgan, i något större utsträckning än tidigare kan omfattas.

I likhet med tidigare är det en objektiv bedömning som ska göras av om handlingen i varje enskilt fall typiskt sett innebär en lika allvarlig kränkning som den som kan uppkomma vid ett ofrivilligt vaginalt, oralt eller analt samlag och därmed omfattas av ”annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag”. Som exempel på sexuella handlingar som är jämförliga med samlag och omfattas av våldtäktsbestämmelsen kan nämnas att gärningsmannen med sin hand berör målsägandens könsorgan. I övrigt hänvisas till de exempel som anges i prop. 2004/05:45 s. 135 och 2012/13:111 s. 111.

Vidare har en ny *andra mening* lagts till genom vilken straffansvaret utvidgats till att avse även det fallet att någon genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmår den som inte deltar frivilligt att företa eller tåla en sexuell handling av sådant slag som avses i straffbestämmelsen. Genom ändringen har straffansvaret utvidgats till att omfatta även de fall när gärningsmannen och målsäganden inte deltagit samtidigt i realtid utan där det förelegat ett uppdelat tidsförlopp och brottsoffret utfört sexualhandlingen på sig själv eller med annan utan att gärningsmannen varit samtidigt närvarande. Ändringen är inte avsedd att tillämpas på de fall som var straffbar även enligt den tidigare lydelsen (jfr NJA 2015 s. 501).

Med att *förmå* målsäganden till den sexuella handlingen menas att det ska finnas ett orsakssamband mellan gärningsmannens handlande och att offret företar eller tål sexualhandlingen. Det ska förstås på så sätt att det finns ett krav på ett aktivt handlande från gärningsmannen som är inriktat på ett visst resultat. Redan mycket subtila påtryckningar kan innebära att rekvisitet är uppfyllt och att ansvar för våldtäkt aktualiseras.

För straffansvar krävs att gärningsmannen förmått målsäganden till sexualhandlingen *genom olaga tvång* eller *annars på ett otillbörligt sätt*. Med olaga tvång förstås detsamma som i 4 kap. 4 § BrB. Vid bedömningen av vad som annars varit ett otillbörligt sätt ska en objektiv helhetsbedömning göras. Vikt ska läggas vid gärningsmannens syfte och avsikter. Det kan t.ex. röra sig om löften om förmåner men också antydningar – som inte utgör olaga tvång – om att gärningsmannen ska avslöja kontakterna för målsägandens anhöriga. Vidare kan det handla om att gärningsmannen utgett sig för att vara någon annan, t.ex. en med målsäganden jämnårig pojke eller flicka. För straffansvar förutsätts att gärningsmannen ska ha uppnått sitt syfte genom att utnyttja offrets belägenhet. Vid bedömningen kan hänsyn även tas till om offret är en ung person eller har nedsatt förmåga att värja sig mot påtryckningar. Om så är fallet kan relativt begränsade påtryckningar anses vara otillbörliga. Genom kravet på att gärningsmannen ska förmått offret till den sexuella handlingen genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt är avsikten att från straffansvar utesluta de fall där de sexuella handlingarna inte utifrån straffrättsliga utgångspunkter utgör ett angrepp mot den andre.

Målsäganden ska ha förmåtts att *företa* eller *tåla* den sexuella handlingen. Straffansvaret omfattar därför såväl att handlingen har

utförts av målsäganden som att denna utsatts för handlingen utan att ha något val.

Samma bedömning av frivilligheten ska göras som tidigare, jfr prop. 2017/18:177 s. 78 f.

För straffansvar krävs uppsåt till samtliga brottsrekvisit. Det krävs därvid också att gärningsmannen haft uppsåt till att gärningen skett genom olaga tvång eller annars varit otillbörligt. Gärningsmannen behöver dock inte själv klassificera agerandet som otillbörligt. Vid uppsåtsbedömningen är det tillräckligt att gärningsmannen har uppsåt till de faktiska omständigheterna som gör agerandet otillbörligt. Varje slags uppsåt är tillräckligt, dvs. även likgiltighetsuppsåt kan godtas.

Om påtryckningen skett genom olaga tvång bör i allmänhet förutsättningar inte föreligga för tillämpning av straffskalan för mindre grovt brott. I övriga fall får frågan om till vilken svårhetsgrad brottet bör hänföras bedömas efter omständigheterna i det enskilda fallet.

Ändringen får betydelse även för tillämpningsområdet för straffbestämmelsen i 1 a § om oaktsam våldtäkt. Enligt den paragrafen döms den som begår brott som avses i 1 § och är grovt oaktsam beträffande att den andra personen inte deltar frivilligt för oaktsam våldtäkt. Den som i annat fall än som avses i 1 § första stycket första meningen förmår annan till en sexuell handling genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt och som varit oaktsam beträffande att den andra personen inte deltar frivilligt ska således dömas för oaktsam våldtäkt. I praktiken torde det dock vara sällsynt att den som otillbörligen förmått en annan person till en sexuell handling inte haft uppsåt till att den andre inte deltog frivilligt.

Straffskalan för brott enligt första stycket har ändrats på så sätt att straffminimum höjts från två till tre års fängelse. Höjningen är inte avsedd att påverka gränsdragningen mellan brottets olika svårhetsgrader.

Andra stycket

I andra stycket föreskrivs straffansvar för våldtäkt som är att anse som mindre grovt brott. Andra stycket har ändrats i fråga om straffskalan på så sätt att minimistraffet höjts från fängelseminimum

till fängelse i sex månader. Ändringen är inte avsedd att påverka gränsdragningen mellan brottets olika svårhetsgrader.

2 §

Den som, med en person som inte deltar frivilligt, genomför en annan sexuell handling än som avses i 1 §, döms för sexuellt övergrepp till fängelse i lägst sex månader och högst två år. Detsamma gäller den som i annat fall genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmår en person som inte deltar frivilligt att företa eller tåla en sådan handling. Vid bedömningen av om ett deltagande är frivilligt eller inte tillämpas 1 § första stycket tredje och fjärde meningarna.

Är brottet med hänsyn till omständigheterna vid brottet att anse som mindre grovt, döms för sexuellt övergrepp till fängelse i högst ett år.

Är brottet att anse som grovt, döms för grovt sexuellt övergrepp till fängelse i lägst ett och högst sex år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen har använt våld eller hot som varit av särskilt allvarlig art eller om fler än en förgripit sig på offret eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om gärningsmannen med hänsyn till tillvägagångssättet eller offrets låga ålder eller annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet.

I paragrafen föreskrivs straffansvar för sexuellt övergrepp, sexuellt övergrepp som är mindre grovt och grovt sexuellt övergrepp. Den har ändrats i flera avseenden, i fråga om såväl rekvisiten för brott som straffskalor. Övervägandena finns i avsnitt 5.10.3 och 8.10.

Första stycket

I första stycket föreskrivs straffansvar för sexuellt övergrepp som inte är grovt. Ändringarna i 1 § (se författningskommentaren till 1 §) har bara i mindre utsträckning påverkat vilka sexuella handlingar som kan medföra ansvar för sexuellt övergrepp. Den praxis som utvecklats vad gäller gränsdragningen mellan 1 och 2 §§ med avseende på vilken handling som genomförts kan därmed i allt väsentligt tjäna som vägledning för den fortsatta tillämpningen (jfr prop. 2004/05:45 s. 31–35 gällande begreppet sexuell handling).

En ny *andra mening* har lagts till med innebörden att för sexuellt övergrepp döms även den som genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmår målsäganden som inte deltar frivilligt att företa eller tåla en sexuell handling av sådant slag som avses i straffbestämmelsen. I fråga om den närmare innebörden hänvisas till författningskommentaren till 1 §. Också i fråga om betydelsen av ändringen när det gäller straffansvaret enligt 3 § för oaktsamt sexuellt övergrepp hänvisas till vad som sagts i författningskommentaren till 1 § rörande tillämpningsområdet för oaktsam våldtäkt.

Straffskalan för brott enligt första stycket har ändrats på så sätt att straffminimum höjts från fängelseminimum till fängelse i lägst sex månader. Höjningen av minimistraffet syftar till att höja straffnivån för brottet generellt.

Hänvisningarna till 1 § i fråga om vilka bestämmelser som ska tillämpas vid bedömningen av om ett deltagande är frivilligt eller inte har också ändrats, till följd av ändringarna i den paragrafen.

Andra stycket

I andra stycket, som är nytt, föreskrivs en särskild straffskala för sexuellt övergrepp som är att anse som mindre grovt. Avsikten är att bestämmelsen ska tillämpas endast i undantagsfall där omständigheterna klart avviker från vad som normalt är fallet. En bedömning av samtliga omständigheter måste göras. Andra stycket kan tillämpas exempelvis i vissa fall som före 2018 års ändringar var att bedöma som sexuellt utnyttjande av person i beroendeställning, eller helt kortvariga sexuella beröringar som ändå är att bedöma som sexuella handlingar, där ett minimistraff på sex månaders fängelse framstår som alltför högt.

Tredje stycket

Tredje stycket motsvarar det tidigare andra stycket och har i sak ändrats på så sätt att minimistraffet för grovt sexuellt övergrepp har höjts från fängelse i sex månader till fängelse i ett år. Ändringen av straffskalan för grovt sexuellt övergrepp syftar inte till att påverka gränsdragningen i förhållande till brott enligt första stycket.

4 §

Den som, med ett barn under femton år, genomför ett vaginalt, analt eller oralt samlag eller en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförlig med samlag, döms för våldtäkt mot barn till fängelse i lägst tre och högst sex år. Detsamma gäller den som i annat fall genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmår barnet att företa eller tåla en sådan handling.

Detsamma gäller den som begår en gärning som avses i första stycket mot ett barn som fyllt femton men inte arton år och som är avkomling till gärningsmannen eller står under fostran av eller har ett liknande förhållande till gärningsmannen, eller för vars vård eller tillsyn gärningsmannen ska svara på grund av en myndighets beslut.

Är brott som avses i första eller andra stycket att anse som grovt, döms för grov våldtäkt mot barn till fängelse i lägst fem och högst tio år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen har använt våld eller hot om brottslig gärning eller om fler än en förgripit sig på barnet eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om gärningsmannen med hänsyn till tillvägagångssättet eller barnets låga ålder eller annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet.

I paragrafen föreskrivs straffansvar för våldtäkt mot barn och grov våldtäkt mot barn. *Första stycket* har ändrats i flera avseenden, i fråga om såväl rekvisiten för brott som straffskalan. Övervägandena finns i avsnitt 4.8.5, 5.10.3 och 8.11.

Beskrivningen av de sexuella handlingar för vilka ansvar för våldtäkt mot barn kan komma i fråga har ändrats. I fråga om den ändringen hänvisas till författningskommentaren till 1 §. Vid bedömningen av vilka sexualhandlingar, utöver vaginala, anala och orala samlag, som ska omfattas av straffbestämmelsen är utgångspunkten alltså att barn generellt sätt är att anse som mer utsatta än vuxna (jfr prop. 2012/13:111 s. 114). Detta innebär att även om avsikten alltså ska vara att avgränsningen av den sexuella handlingen i 1 och 4 §§ i princip ska sammanfalla, kan den omständigheten att den sexuella handlingen riktas mot ett barn i vissa fall motivera skillnader. Eftersom den kränkning som ett sexuellt övergrepp innebär kan bedömas på olika sätt beroende på om offret är ett barn eller en vuxen person måste omständigheterna i det enskilda fallet alltid beaktas.

En ny andra mening har lagts till med innebörden att för våldtäkt mot barn döms även den som genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmår barnet att företa eller tåla en sexuell handling av sådant slag som avses i straffbestämmelsen. Till skillnad från vid brott enligt 1 och 2 §§ krävs inte att målsäganden inte deltar frivilligt, eftersom målsäganden är ett barn under 15 år. I fråga om den närmare innebörden hänvisas i övrigt till författningskommentaren till 1 §. Det bör särskilt framhållas att ju yngre barnet är, desto mindre bör krävas för att en påtryckning ska anses som otillbörlig. De angivna ändringarna har betydelse även för straffansvaret för sexuellt utnyttjande av barn enligt 5 § vilken i nu aktuella avseenden hänvisar till förevarande paragraf.

Därutöver har minimistraffet för våldtäkt mot barn som inte utgör grovt brott höjts från fängelse i två år till fängelse i tre år. Höjningen av minimistraffet syftar till att höja straffnivån för brottet generellt och är inte avsedd att påverka gränsdragningen mellan brottets olika svårhetsgrader.

6 §

Den som, med ett barn under femton år eller med ett barn som fyllt femton men inte arton år och som gärningsmannen står i ett sådant förhållande till som avses i 4 § andra stycket, genomför en annan sexuell handling än som avses i 4 och 5 §§, döms för sexuellt övergrepp mot barn till fängelse i lägst sex månader och högst två år. Detsamma gäller den som i annat fall genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmår barnet att företa eller tåla en sådan handling.

Är brottet med hänsyn till omständigheterna vid brottet att anse som mindre grovt, döms för sexuellt övergrepp mot barn till fängelse i högst ett år.

Är brottet grovt, döms för grovt sexuellt övergrepp mot barn till fängelse i lägst ett år och sex månader och högst sex år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen är närstående till barnet eller i övrigt utnyttjat sin ställning eller missbrukat ett särskilt förtroende eller om fler än en förgripit sig på barnet eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om brottet med hänsyn till tillvägagångssättet eller barnets låga ålder eller annars inneburit ett hänsynslöst utnyttjande av barnet.

I paragrafen föreskrivs straffansvar för sexuellt övergrepp mot barn, sexuellt övergrepp mot barn som är mindre grovt och grovt sexuellt övergrepp mot barn. Den har ändrats i flera avseenden i fråga om såväl rekvisiten för brott som straffskalorna. Övervägandena finns i avsnitt 5.10.3 och 8.12.

Första stycket

I första stycket har en ny andra mening lagts till med innebörden att för sexuellt övergrepp mot barn döms även den som genom olaga tvång eller annars på ett otillbörligt sätt förmår målsäganden att företa eller tåla en sexuell handling av sådant slag som avses i straffbestämmelsen. I fråga om den närmare innebörden hänvisas till författningskommentaren till 1 och 4 §§. Liksom vid brott enligt 4 § krävs inte att målsäganden inte deltagit frivilligt.

Vidare har minimistraffet höjts från fängelseminimum till fängelse i sex månader. Höjningen syftar till att höja straffnivån för brottet generellt.

Andra stycket

I andra stycket, som är nytt, föreskrivs en särskild straffskala för sexuellt övergrepp mot barn som är att anse som mindre grovt. Avsikten är att bestämmelsen ska tillämpas endast i undantagsfall där omständigheterna klart avviker från vad som normalt är fallet. En bedömning av samtliga omständigheter måste göras. Andra stycket kan tillämpas exempelvis i vissa fall där ålderskillnaden mellan gärningsmannen och barnet varit liten utan att det skulle vara fråga om ansvarsfrihet enligt 6 kap. 14 § eller där barnet annars varit nära gränsen för sexuellt självbestämmande och den sexuella handlingen är helt frivillig och ömsesidig med hänsyn till målsägandens ålder och mognad.

Tredje stycket

Tredje stycket motsvarar det tidigare andra stycket och har i sak ändrats på så sätt att minimistraflet för grovt sexuellt övergrepp mot barn har höjts från fängelse i ett år till fängelse i ett år och sex månader. Höjningen av minimistraflet syftar till att höja straffnivån för brottet generellt och är inte avsedd att påverka gränsdragningen i förhållande till brott enligt första stycket.

7 §

Den som, i annat fall än som avses förut i detta kapitel, har vaginalt samlag med eget barn eller dess avkomling, döms för samlag med avkomling till fängelse i högst två år.

Den som, i annat fall än som avses förut i detta kapitel, har vaginalt samlag med sitt helsyskon, döms för samlag med syskon till fängelse i högst ett år.

Vad som sägs i denna paragraf gäller inte den som förmåtts till gärningen genom olaga tvång eller på annat otillbörligt sätt.

I paragrafen föreskrivs straffansvar för samlag med avkomling och samlag med syskon. Den har ändrats endast på så sätt att det angetts uttryckligen att den är tillämplig endast vid *vaginalt* samlag. Avsikten har inte varit att förändra dess tillämpningsområde. Tidigare praxis kan därför fortfarande tillämpas. Övervägandena finns i avsnitt 4.8.5.

8 §

Den som främjar eller utnyttjar att ett barn under femton år utför eller medverkar i sexuell posering, döms för utnyttjande av barn för sexuell posering till fängelse i högst två år. Detsamma gäller den som försätter barnet i eller utnyttjar att barnet befinner sig i en situation som innebär sexuell posering.

Detsamma gäller den som begår en sådan gärning mot ett barn som fyllt femton men inte arton år, om poseringen är ägnad att skada barnets hälsa eller utveckling.

Är brottet grovt, döms för grovt utnyttjande av barn för sexuell posering till fängelse i lägst sex månader och högst sex år. Vid bedö-

mande av om brottet är grovt skall särskilt beaktas om brottet avsett en verksamhet som bedrivits i större omfattning, medfört betydande vinning eller inneburit ett hänsynslöst utnyttjande av barnet.

I paragrafen föreskrivs straffansvar för utnyttjande av barn för sexuell posering och grovt utnyttjande av barn för sexuell posering. Paragrafens första stycke har ändrats i fråga om rekvisiten för brott och straffskalan. Övervägandena finns i avsnitt 7.7 och 8.13.

I *första stycket* har en ny andra mening lagts till, enligt vilken straffansvar för utnyttjande av barn för sexuell posering föreskrivs även för den som försätter ett barn under femton år i en situation som innebär sexuell posering eller utnyttjar att barnet befinner sig i en sådan situation. Genom bestämmelsen i andra stycket gäller straffansvaret enligt andra meningen även när gärningen begås mot ett barn som fyllt 15 men inte 18 år om poseringen är ägnad att skada barnets hälsa eller utveckling.

Straffansvaret enligt andra meningen tar sikte på situationer som innebär sexuell posering där barnet förhållit sig passivt och därmed inte medverkat eller utfört den sexuella poseringen.

Med en situation som innebär sexuell posering avses att barnet utsätts för en sexuell handling eller är föremål för en ohöljd exponering av sexuell innebörd – vare sig barnet själv medverkar i eller utför detta eller inte. Poseringen ska för en vuxen ha en klar och otvetydig sexuell karaktär. Att försätta barnet i en sådan situation förutsätter att gärningsmannen genom aktivt handlande får barnet att befinna sig i en sådan situation. Med att utnyttja att barnet befinner sig i en sådan situation avses att gärningsmannen på något otillbörligt sätt drar ekonomisk vinning eller tillskansar sig andra fördelar än sådana som är rent ekonomiska eller utnyttjar situationen för framställning av pornografisk bild omfattas av uttrycket. Avsikten är att begreppet utnyttja ska ha samma betydelse i första och andra meningen. Det saknar betydelse om gärningsmannen själv eller någon annan försatt barnet i situationen eller om barnet själv – t.ex. till följd av sömn, drogpåverkan eller ett funktionshinder – försatt sig i situationen. Ett utnyttjande kan anses föreligga om gärningsmannen avbildar barnet eller lockar annan att beskåda barnet. Att enbart se ett barn som befinner sig i en situation som innebär sexuell posering, utan att det är fråga om något annat otillbörligt handlande, kan normalt inte anses utgöra ett utnyttjande.

Utanför straffansvaret faller situationer som inte kan anses vara av sexuell karaktär trots att barnet är naket eller lättklätt, såsom vardagliga situationer där barnet varken sexualiserats genom gärningsmannens främjande eller utnyttjats på något otillbörligt sätt. Om barnet avbildas kan emellertid ansvar för barnpornografibrott eller kränkande fotografering komma i fråga, om förutsättningarna för sådant brott i övrigt är uppfyllda.

Vidare har straffminimum för brott som inte är grovt höjts genom att böter utmönstrats ur straffskalan. Straffminimum motsvarar således fängelseminimum. Höjningen av minimistraffet är avsedd att generellt höja straffnivån för brott som inte är grovt. Ändringarna i paragrafen i fråga om det straffbara handlandet och straffskalan innebär inte att det finns anledning att bedöma frågan om val av påföljd på annat sätt än tidigare. Tidigare praxis bör därför kunna tillämpas även efter ändringen, se t.ex. NJA 2011 s. 386.

9 §

Den som, i annat fall än som avses förut i detta kapitel, förmår ett barn som inte fyllt arton år att mot ersättning företa eller tåla en sexuell handling, döms för utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling till fängelse i sex månader och högst fyra år.

Är brottet med hänsyn till omständigheterna vid brottet att anse som mindre grovt, döms för utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling till fängelse i högst ett år.

Vad som sägs i första och andra stycket gäller även om ersättningen har utlovats eller getts av någon annan.

I paragrafen föreskrivs straffansvar för utnyttjande av barn genom köp av sexuell tjänst. Paragrafen har ändrats i fråga om straffskalorna och systematiskt. Övervägandena finns i avsnitt 8.16.

Ändringen i *första stycket* innebär att minimistraffet för utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling har höjts från fängelseminimum till fängelse i sex månader. Höjningen av minimistraffet syftar till att generellt höja straffnivån för brottet. Genom ändringen markeras att utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling generellt sett har ett högre straffvärde än motsvarande handlingar som riktar sig mot vuxna.

Genom bestämmelserna i *andra stycket*, som är nytt, har en särskild straffskala införts för utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling som är att anse som mindre grovt brott. Bestämmelsen är avsedd att tillämpas i undantagsfall. Syftet med det nya stycket är att möjliggöra en annan straffvärdebedömning i fall när omständigheterna framstår som mindre grova. Detta innebär att det bör ha förelegat särskilda förhållanden som medför att gärningen väsentligt avviker från normalfallet. Ett exempel kan vara att det visserligen förekommit någon slags ersättning men barnet varit nära 18 år och omständigheterna även i övrigt är sådana att straffvärdet är lågt. Vid bedömningen kan också beaktas om ålderskillnaden mellan gärningsmannen och barnet är liten.

Tredje stycket är nytt och motsvarar i sak det tidigare *andra stycket*.

10 §

Den som blottar sig för någon annan på ett sätt som är ägnat att väcka obehag eller annars genom ord eller handlande ofredar en person på ett sätt som är ägnat att kränka personens sexuella integritet döms, om gärningen inte är belagd med straff enligt 1–9 §, för sexuellt ofredande till böter eller fängelse i högst två år.

Den som sexuellt berör ett barn under femton år eller förmår barnet att företa eller medverka i någon handling med sexuell innebörd, döms, om gärningen inte är belagd med straff enligt 1–9 §, för sexuellt ofredande mot barn till fängelse i högst två år. Detsamma gäller den som begår en gärning enligt första stycket mot ett barn under femton år.

Är brott som avses i första stycket grovt döms för grovt sexuellt ofredande till fängelse i lägst sex månader och högst tre år. Är brott som avses i andra stycket grovt döms i stället för grovt sexuellt ofredande mot barn till samma straff.

Vid bedömningen av om brott enligt tredje stycket är grovt ska det särskilt beaktas om gärningsmannen med hänsyn till offrets låga ålder eller att fler än en deltagit i övergreppet eller annars visat särskild hänsynslöshet.

I paragrafen föreskrivs straffansvar för sexuellt ofredande, sexuellt ofredande mot barn, grovt sexuellt ofredande och grovt sexuellt ofredande mot barn. Den har ändrats på så sätt att sexuellt ofredande i allmänhet regleras i första stycket medan brott mot barn under 15 år regleras särskilt i det andra stycket, varvid brott mot barn under 15 år getts den särskilda brottsrubriceringen *sexuellt ofredande mot barn* med ett högre straffminimum än brott enligt första stycket. En särskild straffskala för grovt brott har införts genom bestämmelserna i tredje stycket, som är nytt, varvid de omständigheter som särskilt ska beaktas vid bedömningen av om brottet är grovt anges i fjärde stycket, som också är nytt. Ändringarna innebär att brottet har gradindelats. Övervägandena finns i avsnitt 6.8 och 8.14.

Första stycket

Första stycket motsvarar det tidigare andra stycket såvitt avser brott mot den som fyllt 15 år. Ändringen är föranledd av att samtliga sexuella ofredanden mot barn under 15 år har placerats i straffbestämmelsens andra stycke. Styckets nya lydelse är inte avsedd att innebära någon förändring i fråga om vilka handlingar som ska omfattas av straffbestämmelsen, vilka bedömningar som ska göras vid prövningen av om det är fråga om ett sexuellt ofredande eller förutsättningar för straffansvar i övrigt och påföljdsval. Tidigare praxis kan därmed fortsätta att tillämpas.

Tillägget ”om gärningen inte är belagd med straff enligt 1–9 §§” är avsett att tydliggöra att om gärningen utifrån hur åklagaren fört talan (jfr NJA 2016 s. 129) är straffbar som ett allvarigare sexualbrott enligt någon av de tidigare paragraferna i 6 kap., ska inte också dömas för sexuellt ofredande.

Andra stycket

Innehållet i andra stycket motsvarar dels det som tidigare reglerades i paragrafens första stycke, dels det tidigare andra stycket såvitt avser brott mot barn under 15 år. Ändringen innebär att samtliga sexuella ofredanden som riktas mot barn under 15 år, såväl sexuella beröringar och att förmå barnet att företa eller medverka i en handling av sexuell innebörd som blottningar och annat handlande som är ägnat att

kränka barnets sexuella integritet, numera regleras i ett och samma stycke. Brottet har getts en ny brottsbeteckning, *sexuellt ofredande mot barn*.

Straffminimum har höjts genom att böter har utmönstrats ur straffskalan för brott mot barn under 15 år. Höjningen av minimistraffet syftar till att höja straffnivån för brottet generellt.

Förutom den skärpta straffskalan i stycket är den nya lydelsen inte avsedd att innebära någon förändring i fråga om vilka handlingar som ska omfattas av straffbestämmelsen eller vilka bedömningar som ska göras vid prövningen av om det är fråga om brott enligt paragrafen. Även här kan tidigare praxis tillämpas.

Sexuellt ofredande mot barn har företräde framför sexuellt ofredande enligt första stycket. Om det straffbara handlandet varit sådant som avses i första stycket och gärningsmannen varken haft uppsåt eller varit straffbart oaktsam i förhållande till att målsäganden var under 15 år, kan första stycket dock tillämpas.

Tredje stycket

Tredje stycket är nytt. Genom bestämmelsen i stycket har särskilda brottsrubriceringar, *grovt sexuellt ofredande* och *grovt sexuellt ofredande mot barn*, införts. Om brott som avses i första stycket är grovt ska det bedömas som grovt sexuellt ofredande medan om brott som avses i andra stycket är grovt ska det bedömas som grovt sexuellt ofredande mot barn. De omständigheter som särskilt ska beaktas vid bedömningen av om brottet är grovt anges i fjärde stycket.

Till följd av subsidiaritetsbestämmelsen i första och andra stycket, är även grovt sexuellt ofredande och grovt sexuellt ofredande mot barn subsidiärt i förhållande till de tidigare brotten i kapitlet.

Fjärde stycket

Fjärde stycket är nytt. I stycket anges de omständigheter som särskilt ska beaktas vid bedömningen av om brott enligt tredje stycket, dvs. grovt sexuellt ofredande och grovt sexuellt ofredande mot barn, är grovt.

Vid bedömning av om brottet är grovt ska såväl vid grovt sexuellt ofredande som grovt sexuellt ofredande mot barn göras en bedöm-

ning av samtliga omständigheter i det enskilda fallet. För att brottet ska bedömas som grovt ska gärningsmannen i allmänhet ha visat särskild hänsynslöshet. I lagtexten har tagits upp exempel på situationer som kan medföra att gärningsmannen ska anses ha visat särskild hänsynslöshet, nämligen offrets låga ålder samt att fler än en har deltagit i övergreppet. Således kan *offrets låga ålder* beaktas vid bedömningen om gärningsmannen visat särskild hänsynslöshet. Offrets ålder kan tala för att det varit fråga om särskild hänsynslöshet även när brottet riktats mot ett barn som fyllt 15 men inte 18 år. Ju yngre barnet varit desto allvarligare bör man se på agerandet. Bedömningen av om låg ålder medför att det är fråga om särskild hänsynslöshet måste emellertid göras med beaktande av vad slags handlande det rör sig om. Ju allvarligare det kränkande sexuella handlandet framstår, desto större anledning finns det att i försvårande riktning beakta barnets låga ålder. Omvänt bör det knappast komma i fråga att bedöma det fallet att det enbart rör sig om tillfälliga rent verbala sexuella yttranden mot barn som grovt brott annat än möjligen mot mycket unga barn. Omständigheter som i vissa fall inte är att betrakta som försvårande när det gäller gärningar riktade mot en vuxen person kan dock i vissa fall betraktas som försvårande när det gäller gärningar riktade mot ett barn. Därvid kan det bli aktuellt att beakta ett barns svårighet att stå emot en vuxen persons vilja.

På motsvarande sätt ska vid bedömningen av om gärningsmannen visat särskild hänsynslöshet läggas vikt vid om *fler än en deltagit i övergreppet*. I de fall flera gärningsmän tillsammans utsatt offret för brottet, antingen var och en i följd eller när flera personer samtidigt har deltagit i övergreppet, kan det tala för att gärningsmannen visat särskild hänsynslöshet. Också i dessa fall måste bedömningen emellertid göras med beaktande av vad slags handlande det rör sig om.

Tillfälliga rent verbala sexuella yttranden bör i allmänhet inte bedömas som grovt brott även om det varit fråga om flera gärningsmän. Däremot bör som utgångspunkt situationer där flera gärningsmän i grupp handgripligen antastar en ensam målsägande kunna bedömas som grovt brott.

Uttrycket *särskild hänsynslöshet* omfattar även i övrigt en mängd tänkbara försvårande beteenden, såväl sådana som är hänförliga till offrets situation som karaktären av angreppet. Gärningsmannen kan t.ex. anses ha agerat särskilt hänsynslöst om denne har utnyttjat att

offret befunnit sig i en utsatt situation eller skyddslös ställning eller om denne är i beroendeställning till gärningsmannen.

Ett exempel på ett fall som kan utgöra särskild hänsynslöshet är om gärningsmannen utnyttjat att målsäganden befunnit sig i en utsatt situation som en följd av att denna varit fosterhemsplacerad, bott på särskilt boende eller befunnit sig på avskild plats ensam med gärningsmannen. Även handlingar som är på gränsen till en sexuell handling kan vara att bedöma som särskilt hänsynslösa och rubricera som grovt sexuellt ofredande.

Straffskalan för brottet är fängelse i lägst sex månader och högst tre år. Brottet bör anses vara av sådan art att det talar för fängelse, dock att förutsättningarna att undvika en fängelsepåföljd genom att välja villkorlig dom eller skyddstillsyn i förening med samhällstjänst bör vara större än för andra sexualbrott.

11 §

Den som, i annat fall än som avses förut i detta kapitel, skaffar sig en tillfällig sexuell förbindelse mot ersättning, döms för köp av sexuell tjänst till fängelse i högst ett år.

Vad som sägs i första stycket gäller även om ersättningen har utlovats eller getts av någon annan.

I paragrafen föreskrivs straffansvar för köp av sexuell tjänst. Den har ändrats på så sätt att minimistraftet har höjts till fängelseminimum genom att böter utmönstrats ur straffskalan. Höjningen av minimistraftet syftar till att höja straffnivån för brottet generellt. Ändringen har behandlats i avsnitt 8.15.

14 §

Den som har begått en gärning enligt 5 § eller 6 § andra stycket mot ett barn under femton år eller enligt 8 § första stycket eller 10 § andra stycket, ska inte dömas till ansvar om det är uppenbart att gärningen inte inneburit något övergrepp mot barnet med hänsyn till den ringa skillnaden i ålder och utveckling mellan den som har begått gärningen och barnet samt omständigheterna i övrigt.

Detsamma gäller den som har begått en gärning enligt 10 a § om den har syftat till en sådan gärning som anges i första stycket och som, om den hade fullbordats, enligt vad som anges där uppenbarligen inte skulle ha inneburit något övergrepp mot barnet.

Paragrafen reglerar ansvarsfrihet avseende vissa särskilda utpekade gärningar, när det är uppenbart att gärningen inte inneburit något övergrepp mot barnet. Paragrafen har ändrats med anledning av att samtliga sexuella ofredanden mot barn under 15 år ska bedömas som sexuellt ofredande mot barn. Bestämmelserna i paragrafen har gjorts tillämplig på samtliga fall av sexuella ofredanden mot barn under 15 år. Eftersom det förutsätts att det ska vara uppenbart att gärningen inte inneburit något övergrepp mot barnet med hänsyn till den ringa skillnaden i ålder och utveckling mellan den som har begått gärningen och barnet samt omständigheterna i övrigt, bör den framför allt tillämpas i förhållande till sådana gärningar som anges i 10 § andra stycket första meningen. Utrymmet för ansvarsfrihet vid sexuella ofredanden av sådant slag som avses i andra meningen är däremot klart begränsat. Om brottet är att bedöma som grovt sexuellt ofredande mot barn finns inte förutsättningar för ansvarsfrihet enligt bestämmelserna i paragrafen.

Paragrafen har också ändrats med anledning av att det vid sexuellt övergrepp mot barn har införts en särskild straffskala för mindre grovt brott. Ansvarsfrihet enligt förevarande paragraf kan endast bli aktuell om ett sexuellt övergrepp mot barn är att bedöma som mindre grovt enligt 6 kap. 6 § andra stycket.

Ändringarna har behandlats i avsnitt 6.8 och 8.12.2.

12.4 Förslaget till lag om ändring i patientskadelagen (1996:799)

5 §

I denna lag avses med

hälso- och sjukvård: sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna pati-

*enter eller lagen (2023:000) om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel och sådan verksamhet som omfattas av lagen (2021:000) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659),
vårdgivare: statlig myndighet, region eller kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) samt enskild som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).*

I paragrafen anges vad som avses med hälso- och sjukvård samt vårdgivare enligt patientskadelagen.

Ändringen i paragrafen innebär att patientskadelagens definition av uttrycket hälso- och sjukvård även omfattar verksamhet som avses i lagen om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott. Patientskadelagen blir därmed tillämplig på hälso- och sjukvårdens spårsäkringar efter sexualbrott.

Patientskadelagen innehåller enligt 1 § bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning (patientförsäkring). Genom ändringen kommer vårdgivare enligt 12 § patientskadelagen att vara skyldiga att ha en patientförsäkring som täcker ersättning för skador som omfattas av lagen.

Om en spårsäkring enligt lagen om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott har orsakat en personskada kan patient-skadeersättning komma att lämnas enligt 6 § patientskadelagen. I den bestämmelsen anges att ersättning bl.a. lämnas om skadan är orsakad av en undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd.

Övervägandena finns i avsnitt 9.10.5.

12.5 Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

1 kap.

3 §

I denna lag används följande uttryck med nedan angiven betydelse.

I paragrafen finns de definitioner som används i patientdatalagen.

Ändringen i paragrafen innebär att patientdatalagens definition av uttrycket hälso- och sjukvård även innefattar verksamhet som avses i lagen (2023:000) om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott. Patientdatalagen tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom den verksamhet som enligt patientdatalagen utgör hälso- och sjukvård. Eftersom det med uttrycket hälso- och sjukvård i patientdatalagen ska inkluderas den verksamhet som avses i lagen om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott, ska den verksamhet som vårdgivare utför med anledning av den lagen på motsvarande sätt anses utgöra patientvård enligt patientdatalagen.

Övervägandena finns i avsnitt 9.10.10.

12.6 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

1 kap.

2 §

Med hälso- och sjukvård avses i denna lag verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, lagen (2021:000) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar, lagen (2023:000) om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

I paragrafen finns den definition av hälso- och sjukvård som används i patientsäkerhetslagen.

Ändringen i paragrafen innebär att patientsäkerhetslagens definition av uttrycket hälso- och sjukvård även omfattar verksamhet som avses i lagen (2023:000) om hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott. Patientsäkerhetslagen blir därmed tillämplig på hälso- och sjukvårdens spårsäkring efter sexualbrott.

Övervägandena finns i avsnitt 9.10.5.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av ledamöterna Ulrika Andersson, Lars Lewenhagen och Gustaf Ljungström

Inledning

2020 års sexualbrottsutrednings övergripande uppdrag har varit att överväga ytterligare åtgärder för att förstärka det straffrättsliga skyddet när det gäller sexuella kränkningar. Kommitténs arbete har bestått av flera delar, varav en har varit att se över straffskalorna för sexualbrotten och lämna förslag på eventuella förändringar som kan behövas för att straffen i tillräcklig mån ska spegla brottens allvar. Det är denna del i uppdraget som det särskilda yttrandet avser.

Utredningen lämnar förslag på straffskärpningar gällande flera av brotten i 6 kap. BrB. Vi delar många av utredningens slutsatser och bedömningar. Däremot anser vi att det saknas tillräckliga skäl för vissa av de föreslagna straffskärpningarna. Många av argumenten bakom vårt ställningstagande framkommer redan på ett tydligt sätt i utredningstexten. Här kan nämnas att den skärpta synen på sexualbrott redan fått ett genomslag i lagstiftningen, samt avsaknaden av empiriska stöd för att en straffskärpning skulle vara ändamålsenlig i syftet att minska sexualbrottsligheten. I det följande utvecklar vi våra resonemang och tydliggör i vilka delar vi invänder mot utredningens förslag.

Allmänna överväganden

En utgångspunkt vid övervägandet av förstärkningar av det straffrättsliga skyddet är i vad mån en straffskärpning svarar mot de principer som vårt nuvarande straffsystem vilar på. Enligt humanitets-

principen bör straff, som utgör statens yttersta maktmedel mot medborgarna, endast användas när det finns starka skäl för det, och det lidande som straffet tillfogar den enskilde bör inte vara större än vad som är absolut nödvändigt. Det innebär att varje straffskärpning bör föregås av noggranna överväganden och endast genomföras om det inte finns starka skäl. Som tidigare nämnts framgår det av utredningstexten att det saknas sådana skäl som skulle motivera en generell skärpning av straffen för sexualbrotten. Det enda som talar för en straffskärpning är att riksdagen genom flera tillkännagivanden begärt att regeringen ska återkomma till riksdagen med förslag i fråga om enskilda sexualbrott som innebär skärpta straffskalor. Utredningen kommer då till slutsatsen att den, men hänsyn till det starka parlamentariska stödet för att skärpa straffen, bör presentera förslag som i huvudsak tillgodoser riksdagens vilja, om inte starka skäl i det enskilda fallet talar för en annan bedömning.

När det gäller våldtäkt finner utredning att det inte finns några bärande skäl emot att höja straffminimum från två till tre år i linje med riksdagens tillkännagivanden. Här avviker vår uppfattning från utredningens, i det att vi anser att det föreligger starka skäl som talar emot en höjning. Argumenten för vårt ställningstagande emot en straffskärpning gäller framför allt våldtäkt, men har också bäring på, eller konsekvenser för, andra brottstyper.

Det utvidgade våldtäktsbegreppet

När röster höjs för att skärpa straffet för våldtäkt påpekas inte sällan att minimistraffet varit detsamma alltsedan brottsbalken infördes. Sådana argument bortser från det faktum att våldtäktsbestämmelsens tillämpningsområde har utökats markant sedan dess, och att detta medfört kraftiga straffskärpningar för flera olika former av sexuella övergrepp.

Lagändringen 2005 föregicks bland annat av en debatt kring uppmärksammade domar där en eller flera män utnyttjat en kraftigt berusad, ofta ung, kvinna och sedan kommit undan med lindriga straff. I och med lagändringen omrubricerades sådana gärningar från sexuellt utnyttjande till våldtäkt, eller grov våldtäkt om flera deltagit i övergreppet, vilket innebar en straffskärpning från fängelseminimum till två eller fyra års fängelse. År 2013 gjordes ytterligare

ändringar i syfte att även andra situationer där offret möter övergreppet med passivitet, även om hen inte sovit eller varit kraftigt berusad, skulle omfattas av våldtäktsbestämmelsen. Tidigare hade sådana gärningar i princip enbart kunnat straffas som sexuellt ofredande, med en straffskala som sträcker sig från böter till fängelse i högst två år. Den största förändringen skedde dock 2018 då lagen ändrades så att våldtäktsbestämmelsen baseras på avsaknad av frivillighet i stället för förekomst av våld, hot eller utnyttjande av en särskilt utsatt situation. Lagändringen bidrog också till en reell straffskärpning för gärningar som var straffbara som våldtäkt före lagändringen (Brå 2020:6).

Sexualbrottslagstiftningen har alltså reviderats i takt med att samhällets syn på dessa brott förändrats, med straffskärpningar och en utökning av det straffbara området som följd. Två omständigheter har dock behållits oförändrade; brottsbeteckningen våldtäkt och minimistraflet på två år. Detta trots att det i förarbetena till lagändringarna föreslagits att straffbestämmelsen delades upp (SOU 2010:71) eller begreppet våldtäkt utmönstras (SOU 2016:60). Att så inte skett kan i sig vara motiverat, men har också fört med sig vissa problem. Ett sådant är att den gängse uppfattningen av våldtäkt inte alltid överensstämmer med den juridiska definitionen, vilket kan leda till missförstånd gällande hur internationell våldtäktsstatistik ska tolkas (se till exempel Brå 2020:2). Även synpunkter på straffnivån för våldtäkt påverkas naturligtvis av vilken betydelse man lägger i begreppet. Därför bör anspelningar på det ”allmänna rättsmedvetandet” tas med viss försiktighet (se till exempel Jerre och Tham, 2010). Detta gäller i viss mån även den parlamentariska aspekten, då flera riksdagspartier jämte kravet att höja minimistraflet för våldtäkt till tre år så sent som 2018 också anfört att minimistraflet för sexuellt utnyttjande av person i beroendeställning borde höjas till sex månaders fängelse. Det senare brottet införlivades i och med lagändringen 1 juli 2018 i våldtäktsparagrafen. En höjning av straffminimum för våldtäkt till tre år skulle alltså innebära en straffskärpning av gärningar som tidigare rubricerades som sexuellt utnyttjande av person i beroendeställning som är sex gånger högre än vad partierna efterfrågat.

Bristande proportionalitet och ekvivalens

I utredningen anförs att ett skäl till att skärpa minimistraflet för våldtäkt är de straffskärpningar som införts för andra brott mot person, framför allt grov misshandel för vilket minimistraflet höjdes från 1 år till 1 år och 6 månader den 1 juli 2017. Om en misshandel ska anses som grov ska det *särskilt beaktas om gärningen var livsfarlig eller om gärningsmannen har tillfogat en svår kroppsskada eller allvarlig sjukdom eller annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet* (3 kap. 6 § BrB).

I övervägandet om straffskärpningen för misshandel av proportionalitets skäl utgör ett argument att höja straffet för våldtäkt behöver alltså allvaret i de två olika brottstyperna vägas emot varandra, något som inte låter sig enkelt göras.

Ser man till de gärningar som enligt våldtäktsparagrafen efter lagändringen 1 juli 2018 föranleder straffminimum på två år kan det bland annat handla om ofrivilliga moment i annars frivilliga samlag eller kortvariga övergrepp mot en berusad eller sovande person. Oftast utgörs gärningen av ett ofrivilligt samlag, men det är inte ovanligt att övergreppet består av fingrar i underlivet (Brå 2020:6). För att fysiskt våld ska föranleda ett straff som motsvarar tre fjärdedelar av det nuvarande minimistraflet för våldtäkt behöver det kvalificeras på så sätt att våldet ska ha riskerat att döda offret, orsakat en svår skada eller sjukdom eller på annat sätt ha företagits med särskild brutalitet.

Utredningen gör bedömningen att vid en jämförelse med grov misshandel framstår visserligen ett minimistraflet för våldtäkt på tre års fängelse som mycket högt, men att det inte utifrån en sådan jämförelse går att dra slutsatsen att det föreslagna minimistraflet är så oproportionerligt högt att det skulle utgöra ett bärande skäl emot ett genomförande. Vi menar att denna jämförelse är nödvändig och vår uppfattning är att en höjning av minimistraflet för våldtäkt vore oproportionerlig i förhållande till motsvarande straff för misshandel.

Utnyttja bredden i straffskalan

En höjning av straffminimum för våldtäkt kan också riskera att urholka principerna om proportionalitet och ekvivalens, inte bara i förhållande till andra brott utan också inom brottskategorin. Detta kan komma att ske på flera sätt.

Utredningen tar upp att det finns en risk att vissa fall som relativt sett framstår som mindre allvarliga i rättstillämpningen skulle komma att bedömas som mindre grov våldtäkt i framtiden. Utredningen gör dock bedömningen att, även om man inte kan borste från risken för så kallad nedsubsummering, så är utgångspunkten att domstolarna, om rekvisiten för våldtäkt är uppfyllda och gärningen är sådan att den enligt nuvarande praxis inte är mindre grov, inte till följd av en höjning av minimistraffet skulle rubricera gärningen mildare i framtiden. Vi håller med om att domstolarna troligtvis inte kommer tillämpa den mildare gradindelningen i fall där de ser en diskrepans mellan straffvärdet i det enskilda fallet och straffskalan för våldtäkt. Detta då tillämpningen av mindre grov våldtäkt, enligt vår mening, är både tydligt och snävt definierad i rättspraxis. Där emot finns det större utrymme, och risk, för att sådana fall skulle komma att rubriceras som oaktsam våldtäkt. Det skulle innebära negativa konsekvenser, inte bara för proportionaliteten och ekvivalensen i påföljdssystemet, utan också för brottsoffrets känsla av upprättelse och skadeståndets storlek.

Den genomgång av rättspraxis som gjordes inom ramen för Brås uppföljning av lagändringen 2018 (Brå 2020:6) visar på att domstolarna i dag har goda möjligheter att fastställa ett konkret straffvärde som upprätthåller principerna om proportionalitet och ekvivalens genom att ta hänsyn till eventuella försvårande eller förmildrande omständigheter i det enskilda fallet. Straffminimum frångicks också betydligt oftare än tidigare (ibid, s. 63). Med ett höjt minimistraff för våldtäkt finns det risk att spännvidden i straffmätningen minskar och att en större del av påföljderna hamnar nära straffminimum. Om brott av olika allvarhetsgrad straffas ungefär lika går det emot proportionalitetsprincipen.

Avslutande kommentarer

Ovan har vi fört ett resonemang kring varför minimistraflet för våldtäkt inte bör höjas. Flera av argumenten går att applicera på våldtäkt mot barn, inte minst den stora bredden i klandervärde för gärningar som rubriceras så. Därför anser vi inte heller att straffminimum för våldtäkt mot barn bör förändras. För att behålla proportionaliteten i påföljderna för sexualbrotten bör därför även straffen för mindre grov våldtäkt, sexuellt övergrepp, grovt sexuellt övergrepp, sexuellt övergrepp mot barn samt grovt sexuellt övergrepp mot barn lämnas oförändrade

Kommittédirektiv 2020:5

Ett ytterligare förstärkt straffrättsligt skydd mot sexuella kränkningar

Beslut vid regeringsammanträde den 30 januari 2020

Sammanfattning

Det har i närtid skett omfattande förändringar av sexualbrottslagstiftningen. Arbetet med att skapa ett heltäckande och tydligt straffrättsligt skydd mot alla typer av sexuella kränkningar måste dock fortsätta. Det måste också säkerställas att straffskalorna för denna typ av brottslighet står i samklang med dagens syn på brotten. Det finns därför ett behov av att överväga ytterligare åtgärder i skärpande och förtydligande riktning när det gäller sexuella kränkningar.

En särskild utredare ges därför i uppdrag att

- se över bestämmelsen om sexuellt ofredande och överväga om ett grovt brott bör införas,
- analysera och se över principerna för och bestämmelserna som rör straffansvaret för sexualbrott på distans samt för utnyttjande av barn för sexuell posering, analysera om samlagsbegreppet i 6 kap. brottsbalken behöver förändras,
- se över straffskalorna för sexualbrotten i 6 kap. brottsbalken och lämna förslag på de förändringar som kan behövas för att dessa i tillräcklig mån ska spegla brottens allvar, och
- utreda vissa frågor om spårsäkring efter sexualbrott.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2021.

Behovet av att tillsätta en utredning med syftet att åstadkomma ett förstärkt straffrättsligt skydd mot sexuella kränkningar

Ett tydligt och väl avgränsat straffansvar är en förutsättning för ett starkt skydd mot sexuella kränkningar

Den 1 juli 2018 trädde den nya s.k. samtyckeslagstiftningen i kraft, efter förslag i propositionen En ny sexualbrottslagstiftning byggd på frivillighet (prop. 2017/18:177). Lagstiftningen innebär att gränsen för straffbar gärning numera går vid om deltagandet i en sexuell aktivitet är frivilligt eller inte. Det krävs inte längre att gärningsmannen har använt sig av våld eller hot, eller utnyttjat offrets särskilt utsatta situation, för att han eller hon ska kunna dömas för t.ex. våldtäkt. Genom lagstiftningen klargjordes också att det vid bedömningen av om bl.a. ett våldtäktsbrott är grovt särskilt ska beaktas om gärningsmannen med hänsyn till offrets låga ålder visat särskild hänsynslöshet eller råhet. Vidare infördes ett särskilt oaktsamhetsansvar för de allvarligaste sexualbrotten, oaktsam våldtäkt och oaktsamt sexuellt övergrepp, samt ett stärkt straffrättsligt skydd för sexualbrott mot barn vid oaktsamhet hos gärningsmannen i fråga om barnets ålder. När det gäller straffen, höjdes minimistraffet för grov våldtäkt och grov våldtäkt mot barn från fängelse i fyra år till fängelse i fem år.

Den 1 januari 2018 trädde en skärpt lagstiftning om kontakt med barn i sexuellt syfte i kraft. Ansvar inträder numera redan när en vuxen eller annan straffmyndig person föreslår en träff eller stämmer träff med ett barn under 15 år i syfte att begå en gärning för vilken straff föreskrivs i 6 kap. 4, 6, 8 eller 10 § brottsbalken. Brottsbeteckningen ändrades från kontakt med barn i sexuellt syfte till kontakt för att träffa ett barn i sexuellt syfte och maximistraffet för brottet höjdes från fängelse i ett år till fängelse i två år, se prop. 2016/17:214 Effektivare lagstiftning mot vuxnas kontakter med barn i sexuellt syfte.

Dessutom har nyligen skett bl.a. en skärpning av straffskalan för köp av sexuell handling av barn, se prop. 2018/19:157 Straffrättsliga åtgärder mot utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling.

Sverige är sedan 1990 folkrättsligt bundet av FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) som blev svensk lag den 1 januari 2020, se prop. 2017/18:186 Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter. Enligt artikel 34 ska konventionsstaterna särskilt vidta alla lämpliga åtgärder för att förhindra att barn

förmås eller tvingas att delta i en olaglig sexuell handling, att barn utnyttjas för prostitution eller annan olaglig sexuell verksamhet, att barn utnyttjas i pornografiska föreställningar och i pornografiskt material.

Arbetet mot alla typer av sexuella kränkningar är en högt prioriterad fråga för regeringen. Trots de omfattande förändringar som sexualbrottslagstiftningen nyligen har genomgått finns det ett antal frågor som, särskilt mot bakgrund av tillkännagivanden från riksdagen, behöver belysas ytterligare för att säkerställa ett väl avgränsat och tydligt straffrättsligt skydd mot sexuella kränkningar.

Sexualbrottens straffskalor behöver ses över

Ett brotts straffskala ger uttryck för lagstiftarens syn på gärningens allvar och förhållande till andra brott och brottstyper. Grundläggande för straffskalornas utformning är principerna om proportionalitet och ekvivalens. Principerna innebär att svårare brott ska bestraffas strängare än lindriga brott och att lika svåra brott ska bestraffas lika strängt.

Som framgår ovan har sexualbrottslagstiftningen under senare år förändrats vid flera tillfällen både när det gäller straffbestämmelsernas tillämpningsområden och enskilda straffskalor. Förändringar i straffskalorna har även gjorts för andra brott, exempelvis för de allvarliga våldsbrotten. Det finns redan av den anledningen skäl att göra en sammanhållen och grundlig översyn av straffskalorna för sexualbrotten i syfte att säkerställa att straffsystemet uppfyller kraven på ekvivalens och proportionalitet. Ytterligare ett skäl att överväga förändringar i straffskalorna har att göra med den förändrade och skärpta syn på sexualbrotten i samhället som kommer till uttryck i den allmänna debatten och genom riksdagens tillkännagivanden om vilka straffskalor som sexualbrotten bör ha.

Slutligen har Europeiska kommissionen genom en skrivelse inom ramen för det s.k. EU Pilotprojektet EUP[2019]9464 och genom en formell underrättelse, som inkom till Sveriges ständiga representation vid Europeiska unionen den 25 respektive den 26 juli 2019, ifrågasatt införlivandet i nationell lagstiftning av direktiv 2011/93/EU om bekämpande av sexuella övergrepp mot barn, sexuell exploatering av barn och barnpornografi samt om ersättande av rådets ram-

beslut 2004/68/RIF när det gäller bl.a. straffskalor avseende vissa sexualbrott mot barn.

Förbättrad möjlighet till utredning av sexualbrott genom spårsäkring

2014 års sexualbrottskommitté granskade hälso- och sjukvårdens arbete med att bistå rättsväsendets myndigheter vid utredning av sexualbrott och kom fram till att det i huvudsak fungerade tillfredsställande. Genom den spårsäkringssats som tagits fram av dåvarande Statens kriminaltekniska laboratorium och Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) säkerställs även att en tillförlitlig och komplett spårsäkring kan göras vid brottsoffrets första kontakt med vården, oavsett var i landet detta sker och vid vilken dag och tidpunkt. Enligt utredningen fanns det dock vissa problem som borde åtgärdas med hanteringen av de prover som tas vid spårsäkringen. Bland annat sparade inte alla kliniker prover från spårsäkringssatserna i två år, i enlighet med NCK:s rekommendationer.

Socialstyrelsen fick 2017 i uppdrag av regeringen att se över om det är lämpligt att genom föreskrifter ålägga hälso- och sjukvården att spara prover från spårsäkringssatser i två år. Enligt Socialstyrelsens redovisning är det angeläget att prover och andra bevis som har samlats in i en spårsäkringssats kan användas vid en eventuell rättsprocess om sexualbrott. Socialstyrelsens slutsats var dock att bl.a. ansvaret för spårsäkring behöver utredas innan det kan göras en bedömning av om det är lämpligt att i författning reglera en skyldighet för hälso- och sjukvården att spara spårsäkringssatser från sexualbrott viss tid. Utredningens uppdrag bör därför även inrymma frågor om spårsäkring.

Uppdraget om ett tydligt och väl avgränsat straffansvar

Är tillämpningsområdet för sexuellt ofredande avgränsat på rätt sätt och bör brottet gradindelas?

Sexuellt ofredande regleras i 6 kap. 10 § brottsbalken. Första stycket avser brott mot barn under femton år. Där föreskrivs att den som, i annat fall än som avses förut i detta kapitel, sexuellt berör ett barn under femton år eller förmår barnet att företa eller medverka i någon

handling med sexuell innebörd, döms för sexuellt ofredande till böter eller fängelse i högst två år. Bestämmelsen är alltså subsidiär till föregående bestämmelser i 6 kap. brottsbalken, vilket innebär att för en gärning som innefattar en mer kvalificerad sexuell handling, dvs. en handling som är mer kränkande, kommer andra bestämmelser och inte ofredandebestämmelsen att tillämpas.

Bestämmelsens andra stycke avser såväl handlingar mot barn som handlingar mot vuxna. För sexuellt ofredande enligt andra stycket döms den som blottar sig för någon annan på ett sätt som är ägnat att väcka obehag eller annars genom ord eller handlande ofredar en person på ett sätt som är ägnat att kränka personens sexuella integritet. Eftersom även andra stycket är subsidiärt i förhållande till de föregående brotten i 6 kap. brottsbalken, tillämpas inte heller det stycket på gärningar som innefattar en mer kvalificerad sexuell handling. Med rekvisitet ”ägnat att” avses att det ska vara fråga om gärningar som typiskt sett väcker obehag respektive kränker den andres sexuella integritet. Offrets uppfattning om vad som är kränkande har inte någon avgörande betydelse. Högsta domstolen har nyligen prövat rekvisitet i rättsfallen NJA 2018 s. 443 och i NJA 2018 s. 1091. För bedömningen kan det vara av betydelse mot vem handlandet företas och den kan påverkas av såväl tids- som miljöförhållandena. En och samma handling kan vara ägnad att kränka ett barns sexuella integritet men inte en vuxens. Varje angrepp med sexuell inriktning mot en enskild person är inte ägnat att kränka den personens sexuella integritet. Att använda könsord och göra andra yttranden med sexuell innehåll faller utanför tillämpningsområdet om syftet är annat än rent sexuellt, t.ex. att uttala en svordom.

I rättstillämpningen har det rått osäkerhet kring om det för att rekvisitet ”annars genom ord eller handlande ofredar en person på ett sätt som är ägnat att kränka personens sexuella integritet” ska vara uppfyllt krävs att den angripne har uppfattat gärningen när den företogs. I rättsfallet NJA 2017 s. 393 ansåg Högsta domstolen emellertid att fotografering under en kvinnas kjol i omedelbar närhet av hennes underliv utgjorde sexuellt ofredande fastän kvinnan inte uppfattade angreppet när det skedde. Högsta domstolen konstaterade att mannen för att fotografera fört upp sin hand i omedelbar närhet av kvinnans underliv. Handlandet utgjorde ett tydligt intrång i hennes rätt att bestämma över sin kropp. Gärningen var att jämställa med ett handlande som innefattar beröring.

Riksdagen har tillkännagett för regeringen att det bör införas ett nytt brott, grovt sexuellt ofredande, med en straffskala på fängelse i minst nio månader och högst tre år (bet. 2016/17:JuU16 punkt 12, rskr. 2016/17:211 och bet. 2017/18:JuU29, rskr. 2017/18:302). Vidare har riksdagen tillkännagett för regeringen att den skyndsamt bör återkomma med ett lagförslag om grovt sexuellt ofredande (bet. 2018/19:JuU11 punkt 15, rskr. 2018/19:181). Den nämnda brottsrubriceringen skulle omfatta situationer där t.ex. gärningspersoner i grupp angriper en person eller där gärningspersonen på något annat sätt har agerat särskilt hänsynslöst eller kränkande.

Riksdagen har vidare tillkännagett för regeringen att bestämmelsen om kränkande fotografering bör utvärderas i syfte att säkerställa att den omfattar alla situationer som den rimligtvis borde omfatta (bet. 2016/17:JuU16 punkt 9, rskr. 2016/17:211). Mot bakgrund av tillkännagivandet har Brottsförebyggande rådet (Brå) haft i uppdrag att följa upp hur lagen om kränkande fotografering tillämpats inom rättsväsendet. Av rapporten Kränkande fotografering – en uppföljning av lagens tillämpning (2019:7) framgår bl.a. att rekvisitet ”annat liknande utrymme” i 4 kap. 6 a § brottsbalken tenderar att tolkas restriktivt och att integritetskränkande smygfotografering på offentliga platser, som sker på ett visst avstånd, varken omfattas av bestämmelsen om kränkande fotografering eller av bestämmelserna om sexuellt ofredande eller ofredande. Brå anger att, om en utökad tillämpning skulle förordas skulle straffansvaret kunna utvidgas, antingen genom en omprövning av rekvisiten för brottet kränkande fotografering eller genom en justering av rekvisiten i andra bestämmelser, t.ex. bestämmelsen om sexuellt ofredande.

Straffbestämmelsen som reglerar sexuellt ofredande består av olika gärningar. Trots att Högsta domstolen i ett antal avgöranden nyligen har tagit ställning till frågor om tillämpningsområdet och rättsläget därmed har klarnat kan det ifrågasättas om straffbestämmelsen är ändamålsenligt utformad. Som ett led i att åstadkomma ett väl avgränsat och tydligt straffrättsligt skydd mot sexuella kränkningar finns det också skäl att analysera och ta ställning till om grovt sexuellt ofredande bör införas som en ny brottstyp för allvarliga sexuella kränkningar där den straffbara gärningen inte når upp till en s.k. sexuell handling.

Utredaren ska därför

- analysera tillämpningsområdet för sexuellt ofredande och bedöma om straffbestämmelsen är ändamålsenligt utformad samt analysera vilka förändringar i regleringen som krävs om ett grovt brott införs,
- inom ramen för analysen av bestämmelsen om sexuellt ofredande analysera och ta ställning till om smygfotoografering på ett visst avstånd bör kriminaliseras och i så fall lämna förslag på hur det kan åstadkommas,
- analysera och ta ställning till om det bör införas ett nytt brott, grovt sexuellt ofredande, som omfattar situationer där t.ex. gärningspersoner i grupp angriper en person eller där en gärningsperson på något annat sätt har agerat särskilt hänsynslöst eller kränkande,
- oavsett ställningstagande när det gäller frågan om grovt sexuellt ofredande bör införas lämna förslag på en sådan reglering, och
- vid behov lämna andra nödvändiga författningsförslag.

Vilka principer bör gälla för sexualbrott på distans?

I rättsfallet NJA 2015 s. 501 prövade Högsta domstolen om en handling bestående i att en man hade förmått ett barn att smeka sina bröst och onanera inför honom utgjorde ett straffbart handlande enligt bestämmelsen om sexuellt övergrepp mot barn. Kontakten mellan mannen och barnet hade ägt rum genom videosamtal över internet. Gärningsmannen och målsäganden hade alltså inte befunnit sig på samma fysiska plats, men däremot stått i direktkontakt med varandra. Högsta domstolen fann att den åtalade gärningen innefattade ett straffbart handlande enligt bestämmelsen om sexuellt övergrepp mot barn.

I rättsfallet NJA 2018 s. 1103 prövades om den som via internet förmår någon att senare i ensamhet utföra en sexuell handling på sig själv, filma detta och sedan överföra videosekvenserna till gärningsmannen kan dömas för sexuellt övergrepp mot barn. Till skillnad från i 2015 års rättsfall var det alltså inte fråga om att målsäganden skulle onanera inför den tilltalade. Högsta domstolen menade att genomförande av en sexuell handling med någon annan språkligt sett måste anses innefatta ett krav på att gärningsmannen är närvarande,

inte på det sätt att gärningsmannen och målsäganden måste befinna sig på samma fysiska plats, utan i den bemärkelsen att gärningsmannen på något sätt deltar under den del av händelseförloppet som innehåller det agerande av målsäganden som kan kvalificera handlingen som sexuell. Rekvisitet ”att genomföra en sexuell handling med ett barn” kunde med hänsyn till legalitetsprincipen därför inte omfatta att förmå ett barn att senare i ensamhet utföra en sexuell handling på sig själv, filma detta och sedan överföra videosekvensen till den tilltalade.

Utvecklingen av teknik och användningen av internet gör att sexualbrott på distans kan ta sig nya former men också ske var som helst i världen.

Det finns behov av att se över vilka principer som bör gälla för straffansvaret för sexualbrott på distans och överväga om utformningen av relevanta straffbestämmelser behöver förändras med anledning av de ställningstaganden som görs. En fråga som särskilt aktualiseras vid sexualbrott på distans är om straffbestämmelserna om våldtäkt och våldtäkt mot barn behöver förändras för att säkerställa att de kan tillämpas även i fall där gärningsmannen förmår två andra personer att ha samlag med varandra.

Utredaren ska därför

- överväga och ta ställning till vilka principer som bör gälla för straffansvaret för sexualbrott på distans och analysera om utformningen av relevanta straffbestämmelser bör ändras med anledning av ställningstagandena eller om bestämmelserna behöver förtydligas, och
- vid behov lämna nödvändiga författningsförslag.

Vilka principer bör gälla för brottet utnyttjande av barn för sexuell posering?

Högsta domstolen har nyligen beslutat att inte meddela prövningstillstånd till ett överklagande från riksåklagaren efter att en man frikänts från grovt utnyttjande av barn för sexuell posering (Högsta domstolens beslut den 9 oktober i mål nr B 4925-19).

Bakgrunden till överklagandet var att den tilltalade, som utsatt en svårt funktionsnedsatt flicka på åtta år för flera grova sexuella övergrepp och filmat detta, dömdes för bl.a. grov våldtäkt mot barn och

grovt sexuellt övergrepp mot barn men frikändes från åtalet för utnyttjande av barn för sexuell posering. Enligt hovrätten innebär bestämmelsen om utnyttjande av barn för sexuell posering att det krävs någon form av eget deltagande från barnets sida för att det ska kunna bli fråga om att utföra eller medverka i en posering. I fallet var det enbart den tilltalade som hade vidrört barnet på olika sätt och blottat hennes könsorgan medan målsäganden inte själv hade gjort någonting som skulle kunna tolkas som att hon utförde en sexuell posering eller medverkade i en sådan handling. Av detta skäl ansåg hovrätten att den tilltalade inte kunde dömas för det brottet.

Högsta domstolen har inte prövat något fall som gäller vilka krav på aktivt deltagande i den sexuella handlingen från barnets sida som krävs för att utnyttjande för sexuell posering ska anses ha skett. Straffbestämmelsens förarbeten ger inte heller något klart svar på frågan. Den hovrättspraxis som finns på området pekar åt olika håll.

Utnyttjande av barn för sexuell posering är inte ett ovanligt brott hos åklagare eller i domstol. Mot bakgrund av de oklarheter kring bestämmelsens tillämpningsområde som råder finns det anledning att se över om bestämmelsen bör kompletteras eller förtydligas i något avseende.

Utredaren ska därför

- överväga och ta ställning till vilka principer som bör gälla för straffansvaret för utnyttjande av barn för sexuell posering och analysera om utformningen av straffbestämmelsen bör ändras med anledning av ställningstagandena eller om bestämmelsen behöver förtydligas, och
- vid behov lämna nödvändiga författningsförslag.

Bör samlagsbegreppet i 6 kap. brottsbalken och samlag som jämförelsenorm förändras?

De sexualhandlingar som träffas av våldtäktsbestämmelserna är samlag och andra sexuella handlingar som med hänsyn till kränkningens allvar är jämförliga med samlag. Med samlag avses i brottsbalken endast vaginala samlag. Det kan tyckas vara en förlegad syn på samlag som inte överensstämmer med den allmänna uppfattningen eller modernt språkbruk. 2014 års sexualbrottskommitté ansåg därför att begreppet samlag i brottsbalken skulle avse vaginala, orala och anala

samlag och föreslog att bestämmelserna om samlag med avkomling och samlag med syskon skulle ändras så att det av paragrafen framgår att endast vaginala samlag avses i just de sammanhangen.

Regeringen ansåg dock att en sådan ändring som kommittén ville åstadkomma förutsätter en ändring i lagtexten i våldtäktsbestämmelserna och inte kan genomföras på det sätt kommittén föreslagit. Regeringen menade också att det kunde ifrågasättas om det är lämpligt att lägga till ytterligare jämförelsenormer i lagtexten som kan vara svåra att definiera. Kommitténs förslag för att åstadkomma ett könsneutralt samlagsbegrepp ansågs således inte lämpligt att genomföra. Något beredningsunderlag för att på annat sätt åstadkomma en könsneutral reglering i detta hänseende fanns inte.

Det finns behov av att ytterligare belysa frågorna om samlagsbegreppet och samlag som jämförelsenorm för våldtäkt och våldtäkt mot barn.

Utredaren ska därför

- analysera om samlagsbegreppet behöver förändras med hänsyn till intresset av att lagstiftningen är så könsneutral som möjligt,
- i det sammanhanget även analysera lämpligheten av att använda vaginalt samlag som jämförelsenorm för vilka sexuella handlingar som är så kränkande att de faller under tillämpningsområdet för de allvarligaste sexualbrotten våldtäkt och våldtäkt mot barn, och
- vid behov lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att se över straffskalorna för sexualbrotten

Som anges ovan finns det ett behov av att göra en översyn av straffskalorna för sexualbrotten. Därutöver har riksdagen genom tillkännagivanden uttalat sig mer specifikt om vissa straffskalor.

När det gäller våldtäkt har riksdagen tillkännagett för regeringen att minimistrafvet för våldtäkt av den s.k. normalgraden ska höjas från fängelse i två år till fängelse i tre år (bet. 2017/18:JuU29 punkt 7, rskr. 2017/18:302 och bet. 2018/19:JuU11 punkt 13, rskr. 2018/19:181).

Riksdagen har också tillkännagett för regeringen att minimistrafvet för *sexuellt övergrepp* bör höjas från fängelse i 14 dagar till fängelse i minst sex månader (bet. 2018/19:JuU11 punkt 14, rskr. 2018/19:181).

Vidare har riksdagen tillkännagett för regeringen att straffskalan för *köp av sexuell handling* av barn bör skärpas dels genom att minimistraflet höjs från böter till fängelse i lägst sex månader, dels genom att maximistraflet höjs från fängelse i två år till fängelse i fyra år (bet. 2017/18:JuU29 punkt 8, rskr. 2017/18:302).

Det senare tillkännagivandet har delvis tillgodosetts genom de lagändringar som trädde i kraft den 1 januari 2020 och som innebar att straffskalan för köp av sexuell handling av barn skärptes, dels genom att minimistraflet höjdes från böter till fängelse, dels genom att maximistraflet höjdes från fängelse i två år till fängelse i fyra år. Vidare ändrades brottsbeteckningen till *utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling* (prop. 2018/19:157 Straffrättsliga åtgärder mot utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling). I propositionen bedömer regeringen att straffbestämmelsen om utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling inte bör gradindelas genom införande av ett grovt brott. Till följd av riksdagens tillkännagivande, där det anförs att det kan finnas fall av köp av sexuell handling av barn med ett lägre straffvärde än sex månaders fängelse, finns det dock på nytt behov att överväga om brottet bör gradindelas.

Riksdagen har, som redogjorts för ovan, vidare tillkännagett för regeringen att det bör införas ett nytt brott, *grovt sexuellt ofredande*, med en straffskala på fängelse i minst nio månader och högst tre år (bet. 2016/17:JuU16 punkt 12, rskr. 2016/17:211, bet. 2017/18: JuU29, rskr. 2017/18:302 och bet. 2018/19:JuU11 punkt 15, rskr. 2018/19:181).

Sammanfattningsvis har riksdagen alltså uttryckt att sexualbrotten bör ha straffskalor som bättre speglar brottens allvar.

Utredaren ska därför

- göra en översyn av straffskalorna för sexualbrotten i 6 kap. brottsbalken och lämna förslag på de förändringar i straffskalorna som kan behövas för att dessa i tillräcklig mån ska spegla brottens allvar.

Uppdraget att överväga förbättringar rörande utredning av sexualbrott

Hälso- och sjukvården är ofta den instans som akut möter en person som har blivit utsatt för ett sexualbrott. Personalen måste ha en beredskap för att kunna erbjuda den vård och den omsorg som

patienten behöver. Dessutom är hälso- och sjukvården en viktig länk till rättsväsendet genom att säkra spår från förövare som kan användas i en rättsprocess – s.k. spårsäkring. Läkare inom den offentliga hälso- och sjukvården har en skyldighet att utföra spårsäkring vid sexualbrott då det sker på begäran av Polismyndigheten. För närvarande saknas det dock en skyldighet för hälso- och sjukvården att utföra spårsäkring utan en sådan begäran. Vidare finns det ingen tydlig reglering av ansvaret att utföra spårsäkring vid sexualbrott samt hur lång tid spårsäkringssatser ska sparas. Spårsäkringssatser kan vara avgörande bevis för att ett brott ska kunna styrkas. Det är därför viktigt att personer som har utsatts för sexualbrott tillförsäkras att spårsäkringen är rättssäker, jämlik och enhetlig över landet.

Enligt patientlagen (2014:821) får hälso- och sjukvård inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av den lagen eller någon annan lag. Det anges också att patienten när som helst får ta tillbaka sitt samtycke. Enligt Socialstyrelsens rapport om spårsäkring från 2018 är det oklart om hälso- och sjukvårdens spårsäkring omfattas av patientlagens bestämmelse om samtycke. Oklarheten gäller även om det skulle införas en författningsreglerad skyldighet för hälso- och sjukvården att utföra spårsäkring oavsett om polisen begär det eller inte.

Det finns också behov av att se över hur uppgifter från en spårsäkring dokumenteras av hälso- och sjukvården för att uppfylla kraven i gällande rätt. Till exempel bör vissa uppgifter enligt patientdatalagen (2008:355) inte ingå i patientjournalen. Om vissa uppgifter inte får ingå i patientjournalen kan det finnas behov av författningsändringar, för att vården ska ha en rättslig grund för sin dokumentation.

Utredaren ska därför

- utreda hälso- och sjukvårdens ansvar för att utföra spårsäkring efter sexualbrott, bl.a. om det är hälso- och sjukvården eller någon annan aktör som bör åläggas att spara spårsäkringssatser viss tid, samt klargöra kostnadsansvaret för spårsäkringssatserna,
- ta ställning till hur tillsynen över spårsäkringen bör gå till,
- analysera om det bör regleras att spårsäkring endast får ske efter ett informerat samtycke från brottsoffret samt klargöra vad som gäller om brottsoffret inte längre vill att spårsäkringssatsen sparas,
- i det sammanhanget klargöra om det finns behov av att se över frågan om vårdnadshavares samtycke till spårsäkring avseende barn, med utgångspunkten att en spårsäkring ska kunna utföras när det bedöms vara till barnets bästa och även i de fall vårdnadshavares samtycke saknas,
- överväga och ta ställning till hur uppgifter från en spårsäkring bör dokumenteras samt analysera om den personuppgiftsbehandling som sker vid hälso- och sjukvårdens spårsäkring behöver regleras ytterligare,
- lämna nödvändiga författningsförslag, och
- om det föreslås att ansvarsfördelningen mellan olika aktörer ska ändras, vid behov lämna förslag på ändringar i sekretessregleringen som möjliggör överföring av uppgifter mellan olika aktörer.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska ha jämställdhets-, likabehandlings-, ungdoms- och barnrättsperspektiv i de analyser som görs. All statistik som kan komma att redovisas ska vara köns- och åldersuppdelad. Om förslagen inte bedöms ha betydelse för jämställdheten mellan kvinnor och män ska detta motiveras. Utredaren ska bedöma konsekvenserna av samtliga förslag som berör barn och unga utifrån att Sverige har ratificerat barnkonventionen och Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet, Istanbulkonventionen.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Under uppdraget ska utredaren samråda med myndigheter och organisationer i den utsträckning det bedöms lämpligt. Utredaren ska också inhämta information från t.ex. övriga nordiska länder om hur de har reglerat de frågor som uppdraget avser samt ta del av den kunskap och erfarenhet som de har på området.

Utredaren ska hålla sig informerad om och vid behov beakta relevant arbete som pågår inom Regeringskansliet, utredningsväsendet och EU.

Brå har fått i uppdrag av regeringen att följa upp och analysera lagtillämpningen av våldtäktsbrottet efter de lagändringarna som infördes den 1 juli 2018 och ska redovisa uppdraget senast den 15 juni 2020 (Ju2019/04150/KRIM). Utredaren ska inom ramen för sitt uppdrag beakta resultatet av Brås utvärdering.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2021.

(Justitiedepartementet)

Kommittédirektiv 2020:75

Tilläggsdirektiv till 2020 års sexualbrottsutredning (Ju 2020:02)

Beslut vid regeringsammanträde den 9 juli 2020

Utvidgning av och förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 30 januari 2020 kommittédirektiv om ett ytterligare förstärkt straffrättsligt skydd mot sexuella kränkningar (dir. 2020:5). Enligt utredningens direktiv skulle uppdraget redovisas senast den 31 mars 2021.

Uppdraget till utredningen utvidgas till att föreslå förändringar i straffskalan för köp av sexuell tjänst som innebär att minimistramffet höjs från böter till fängelse.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget i sin helhet ska i stället redovisas samlat senast den 31 maj 2021.

Uppdraget att föreslå förändringar i straffskalan för köp av sexuell tjänst

Enligt 6 kap. 11 § brottsbalken döms den som skaffar sig en tillfällig sexuell förbindelse mot ersättning för köp av sexuell tjänst till böter eller fängelse i högst ett år.

Den nuvarande straffskalan för köp av sexuell tjänst infördes den 1 juli 2011 då maximistramffet höjdes från fängelse i sex månader till fängelse i ett år (prop. 2010/11:77 *Skärpt straff för köp av sexuell tjänst*). Bakgrunden till straffskärpningen var att en utvärdering av tillämpningen av förbudet mot köp av sexuell tjänst hade visat att det fanns en stor likformighet när det gällde bedömningen av straffvärde och

påföljdsval. Sedan Högsta domstolen 2001 prövat frågan om straffmätning för ett köp av sexuell tjänst (se rättsfallet NJA 2001 s. 527) hade mer än 85 procent av alla lagföringar för brottet medfört påföljden 50 dagsböter. Normalpåföljden för köp av sexuell tjänst är alltså jämt dagsböter.

Det är inte ovanligt att prostitution har en koppling till människohandel. Lagstiftningen om människohandel har skärpts och utvecklats på flera sätt sedan den första straffbestämmelsen infördes 2002 (se prop. 2003/04:111 *Ett utvidgat straffansvar för människohandel*, prop. 2009/10:152 *Förstärkt straffrättsligt skydd mot människohandel* och prop. 2017/18:123 *Det straffrättsliga skyddet mot människohandel och människoexploatering*). Över tid har också fler kommit att dömas för människohandel. Även straffet för grovt koppleri skärptes 2018 som ett led i att förstärka det straffrättsliga skyddet mot människohandelsliknande situationer som innebär en hänsynslös exploatering av personer som har tillfälliga sexuella förbindelser mot ersättning (prop. 2017/18:123 s. 31).

Köp av sexuella tjänster ska inte förekomma i vårt samhälle. Prostitution medför skador både för den enskilda individen och för samhället i stort. De personer som säljer sexuella tjänster befinner sig ofta i en mycket utsatt situation och utnyttjas inte sällan hänsynslöst av såväl köpare som kopplare eller människohandlare. Prostitution utgör vidare ett allvarligt hinder mot social jämlikhet och jämställdhet mellan könen.

Det är angeläget att straffskalan för ett brott motsvarar brottets allvar. Synen på sexualbrotten har förändrats och skärpts vilket kommit till uttryck bl.a. genom införandet av den s.k. samtyckeslagstiftningen (prop. 2017/18:177 *En ny sexualbrottslagstiftning byggd på frivillighet*). Utredningen har vidare ett pågående uppdrag att se över straffskalorna för sexualbrotten i 6 kap. brottsbalken och lämna förslag på de förändringar som kan behövas för att dessa i tillräcklig mån ska spegla brottets allvar.

Enligt regeringen finns det skäl att skärpa synen även på brottet köp av sexuell tjänst. Regeringen anser att böter som påföljd för köp av sexuell tjänst inte fullt ut kan anses motsvara allvaret i gärningen och att böter därför bör tas bort ur straffskalan.

Utredaren ska därför

- inom ramen för den översyn av straffskalorna för sexualbrotten i 6 kap. brottsbalken som ska göras, också föreslå förändringar i straffskalan för köp av sexuell tjänst som innebär att minimistraffet höjs från böter till fängelse.

Redovisning av uppdraget

Utredningstiden förlängs. Uppdraget i sin helhet ska i stället redovisas samlat senast den 31 maj 2021.

(Justitiedepartementet)

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

- En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]
- Ett moderniserat konsumentskydd. [17]
- Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]
- Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]
- Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]

Infrastrukturdepartementet

- Säker och kostnadseffektiv it-drift rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]
- Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]
- Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]
- Kontroller på väg. [31]

Justitiedepartementet

- Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]
- Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]
- Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]
- Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]
- En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]
- Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]
- Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]

- Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]
- Struktur för ökad motståndskraft. [25]
- Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]
- En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. [35]
- Gode män och förvaltare – en översyn. [36]
- En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]
- Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. [43]

Kulturdepartementet

- Immunitet för utställningsföremål. [28]

Miljödepartementet

- Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]
- En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]
- Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. [24]
- Använd det som fungerar. [26]

Socialdepartementet

- Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]
- God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]
- När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]
- Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]
- En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]

Hårdare regler för nya nikotinprodukter.
[22]

Börja med barnen! En sammanhållen god
och nära vård för barn och unga. [34]

Stärkt rätt till personlig assistans.
Ökad rättssäkerhet för barn, fler
grundläggande behov och tryggare
sjukvårdande insatser. [37]

Ombuds tillgång till vård- och
omsorgsuppgifter och förenklad
behörighetskontroll inom vården. [39]

VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning.
[3]

Bättre möjligheter för elever att nå
kunskapskraven – aktivt stöd- och
elevhälsoarbete samt stärkt utbildning
för elever med intellektuell funktions-
nedsättning. [11]

Kampen om tiden
– mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett
tryggt källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet
av en ny årskurs 1 i grundskolan,
grundsärskolan, specialskolan och
sameskolan. [33]



Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0117-7 ISSN 0375-250X

2791 (2870)

Omslag: Elanders Sverige AB

10

Hälso- och
sjukvårdsdirektörens plan
för återöppnande av
förlossningen på Karlskoga
lasarett

20RS1774

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 20RS1774

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för återöppnande av förlossningen på Karlskoga lasarett

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna hälso- och sjukvårdsdirektörens reviderade plan för återöppnande av förlossningen på Karlskoga lasarett.

Sammanfattning

Kvinnoklinikens verksamhetschef tog den 29 maj 2019 beslut att förlossningen i Karlskoga skulle stänga från och med den 15 juni 2019. Beslutet togs mot bakgrund av att patientsäkerheten för de akut sjuka nyfödda barnen inte kunde tillgodoses.

Ett återöppnande av förlossningen i Karlskoga förutsätter att Region Örebro län långsiktigt och hållbart kan upprätthålla och säkerställa en patientsäker vård. Hälso- och sjukvården ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) bedriva ett patientsäkerhetsarbete som är förebyggande vilket innebär ett arbete med att identifiera risker i vården och att sedan verka för att dessa elimineras så att undvikbara vårdskador inte ska uppstå.

En arbetsgrupp med berörda verksamhetschefer och chefläkare arbetade under hösten 2019 med att ta fram förutsättningar för ett återöppnande av förlossningen i Karlskoga. Arbetet ledde fram till rapporten "Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett", som presenterades för nämnden den 26 februari 2020. Hälso- och sjukvårdsdirektörens sammanvägda bedömning var då att förlossningen i Karlskoga bedömdes kunna återöppnas tidigast vid årsskiftet 2024/2025 under förutsättning att föreslagna bemanningsåtgärder har varit framgångsrika.

I enlighet med beslut på regionfullmäktiges sammanträde 24 september 2020 tog hälso- och sjukvårdsdirektören fram upphandlingsdokument (förfrågningsunderlag) för upphandling av förlossningsverksamhet i Region Örebro läns lokaler på Karlskoga lasarett. Den 28 april 2021 fattade hälso- och sjukvårdsnämnden beslut om att framtaget förfrågningsunderlag godkändes för annonsering.

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 20RS1774

Region Örebro län genomförde därefter upphandling avseende förlossningsverksamheten i Karlskoga. Vid sammanträde den 30 augusti 2021 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att avbryta upphandlingen med hänsyn till att inga anbud inkommit samt att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att till nämnden den 29 september 2021 återkomma med en reviderad plan och justerad tidplan för ett skyndsamt återöppnande av förlossningen i Karlskoga utifrån ”Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett” (20RS1774) som presenterades för nämnden den 26 februari 2020.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Till grund för planen för återöppnandet av förlossningsverksamheten i Karlskoga ligger FNs konvention om barns rättigheter och dess 24:e artikel om att barn har rätt till bästa möjliga hälsa, tillgång till hälso- och sjukvård samt rehabilitering.

Ekonomiska konsekvenser

De ekonomiska konsekvenserna redovisas i rapporten.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-09-29

Reviderad plan för återöppnande av förlossningen på Karlskoga lasarett

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

(Ange vem/vilka beslutet ska skickas till)

Hälso- och sjukvårdsdirektörens reviderade plan för att skyndsamt återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett

Version: 1

Hälso- och sjukvårdsdirektörens reviderade plan för att skyndsamt återöppna förlossningen vid Karliskoga lasarett

Jonas Claesson

2021-09-07

Innehåll

1.	Sammanfattning	4
2.	Bakgrund	4
3.	Fortsatt gällande förutsättningar	5
4.	Övergripande analys av förutsättningar	6
5.	Övergripande aktivitets- och tidsplan	7
5.1	Steg 1 – Kapacitet inom neonatologi	7
5.2	Steg 2 – Kapacitet inom obstetrik och barnmedicin	7
5.3	Steg 3 – Kapacitet inom anesthesiologi	8
6.	Detaljerad bemanningsplanering och gapanalys	9
6.1	Barnläkare med grenspecialitet neonatologi	9
6.2	Barnsjuksköterskor med kompetens i neonatologi	10
6.3	Barnläkare utan grenspecialitet neonatologi	11
6.4	Gynekologer och obstetriker	11
6.5	Barnmorskor	12
6.6	Anesthesiologer	12

1. Sammanfattning

FN:s konvention om barns rättigheter, eller barnkonventionen, är sedan 1/1 2020 lag i Sverige. I barnkonventionen uttrycks bland annat att alla barn har lika rättigheter, att barnets bästa går först, att alla barn har rätt att överleva och utvecklas samt att alla barn har rätt att uttrycka en åsikt. Barnkonventionens 3:e artikel fastslår att vid alla beslut som rör barn ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa, och i den 24: artikeln fastslås att barn har rätt till bästa möjliga hälsa, tillgång till hälso- och sjukvård samt till rehabilitering. Barnkonventionen är den grund som arbetet med denna plan för återöppnande av förlossningen i Karlskoga har vilat på.

Förlossningen i Karlskoga bedöms kunna återöppnas tidigast 2029 under förutsättning att nedan föreslagna bemanningsåtgärder i form av rekrytering, upphandling av hyrpersonal samt internutbildning har varit framgångsrik.

Nettokostnadsökningen jämfört med dagens kostnadsmassa kan inte säkert uppskattas, men kan antas överstiga 50 mkr om både personalkostnader och kostnader för utökning av neonatala vårdplatser inkluderas.

2. Bakgrund

Kvinnoklinikens verksamhetschef tog den 29 maj 2019 beslut att förlossningen i Karlskoga skulle stänga från och med den 15 juni 2019. Beslutet togs mot bakgrund av att patientsäkerheten för de akut sjuka nyfödda barnen inte kunde tillgodoses.

Ett återöppnande av förlossningen i Karlskoga förutsätter att Region Örebro län långsiktigt och hållbart kan upprätthålla och säkerställa en patientsäker vård. Vården måste utgå ifrån alla barns rätt till en god och säker vård.

En arbetsgrupp med berörda verksamhetschefer och chefläkare arbetade under hösten 2019 med att ta fram förutsättningar för ett återöppnande av förlossningen i Karlskoga.

Arbetet ledde fram till rapporten ”Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett”, som presenterades för nämnden den 26 februari 2020. Hälso- och sjukvårdsdirektörens sammanvägda bedömning var då att förlossningen i Karlskoga bedömdes kunna återöppnas tidigast vid årsskiftet 2024/2025 under förutsättning att föreslagna bemanningsåtgärder har varit framgångsrika.

Då planen bedömdes innebära för lång tid till återöppnande beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden samma datum att föreslår regionfullmäktige att besluta om upphandling av förlossningsverksamheten vid Karlskoga lasarett. Regionfullmäktige beslutar den 24/9 2020 om att ge hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag att genomföra en upphandling av förlossningsverksamheten med tillhörande verksamheter i Karlskoga. Hälso och sjukvårdsförvaltningen tar tillsammans med regionservice upphandling fram ett upphandlingsunderlag, och den 28/4 2021 godkänner hälso- och sjukvårdsnämnden upphandlingsunderlaget för annonsering. Upphandlingsunderlaget annonseras i enlighet med lagen om offentlig upphandling med sista dag för anbud 10/6 2021, och vid anbudsöppning konstateras att inga anbud inkommit. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar därför den 30/8 2021 att avbryta upphandlingen med hänsyn till att inga anbud inkommit, samt att hälso- och sjukvårdsdirektören ges i uppdrag att till nämnden den 29 september 2021 återkomma med en reviderad plan och justerad tidplan för ett skyndsamt återöppnande av förlossningen i Karlskoga utifrån ”Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett” (20RS1774) som presenterades för nämnden den 26 februari 2020.

3. Fortsatt gällande förutsättningar

För att återöppna förlossningsverksamheten i Karlskoga krävs att region Örebro län långsiktigt och hållbart kan upprätthålla och säkerställa en patientsäker förlossningsvård samt en patientsäker vård av det akut sjuka nyfödda barnet. Detta innebär att det vid Karlskoga lasarett måste finnas ett team tillgängligt dygnet runt veckans alla dagar med reell kompetens för stabilisering och akut vård av det sjuka nyfödda barnet, samt att det inom region Örebro län finns en neonatal transportorganisation som tillåter att även de svårast akut sjuka nyfödda barnen kan transporteras patientsäkert.

För att säkerställa ovanstående förmågor krävs enligt tidigare utredning inrättande av sjukhusbunden barnläkarjourlinje, sjukhusbunden gynekologjourlinje, förstärkning av barnmorske/sjuksköterskebemanning för assistans av barnläkare vid vård av det akut sjuka nyfödda barnet, inrättande av telemedicinsk bedömning av neonatolog på distans samt ett kontinuerligt utbildningsprogram. Dessutom behövs för transportförmågan inrättande av ytterligare en bakjourslinje anesthesi/IVA för transport av de stabila akut sjuka nyfödda barnen samt inrättande av ett neonatalt transportteam vid USÖ för transport av de instabila och svårast sjuka nyfödda barnen.

I arbetet med att revidera planen för återöppnande av förlossningen i Karlskoga har ovan beskrivna åtgärder och resursförstärkningar bedömts vara fortsatt nödvändiga.

4. Övergripande analys av förutsättningar

Den ökade förmågan enligt ovan som krävs för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett innebär behov av utökning av personal inom ett antal olika yrkeskategorier. Både aktuell bemanning och faktisk kompetensförsörjningsproblematik varierar dock påtagligt beroende på yrkeskategori och specialitet.

Den avgörande förmågan för att ge en god och säker vård för det nyfödda barnet vid förlossningen i Karlskoga är tillgången till adekvat neonatal vård. Den neonatala verksamheten i Region Örebro län måste därför vara dimensionerad så att den både kan upprätthålla vården för de sjuka nyfödda barn som vårdas vid USÖ, men också kan rymma ett neonatalt sjukvårdstransportteam. Härav följer att den neonatala barnsjukvården i Region Örebro län måste utökas väsentligt jämfört med situationen idag för att klara av bägge dessa uppdrag. Det måste också finnas en tydlig koppling mellan antalet anställda neonatologer och antalet fastställda neonatala vårdplatser då det råder en nationell brist på både neonatologer och neonatala vårdplatser. För att på nationell nivå kunna motivera en utökning av en bristresurs till totalt 16 neonatologer, måste följaktligen antalet neonatala vårdplatser utökas till minst 24 vårdplatser. Detta medför i sin tur ett behov av fler sjuksköterskor med kompetens inom neonatologi än vad som skulle krävas för att endast bemanna ett neonatalt sjukvårdstransportteam.

Eftersom den neonatala resursen är den mest kritiska resursen och samtidigt den resursen med störst utmaningar att kompetensförsörja är första steget i planen att säkerställa en tillräcklig kapacitet inom neonatologi. Det andra steget i planen handlar om att säkra tillräcklig gynekologisk/obstetrisk kompetens och barnläkarkompetens på plats i Karlskoga, och det tredje steget blir ett säkerställande av anestesilogisk bakjournskompetens.

5. Övergripande aktivitets- och tidsplan

5.1 Steg 1 – Kapacitet inom neonatologi

Tidsplan

Påbörjas snarast under 2021, målsättning fullt utbyggd kapacitet 2029.

Aktiviter

1. Ta fram en samlad projektplan utökad neonatal vård - 2021
2. Fastställ budgetramar kortsiktigt och långsiktigt för neonatal vård – 2021
3. Påbörja analys av rekryteringsfrämjande åtgärder – 2021
4. Ta fram utbildningsplan inom neonatologi med maximalt utnyttjande av de fyra ST-utbildningsplatser som finns tillgängliga – 2021
5. Säkerställ projektering för nya neonatala vårdplatser – 2022
6. Upphandla neonatologisk hyrläkarkompetens - 2022
7. Ta fram utbildningsplan för betald vidareutbildning till barnsjuksköterska - 2021
8. Genomför rekryteringskampanj samtliga personalkategorier – 2022-2025
9. Genomför ST-utbildning enligt utbildningsplan– 2022-2029
10. Genomför vidareutbildning sjuksköterska enligt utbildningsplan– 2022-2029

5.2 Steg 2 – Kapacitet inom obstetrik och barnmedicin

Under förutsättning att föregående steg följer planering.

Tidsplan

Påbörjas tidigast under 2023, målsättning fullt utbyggd kapacitet 2029.

Aktiviter

1. Ta fram projektplan utökad gynekologi/obstetrisk kapacitet och barnläkarkapacitet Karlskoga - 2023
2. Ta fram ST-utbildningsplan inom gynekologi/obstetrik med maximalt utnyttjande av de ST-utbildningsplatser inom gynekologi/obstetrik som finns tillgängliga – 2023
3. Ta fram ST-utbildningsplan inom barn- och ungdomsmedicin med maximalt utnyttjande av de ST-utbildningsplatser inom barn- och ungdomsmedicin som finns tillgängliga – 2023
4. Ta fram utbildningsplan för betald vidareutbildning till barnmorska - 2023
5. Genomför rekryteringskampanj – 2023-2026
6. Genomför ST-utbildning – 2023-2029
7. Genomför vidareutbildning barnmorska enligt utbildningsplan– 2023-2029

5.3 Steg 3 – Kapacitet inom anesthesiologi

Under förutsättning att föregående steg följer planering.

Tidsplan

Påbörjas tidigast under 2025, målsättning fullt utbyggd kapacitet 2029.

Aktiviter

1. Ta fram projektplan utökad anesthesiologisk kapacitet Karlskoga - 2025
2. Ta fram ST-utbildningsplan inom anesthesiologi med maximalt utnyttjande av de ST-utbildningsplatser inom anesthesiologi som finns tillgängliga - 2025
3. Genomför rekryteringskampanj – 2025-2028
4. Genomför ST-utbildning – 2025-2029

6. Detaljerad bemanningsplanering och gapanalys

I samtliga nulägesbeskrivningar anges sammanlagd tjänstgöringsgrad för olika yrkeskategorier, vilket inte är detsamma som klinisk tjänstgöringsgrad och deltagande i jourverksamhet. Till exempel anges för kvinnokliniken den sammanlagda tjänstgöringsgraden för överläkare till 20,3 heltidstjänster, men av dessa åtgår minst 7,5 heltidstjänster för bland annat chefsupdrag, forskning, tjänstledighet, nationella kunskapsstyrningsprojekt och projektarbete för framtidens vårdinformationsstöd. Utifrån kollektivavtal och regler i specialbestämmelser för läkare behövs som ett absolut minimum åtta läkare för en sjukhusbunden jourlinje (i genomsnitt högst jour vart sjunde dygn) samt för en beredskaplinje med 30 minuters inställetid absolut minst sex läkare (i genomsnitt beredskap högst vart femte dygn). Detta minimiantal förutsätter dock att ingen hänsyn tas till utbildningar, icke kliniska uppdrag, forskning och tjänstledighet. I praktiken innebär det att även för en beredskaplinje med 30 minuters inställetid krävs minst åtta läkare på heltid.

6.1 Barnläkare med grenspecialitet neonatologi

Nulägesbeskrivning

Barn- och ungdomskliniken har 4 överläkare med neonatologisk kompetens anställda med sammanlagd tjänstgöringsgrad 3,3 heltidstjänster. Av dessa överläkare arbetar också en som verksamhetschef. Ingen av överläkarna uppnår inom fem år en ålder på minst 67 år, och inom tio år uppnår endast en av överläkarna en ålder på minst 67 år.

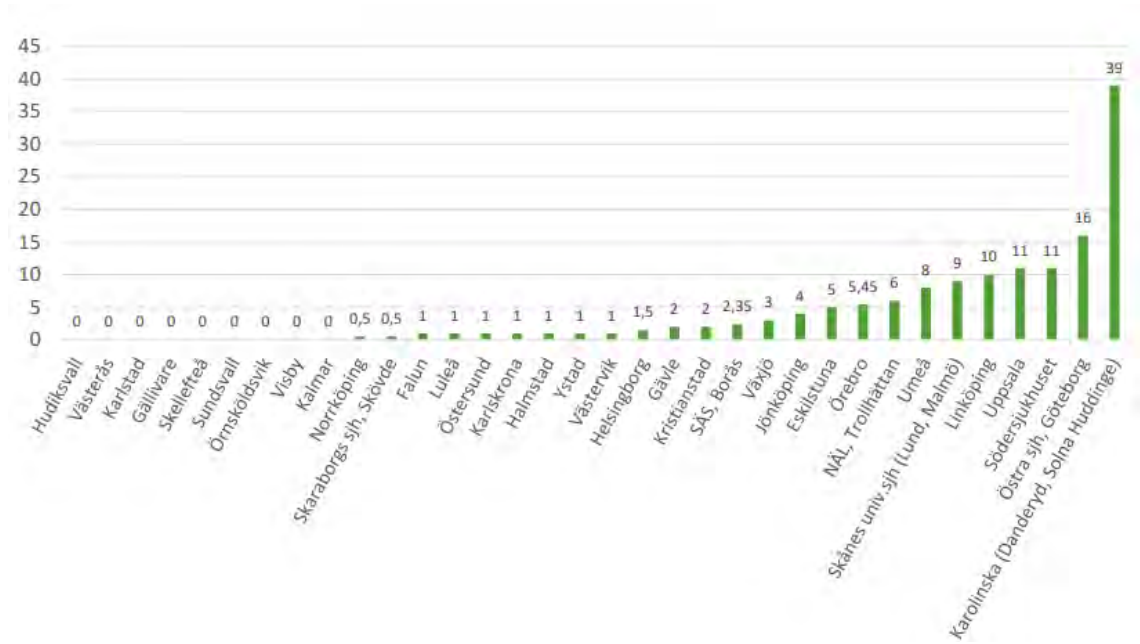
Gapanalys

För att upprätthålla två neonatologiska jourlinjer krävs totalt 16 heltidstjänster. I nuläget finns 3,3 heltidstjänster. Fram till och med perioden 2029 kommer ytterligare tre ST-läkare samt en specialistläkare att vara utbildade inom grenspecialiteten neonatologi. Någon pensionsavgång väntas ej under perioden 2021-2029. Nationellt fanns 2018 totalt 140 neonatologer anställda vid sjukhus i Sverige.

Behov

Sammanlagt behövs inför ett återöppnande till 2029 ytterligare 9 specialister med självständig kompetens inom neonatologi utbildas eller nyrekryteras.

Antal anställda neonatologer, Sverige, 2018



6.2 Barnsjuksköterskor med kompetens i neonatologi

Nulägesbeskrivning

Barn- och ungdomskliniken har 38 sjuksköterskor anställda vid avdelning 35 med sammanlagd tjänstgöringsgrad 26,2 heltidstjänster från och med september 2021. Inom fem år uppnår en av sjuksköterskorna en ålder på minst 67 år, och inom tio år uppnår tre av sjuksköterskorna en ålder på minst 67 år.

Gapanalys

Landets universitetssjukhus hade 2018 mellan 2,5 och 5,1 sjuksköterskor anställda per neonatal vårdplats, där variationen till viss del förklaras av olika neonatala vårdnivåer per vårdplats. I medeltal bemannades varje vårdplats med 3,7 sjuksköterskor. Vid USÖ är idag 12 neonatala vårdplatser bemannade med 26,2 heltidstjänster, vilket ger ett bemanningstal på 2,2 per vårdplats. Fyra neonatala vårdplatser är idag stängda pga. sjuksköterskebrist. För att bemanna 16 vårdplatser krävs med dagens bemanningstal 36 heltidstjänster, och för att bemanna 24 vårdplatser krävs 53 heltidstjänster. Vid bemanning för 24 vårdplatser finns tillräcklig sjuksköterskeresurs för att också bemanna ett neonatalt sjukvårdstransportteam. För att utöver 16 vårdplatser bemanna ett neonatalt sjukvårdstransportteam krävs totalt 44 heltidstjänster

Behov

Sammanlagt behövs inför ett återöppnande till 2029 ytterligare 18-27 sjuksköterskor medkompetens inom neonatologi utbildas eller nyrekryteras.

6.3 Barnläkare utan grenspecialitet neonatologi

Nulägesbeskrivning

Barn- och ungdomskliniken har 14 överläkare anställda med sammanlagd tjänstgöringsgrad 12,9 heltidstjänster, 11 specialistläkare läkare anställda med sammanlagd tjänstgöringsgrad 11,0 heltidstjänster och 16 underläkare ST anställda med sammanlagd tjänstgöringsgrad 16,0 heltidstjänster. Inom fem år uppnår tre av överläkarna en ålder på minst 67 år, och inom tio år uppnår totalt tio av överläkarna en ålder på minst 67 år.

Gapanalys

Idag bemannar barn- och ungdomskliniken utöver en neonatal bakjourslinje dessutom två primärjourlinjer kvällar och dagtid helger, en primärjourlinje nattetid och en allmänpediatrisk bakjourslinje. Av överläkarna deltar fem enbart delvis eller inte alls i jourlinjerna. Totalt behövs minst 32 heltidstjänster för att upprätthålla nuvarande jourlinjer, och för att upprätthålla ytterligare en jourlinje i Karlskoga krävs totalt 40 heltidstjänster som deltar i jourarbetet. I nuläget finns 36 heltidstjänster. Inom perioden 2021-2029 förväntas 10 pensionsavgångar, samtidigt som minst 16 ST-läkare förväntas bli specialister och ersättas av ny ST-läkare.

Behov

Sammanlagt behövs inför ett återöppnande till 2029 ytterligare 0-4 specialister inom barn- och ungdomsmedicin nyrekryteras eller utbildas.

6.4 Gynekologer och obstetriker

Nulägesbeskrivning

Kvinnokliniken har 21 överläkare anställda med sammanlagd tjänstgöringsgrad 20,3 heltidstjänster, 12 specialistläkare läkare anställda med sammanlagd tjänstgöringsgrad 12,0 heltidstjänster och 13 underläkare ST anställda med sammanlagd tjänstgöringsgrad 13,0 heltidstjänster. Av överläkarna arbetar två överläkare som verksamhetschef och biträdande verksamhetschef. Inom fem år uppnår fyra av överläkarna en ålder på minst 67 år, och inom tio år uppnår totalt nio av överläkarna en ålder på minst 67 år. De specialistläkare och överläkare som idag kan tjänstgöra som självständiga obstetriker utgör total 10 personer, med en sammanlagd tjänstgöringsgrad på 8,5 heltidstjänster. Därutöver finns en pensionerad läkare att tillgå på timanställning.

Gapanalys

För att upprätthålla två obstetriska jourlinjer krävs totalt 16 bakjournskompetenta heltidstjänster. I nuläget finns 8,5 heltidstjänster. För att kunna delta i en obstetrisk bakjourlinje eller motsvarande krävs minst 5 års tjänstgöring efter specialistutbildning. Fram till och med perioden 2029 kommer ytterligare två ST-läkare samt 6-7 specialistläkare att vara tillräckligt erfarna för att delta i en obstetrisk jourlinje, samtidigt som jourbefrielse på grund av ålder och pensionsavgångar beräknas motsvara cirka 8,0 heltidstjänster.

Behov

Sammanlagt behövs inför ett återöppnande till 2029 ytterligare 8,0 specialister med självständig kompetens inom obstetrik utbildas eller nyrekryteras.

6.5 Barnmorskor

Nulägesbeskrivning

Kvinnokliniken har 112 barnmorskor anställda med sammanlagd tjänstgöringsgrad 107,4 heltidstjänster. Inom fem år uppnår 11 av barnmorskorna en ålder på minst 67 år, och inom tio år uppnår totalt 20 av barnmorskorna en ålder på minst 67 år. Därutöver finns utom kvinnokliniken 78 barnmorskor anställda inom region Örebro län med sammanlagd tjänstgöringsgrad 76,5 heltidstjänster. Inom fem år uppnår åtta av dessa barnmorskor en ålder på minst 67 år, och inom tio år uppnår totalt 13 av dessa barnmorskor en ålder på minst 67 år.

Gapanalys

För att upprätthålla en tillräcklig bemanning vid två förlossningsavdelningar framför allt under sommaren behövs ytterligare ca 25 heltidstjänster jämfört med nuläget. Förväntade pensionsavgångar inom perioden 2021-2029 motsvaras ungefärligen av förväntade nyrekryteringar och tillkommande barnmorskor från betald vidareutbildning.

Behov

Sammanlagt behövs inför ett återöppnande till 2029 ytterligare 25,0 barnmorskor med anställning vid förlossningsavdelning nyrekryteras eller utbildas.

6.6 Anestesiologer

Nulägesbeskrivning

Anestesi och intensivvårdskliniken har 25 överläkare anställda med sammanlagd tjänstgöringsgrad 24,2 heltidstjänster, 13 specialistläkare anställda med sammanlagd tjänstgöringsgrad 13,0 heltidstjänster och 18 underläkare ST anställda med sammanlagd tjänstgöringsgrad 18,0 heltidstjänster. En av överläkarna och en av

specialistläkarna arbetar som läkarchefer. Inom fem år uppnår fem av överläkarna en ålder på minst 67 år, och inom tio år uppnår totalt sex av överläkarna en ålder på minst 67 år.

Gapanalys

Idag bemannar Anestesi och intensivvårdskliniken fyra primärjourlinjer och en bakjourslinje nattetid, och ytterligare två primärjourlinjer dagtid helger. Nuvarande bemanning med 37 heltidstjänster överläkare/specialistläkare och 18 heltidstjänster underläkare ST får anses vara en minimibemanning för ett sådant omfattande jouruppdrag. För att upprätthålla ytterligare en anesthesiologisk bakjourslinje i Karlskoga krävs därför ytterligare 8,0 heltidstjänster överläkare/specialistläkare. Inom perioden 2021-2029 förväntas sex pensionsavgångar, samtidigt som minst 18 ST-läkare förväntas bli färdiga specialister, och ersättas av nya ST-läkare.

Behov

Sammanlagt behövs inför ett återöppnande till 2029 ytterligare 8,0 heltidstjänster överläkare/specialister, men detta behov bör gå att tillfredsställa om nuvarande utbildningstakt av underläkare ST kan upprätthållas.

Bilagor

- 1) Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett (20RS1774)
- 2) Neonatalvårdens kapacitet och infrastruktur i Sverige, rapport SNQ, 2018 ([Neonatalvårdens kapacitet och infrastruktur i Sverige \(medscinet.com\)](https://www.medscinet.com))



11

Hälso- och
sjukvårdsnämndens
delårsrapport 2021

21RS8463

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälsa- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS8463

Organ
Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Hälsa- och sjukvårdsnämndens delårsrapport 2021

Förslag till beslut

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna hälsa- och sjukvårdsnämndens delårsrapport för år 2021.

Sammanfattning

Uppföljningen i hälsa- och sjukvårdsnämndens delårsrapport utgår från verksamhetsplanen för 2021, vilken i sin tur utgår från förutsättningar, mål, inriktningar och ambitioner som uttrycks i Region Örebro läns verksamhetsplan med budget samt nämndens egna specifika mål, indikatorer och uppdrag.

Pandemin har fortsatt att påverka stora delar av förvaltningen det första halvåret 2021. Efter att ha legat på en låg nivå under sommaren 2020 tog smittspridningen snabbt fart igen under hösten då vi såg en andra våg. Under november noterades högsta antalet fall av covid-19 per vecka i vår region för att sedan avta. Den covid-19-relaterade vårdbelastningen under andra vågen var som högst först i mitten av januari, då 61 patienter med konstaterad smitta vårdades på länets sjukhus samtidigt, varav 9 på intensivvårdsavdelning.

Region Örebro län har under pandemin klarat av den akuta vården väl men det finns utmaningar med att ta igen den planerade specialistvård som inte kunnat genomföras under 2020.

Trots utmaningar har vaccinationen av länets invånare i stor utsträckning gått enligt den regionala vaccinationsplanen. Vid halvårsskiftet har över 66 procent av invånarna över 18 år fått sin första dos vaccin. I takt med att fler och fler äldre har vaccinerats har antalet äldre som smittats av coronaviruset minskat.

För att kunna möta de framtida utmaningar som finns inom hälsa och sjukvården pågår en omorganisation inom förvaltningen. Syftet är att skapa en

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS8463

enkla och tydligare styrmodell som skapar möjlighet till mer personcentrerad verksamhet.

Vid årsskiftet gick förvaltningens tio områden samman i fyra områden. Det nya området Område nära vård består av de fyra tidigare närsjukvårdsområdena samt område habilitering och hjälpmedel. I det nya Område specialiserad vård ingår tidigare område opererande och onkologi, område thorax, kärl och diagnostik samt område medicin och rehabilitering. Område psykiatri och Område forskning och utbildning ingår också i hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Delårsrapporten innehåller rapportering inom hållbar utveckling med sociala ekologiska och ekonomiska aspekter som även innefattar miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

Enligt underlaget, hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport 2021. Delårsrapporten innehåller redovisning av hälso- och sjukvårdsnämndens ekonomi för perioden januari – juli 2021 samt prognos för helår 2021.

Uppföljning

Enligt underlaget, hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport 2021. Delårsrapporten är en uppföljning av verksamhetsplan med budget per 31 juli 2021.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM, hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-09-29
Delårsrapport januari – juli 2021

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Eva Åkesson Enele

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS8463

Skickas till:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, ledning

Delårsrapport

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Delår 2021

Innehållsförteckning

1	Inledning	3
2	Väsentliga händelser	3
3	Nämndens mål, strategier och uppdrag	6
3.1	Sammanfattning resultat av mål och uppdrag	6
3.2	Perspektiv: Invånare och samhälle	6
3.3	Perspektiv: Process	14
3.4	Perspektiv: Resurs	18
4	Ekonomi	21
4.1	Resultatrapport hälso- och sjukvårdsnämnden	21
4.2	Periodens resultat	23
4.3	Helårsprognos	24
4.4	Vidtagna åtgärder för att nå ekonomi i balans	25
4.5	Investeringar	25
4.6	Produktions- och nyckeltal	26
5	Personalekonomi	33
5.1	Personalkostnader	33
5.2	Kostnadsanalys	34
5.3	Antal tillsvidareanställda årsarbetare	34
5.4	Extratid (avser per föregående månad)	36
5.5	Sjukfrånvaro (avser per föregående månad)	36
6	Intern styrning och kontroll	37
6.1	Internkontrollplan	38

1 Inledning

Uppföljningen i Hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport utgår från verksamhetsplanen för 2021, vilken i sin tur utgår från förutsättningar, mål, inriktningar och ambitioner som uttrycks i Region Örebro läns verksamhetsplan med budget samt nämndens egna specifika mål, indikatorer och uppdrag.

2 Väsentliga händelser

- Covid-19 - andra och tredje vågen
- Uppskjuten vård
- Vaccination – snabbt och i rätt ordning
- H-huset öppnar för patienter
- Förvaltningens ekonomi – att få en ekonomi i balans
- Ny organisation – stora förändringar inom förvaltningen

Covid-19 - andra och tredje vågen

Pandemin har fortsatt att påverka stora delar av förvaltningen det första halvåret 2021. Efter att ha legat på en låg nivå under sommaren 2020 tog smittspridningen snabbt fart igen under hösten då vi såg en andra våg. Under november noterades högsta antalet fall av covid-19 per vecka i vår region för att sedan avta. Den covid-19 relaterade vårdbelastningen under andra vågen var som högst först i mitten av januari, då 61 patienter med konstaterad smitta vårdades på länets sjukhus samtidigt, varav 9 på intensivvårdsavdelning.

Från början av februari ökade smittspridningen återigen successivt. Detta i takt med att den brittiska virusvarianten utgjorde allt större andel av antal positiva fall. I slutet av april rapporteras runt 1700 fall vilket är högsta antalet sedan pandemins start. I mitten av april noterades återigen en ny högsta nivå av antalet inlagda patienter med covid-19. I den tredje vågen vårdades som mest 83 covid-patienter på länets sjukhus samtidigt, varav 20 stycken på intensivvårdsavdelning.

I takt med hur vaccinationsarbetet fortgått med början bland de äldsta, har en förskjutning skett i åldersfördelningen av de som vårdats för covid-19. Med total dominans av den brittiska virusvarianten har smittspridningen också varit större bland barn och unga under våren 2021 jämfört med tidigare under pandemin.

Provtagning och smittspårning har krävt stora personella resurser och anpassningar har skett utifrån smittspridningsläget för att klara av uppdraget att såväl fånga alla positiva fall av covid-19 samt smittspåra kring alla upptäckta fall så optimalt som möjligt. För att få en så lättillgänglig och snabb provtagning som möjligt, såväl vid symtom som vid smittspårning, har regionen under senare delen av våren infört provtagning utan föregående tidbokning. Smittspårning utförs web-baserat med uppföljande telefonkontakt.

I takt med att kunskapen om covid-19 ökat har behandlingsmetoderna utvecklats, exempelvis vid respiratorvård och annan ventilationsstödande behandling. Antalet dagar i respirator för covid-patienter har kortats och andelen patienter som behöver respiratorvård har sjunkit under

första halvåret 2021. Erfarenheterna från 2020 har även lett till kunskap om trombosförebyggande behandling som nu ges till alla inläggande covid-patienter.

Den covid-19- relaterade vården har krävt omfattande resurser såväl regionalt som nationellt. Det har funnits ett regionöverskridande samarbete för att klara den IVA-relaterade covid-19-vården i landet. Region Örebro län har både tagit emot och skickat covid-patienter till andra regioner för vård under våren.

Uppskjuten vård

Region Örebro län har under pandemin klarat av den akuta vården väl men det finns utmaningar med att ta igen den planerade specialistvård som inte kunnat genomföras under 2020. Främst har tillgängligheten till operationer påverkats negativt. Andelen väntande patienter för operation inom 90 dagar har under perioden april 2019 till april 2021 försämrats med 14 procentenheter.. Under inledningen av 2021 hade produktionen stabiliserats och börjat öka något, men det är för tidigt att dra tydliga slutsatser om inverkan av pandemins tredje våg. Uppskjutna operationer finns inom ett flertal områden men inför sommaren 2021 är väntan till operation inom 90 dagar som mest uttalad i verksamheterna för öron-, näs- och halskirurgi, ortoped- och handkirurgi samt urologi.

Tillgängligheten till nybesök till läkare inom specialistvården sjönk inledningsvis under pandemin. Utifrån anpassning till nya arbetssätt och optimering av resurser i covid-vården har den emellertid till stora delar återhämtat sig och ligger på ungefär samma nivåer som 2019. Väntetider till återbesök hos läkare i specialistvården har varit relativt konstant med små variationer över tid. I takt med att antalet covid-patienter i behov av sjukhusvård succesivt har minskat under maj har resurser flyttas från covid-vård till ordinarie avdelningar och operation.

Vaccination – snabbt och i rätt ordning

Massvaccinationen mot covid- 19 ställer krav på en noga planerad hantering, komplex logistik, flexibel bemanning, hög säkerhet samt god kommunikation. För att klara av att vaccinera alla invånare från 18 års ålder, snabbt och säkert, bildades under hösten 2020 en särskild organisation för vaccination mot covid-19 i Örebro län. Att skapa en robust organisation, med så liten inverkan som möjligt på den ordinarie vårdkapaciteten, var ett medvetet vägval.

Det första halvåret 2021 har i stor utsträckning handlat om att utnyttja de tilldelade vaccindoserna optimalt utifrån Folkhälsomyndighetens prioriteringsordning. Vaccinationsorganisationen i Region Örebro län leds av flera tidigare medarbetare som efter pension återvänt för att bidra med sin erfarenhet och kompetens i denna komplexa massvaccination.

Utmaningar har varit många i form av osäkra leveranser, oro och risk för biverkningar och nya it-system som ska anpassas efter rådande förutsättningar. Dessutom finns en rad kommunikativa utmaningar när alla invånare från 18 år ska erbjudas vaccin i en bestämd ordning. Särskilda insatser görs för att nå ut i socioekonomiskt utsatta grupper samt till grupper som inte har svenska som sitt första språk.

Trots dessa utmaningar har vaccinationen av länets invånare i stor utsträckning gått enligt den regionala vaccinationsplanen. Vid halvårsskiftet har över 66 procent av invånarna över 18 år fått sin första dos vaccin. I takt med att fler och fler äldre har vaccinerats har antalet äldre som

smittats av coronaviruset minskat.

H-huset öppnat för patienter

Under årets första två månader flyttade majoriteten av verksamheterna i A-huset in i det nybyggda H-huset vid Universitetssjukhuset i Örebro. Därmed sattes också punkt för en lång resa, från förstudier om ett nytt hus för högspecialiserad vård 2005 till att verksamheter flyttar in och tar emot de första patienterna 2021. Vissa mindre anpassningar har skett sedan inflyttningen, exempelvis för att förhindra överhörning vid teamexpeditioner, men inflyttningen och starten i det nya huset har överlag motsvarat de högt ställda förväntningarna.

Under våren fortsatte arbetet med att bygga en helt ny akutröntgen i de lokaler som akutmottagningen lämnat i G-huset. Några rum är färdiga och har överlämnats till akutmottagningen under våren. Resten av ombyggnaden, etapp 2, beräknas vara klar hösten 2021 då utrustnings- och installationsfasen för medicinsk teknik inleds. Den nya akutröntgen beräknas vara patientklar februari/mars 2022.

Förvaltningens ekonomi – att få en ekonomi i balans

Ett flertal utvecklingsarbete pågår som i sin tur skall bidra med att skapa en strategi för en långsiktigt hållbar verksamhet och ekonomi. Inför 2021 genomfördes ett första omtag kring en utvecklad budgetprocess som ska leda till ett bättre ekonomiskt resultat än 2020, och en målbild på ett underskott på -377 mnkr formulerades. Mot bakgrund av kvarvarande pandemiska betydande påverkar på verksamheten är prognosen att målbilden inte kommer att uppnås, utan att resultat på runt -400 mnkr förväntas för 2021. I den bedömning finns ett betydande inslag av osäkerhet kring när pandemin kommer att avta och att verksamheten mer kan återgå till det ordinarie uppdraget. Planering inför 2022 kommer att starta direkt efter sommarsemestern och med fortsatt strategier och handlingsplaner mot en hållbar ekonomi genomföras under hösten för att beslutas i god tid innan det nya året börjar.

Ny organisation – stora förändringar inom förvaltningen

För att kunna möta de framtida utmaningar som finns inom hälso och sjukvården pågår en omorganisation inom förvaltningen. Syftet är att skapa en enklare och tydligare styrmodell som skapar möjlighet till mer personcentrerad verksamhet.




Vid årsskiftet gick förvaltningens tio områden samman i fyra områden. Det nya området Område nära vård består av de fyra tidigare närsjukvårdsområdena samt område habilitering och hjälpmedel. I det nya Område specialiserad vård ingår tidigare område opererande och onkologi, område thorax, kärl och diagnostik samt område medicin och rehabilitering. Område psykiatri och Område forskning och utbildning ingår också i hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Under våren har arbetet fortsatt med att ta fram en ny organisation inom de två nybildade områdena; nära vård och specialiserad vård, där verksamhetschefer deltagit i arbetet med att ta fram förslag på ny organisation. Organisationsförändringen påverkar både ledningsorganisationen, stabsorganisationen och chefsrollerna. Under våren har dessa genomlysts och vissa fördjupade utredningar kvarstår att genomföra. Den nya organisationen beslutades i slutet av maj och verksamhetschefstjänsterna i den nya organisationen inom nära vård och specialiserad vård utlystes. Rekryteringarna pågår under sommaren med målet att de flesta tjänsterna ska vara tillsatta i början av hösten.




3 Nämndens mål, strategier och uppdrag

Symbolförklaringar





Färgindikatorer, prognos måluppfyllelse helår och prognos genomförande av uppdrag helår.

-  = uppnå eller överträffa målnivån
-  = mindre, acceptabel avvikelse från målnivån
-  = större negativ avvikelse från målnivån

Förändringspilar, utveckling under året, prognos helår jämfört med föregående år alternativt årets början

-  = resultatet har förbättrats
-  = resultatet är oförändrat
-  = resultatet har försämrats

Indikatorer, status för perioden vid delår

-  = helt
-  = delvis
-  = inte alls
-  = värde saknas för perioden

3.1 Sammanfattning resultat av mål och uppdrag

Prognos måluppfyllelse	Uppnå eller överträffa målnivån	Mindre, acceptabel avvikelse från målnivån	Större negativ avvikelse från målnivån
	grön	gul	röd
Effektmål från regionfullmäktige	3	2	1
Nämndens mål	1		
Nämndens uppdrag	5	9	

Större negativ avvikelse från målnivån avser effektmål 11, att Region Örebro län har en långsiktig stark och hållbar ekonomi samt uppnår en verksamhetsmässig och finansiell god hushållning med indikatorn att nämnden ska redovisa ett resultat i balans.

3.2 Perspektiv: Invånare och samhälle

Effektmål 1. Länets invånare har en god, jämlik och jämställd hälsa.



Kommentar

Effektmål 1 mäter framför allt hur invånarna uppfattar vården samt hur vårdens ansatser

gällande prevention och uppföljning har fungerat. Pandemin har gjort sitt tydliga avtryck med en minskning i fysiska möten men också en tydlig förbättring av de digitala möjligheterna. En viss ökning kan ses vad gällande KVÅ-kodade insatser för att förbättra levnadsvanor.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Förbättrade patientrapporterade resultat i jämförelse med tidigare mätningar.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>I Nationell patientenkät har patienter på akutmottagningar i Sverige fått svara på frågor om hur de uppfattar verksamheten. Undersökningen som genomfördes i oktober förra året visar på ett fint resultat för akutmottagningarna i Region Örebro län. Patienterna är mer nöjda sedan förra mätningen och regionen ligger över genomsnittet i riket i flera dimensioner.</p> <p>86,3 procent har ett gott helhetsintryck av akuten. Undersökningen mäter man sju olika dimensioner; Helhetsintryck, Emotionellt stöd, Delaktighet och involvering, Respekt och bemötande, Kontinuitet och koordinering, Information och kunskap samt Tillgänglighet. Det har skett en stor förbättring i Örebro län i alla kategorierna förutom information och kunskap sedan föregående mätningar. Gällande tillgänglighet ligger vi på samma resultat som mätningen 2018. Störst förbättring ser vi i dimensionen kontinuitet och koordinering.</p> <p>Gällande NPE Rehabilitering och hjälpmedel samt Tolksentraler: Region Örebro län visar förbättringar inom samtliga frågeområden sedan förra mätningen 2018.</p> <p>Den största förbättringen har skett inom Kontinuitet och koordinering. Jämfört med genomsnittet i riket totalt har Region Örebro län ett bättre resultat inom alla frågeområden utom Tillgänglighet. Mest nöjda är patienterna med bemötandet. 97 procent tycker att personalen har bemött dem med respekt. Minst nöjda är patienterna med det emotionella stödet</p>		
<p>Tillsammans med patienten/individerna ska levnadsvanor uppmärksammas och insatser på rätt nivå ska erbjudas i ökad omfattning i jämförelse med föregående år.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Inför planerade besök finns sedan 2019 möjlighet att skicka ett screeningformulär, digitalt eller via brev, till patient som tar upp frågor om levnadsvanor. Under januari-maj fylldes 1217 formulär i, vilket är en ökning med 38% jämfört med samma tidsperiod 2020.</p> <p>För att kunna se vilka insatser som har genomförts används KVÅ-koder gällande perioden januari-maj 2021 jämfört med motsvarande period 2020. Fysisk aktivitet och matvanor är de levnadsvanor där flest insatser genomförs.</p> <p>Primärvård: KVÅ-kodade insatser utifrån levnadsvanor har ökat markant gällande fysisk aktivitet och matvanor på samtliga rådgivningsnivåer. Antal åtgärder gällande tobak och alkohol ligger kvar på samma nivå som 2020. Förskrivning av FaR har ökat marginellt.</p> <p>Specialistvård: KVÅ-kodade insatser utifrån levnadsvanor har ökat framför allt vad gäller matvanor på rådgivande och kvalificerat rådgivande nivå. En viss ökning har skett vad gäller insatser vid tobaksbruk medan alkohol är oförändrat. En minskning har skett vad gäller fysisk aktivitet på samtliga rådgivningsnivåer. Förskrivning av FaR har ökat marginellt, men ligger fortsatt på låg nivå.</p> <p>Under 2020-2021 har ingen Nationell patientundersökning genomförts i regionen för att utvärdera om patienter tillfrågats om levnadsvanor.</p>		

Effekt mål 2. Länets invånare får högkvalitativ och tillgänglig hälso- och sjukvård.



Kommentar

Pandemin covid 19 har haft en avgörande betydelse för tillgängligheten till sjukvård. Under 2020 ställdes sjukvården om till att säkerställa den akuta vården, vården av covidpatienter samt vård som ej kan anstå. Under hösten har en viss återställning kunnat ske trots pågående andra våg av pandemin. Under våren 2021 har dock den tredje vågen av pandemin medfört att tillgängligheten till den planerade specialiserade vården åter påverkats, dock betydligt mindre än under motsvarande tid 2020 och ingen ytterligare försämring gentemot 2019 har skett. Den nu snart 1,5 år långa pandemiepisoden har krävt stora insatser för nyckelgrupper av medarbetare som t.ex. anestesi och operationspersonal.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Uppfyllelse av vårdgarantin inkluderande den förstärkta vårdgarantin.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Den förstärkta vårdgarantin har något försämrats under året till skillnad mot 2020 där den steg under pandemins första månader vilket troligen kan förklaras av att antalet primärvårdsbesök drastiskt sjönk under mars-april 2020 pga pandemin. Tillgängligheten till både till operation och första läkarbesök startade på en lägre nivå än både 2020 och 2019 men har till skillnad från 2020 när den kraftigt sjönk under april-maj förbättrats och närmast sig 2019 års resultat (40 % per juli 2021 jämfört med 51 % per juli 2019 för operation och 72 % per juli 2021 jämfört med 77 % per juli 2019 för nybesök läkare av patienter som väntat inom vårdgarantitid). Noteras bör att distanskontakter inte ingår i dessa beräkningar och distanskontakterna har ökat under pandemitiden.</p>		
<p>Indikatorerna för målen under e-hälsa</p> <p>Se effektmål 8.</p>		
<p>Återbesök inom planerad tid.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Andelen öppenvårdsbesök inom planerad tid har varit oförändrad under 2019, 2020 och 2021. Antalet öppenvårdsbesök till läkare har dock varit färre under fr.a april-maj under både 2020 och 2021 jämfört med 2019 vilket tyder på ett lägre söktryck.</p>		
<p>Fortsatt utveckling av den högspecialiserade vården.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Akut strokebehandling med trombektomi har startat i ett nybyggt neurointerventionslab på USÖ. Installation av cyklotron på USÖ pågår. En neurokirurgisk klinik bildas under hösten och organisationen av ett traumacentrum håller på att ta form. Volym och upptagningsområde för ryggkirurgi utökas under året till följd av nyrekryterad kompetens inom området. Nya lokaler för fortsatt utveckling av befintlig högspecialiserad vård i H-huset på USÖ har tagits i bruk. Beredning av ansökningar om nationell högspecialiserad vård vid peniscancer respektive neuromuskulära sjukdomar pågår.</p>		
<p>Fortsatt omställning till mer av nära vård.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Pandemin och arbetet med organisationsförändringen har tagit kraft från arbetet med omställningen till nära vård. Samtidigt har pandemin drivit på utveckling och gett viktiga erfarenheter exempelvis runt samverkan med kommunerna, digitalisering och utveckling av mobila lösningar. Organisationsförändringen kan skapa bättre förutsättningar för omställningen. I samverkan med kommunerna har flera utvecklingsarbeten i riktning mot en nära vård (se vidare uppdrag 11).</p>		
<p>Goda medicinska resultat som uppnår eller överträffar fastställda målnivåer.</p>		

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Kommentar</p> <p>USÖ har vid de senaste två mätningarna av Dagens medicin utsetts till landets bästa universitetssjukhus med mycket goda resultat inom kategorin medicinsk kvalitet. Covid-vården har under pandemin bedrivits med mycket goda medicinska resultat.</p>		
<p>Proaktivt patientsäkerhetsarbete samt uppföljning av tillbud och negativa händelser.</p> <p>Kommentar</p> <p>Under det första halvåret har det omfattande arbetet med att möta de särskilda behoven hos patienter med covid fortsatt. Ett viktigt fokus har varit att hantera konsekvenserna av uppskjuten vård med i det närmaste återställd operationskapacitet under årets första månader. Covidpandemins tredje våg drabbade regionen hårt varpå mottagnings- och operationskapaciteten återigen fick begränsas kraftigt. Erfarenhet och kunskap från 2020 bidrog dock till att organisationen på ett bättre sätt kunde arbeta med patienter med covid och övriga patientgrupper parallellt.</p> <p>Avvikelsehanteringen fortsatte att utvecklas, med arbete mot mindre skuldbeläggande och ökad förbättringsvilja för säkerhet i vården. Patientsäkerhetsronder genomfördes regelbundet i verksamheterna. Chefläkargruppens arbete med ensning och systematik avseende avvikelser med åtföljande anmälningsskyldighet utvecklades i såväl medicinskt perspektiv som omvårdnadsperspektiv. Organisationsförändringen innebär att chefläkarfunktionen lyfts in under förvaltningsövergripande chefläkare. Detta tydliggör chefläkarnas oberoende och förbättrar förutsättningarna för ett strategiskt, processinriktat patientsäkerhetsarbete.</p>		
<p>Ökande andel samordnade insatser mellan Region Örebro län, kommunerna och civilsamhället med patient och närstående som medskapare i jämförelse med föregående år.</p> <p>Kommentar</p> <p>I arbetet med att förbättra omhändertagandet av unga och unga vuxna med upplevd psykisk ohälsa har ungdomar via Sveriges Ungdomsråd engagerats och deltagit i Fokusgruppsintervjuer. På samma sätt har intervjuer genomförts med unga och inga vuxna.</p> <p>Sedan en tid tillbaka används tjänstedesigners på Valfärd och folkhälsa i arbetet med att fånga synpunkter från patienter och deras närstående.</p> <p>Dialog med frivilligföreningar används i det hälso- främjande arbetet, för rehabiliterande åtgärder samt för att förbättra psykisk ohälsa genom fysisk aktivitet.</p>		

Effekt mål 8. Länets invånare har tillgång till bra digitala tjänster utifrån deras behov.



Kommentar

Det sker en utveckling av de digitala tjänsterna via 1177 som underlättar för regionens invånare att få information om sjukvård alternativt kontakt med sjukvården. 1177 finns nu som vårdguide på per telefon och på webben. Via e-tjänsterna kan vårdgivare och patienter kommunicera digitalt på ett säkert sätt.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Ett ökat utbud av e-tjänster till invånarna för att möta kravet om "Digitalt först".</p> <p>Kommentar</p>		

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p><i>Det sker en fortsatt utveckling av våra e-tjänster för att möta kravet om digitalt först:</i></p> <p><i>1177 Vårdguiden på telefon.</i> Sjuksköterskorna använder ett datoriserat rådgivningsstöd, som är medicinskt samstämmigt med innehållet i 1177.se. Den finns en vidareutveckling av rådgivningssystemet så att patienten kan skicka bilder under samtalet för bedömning och detta är för närvarande under införande inom Region Örebro län.</p> <p><i>1177 Vårdguidens e-tjänster.</i> Från och med 10 juni publiceras informationen från 1177 telefonrådgivningen via e-tjänsterna på 1177. Ett förberedelsearbete har genomförts för att kunna visa upp remisstatus i e-tjänsten och är just nu i testfas.</p> <p>De befintliga e-tjänsterna används i allt större grad och är fortsatt ett bra stöd när det gäller de covid-relaterade ärendena som till exempel egen provhantering och självtestkit som registreras digitalt via 1177. Vi har även infört stöd för smittspårningsenheterna med instruktioner och information för de som testat positivt. Generellt ser vi en väldigt hög nyttjandegrad.</p> <p><i>Digitala vårdmöten.</i> Användandet av digitala vårdmöten fortsätter att öka. Primärvård, specialistvård, Psykiatri och folktandvård erbjuder nu länets invånare möjlighet till digitala tjänster via sina digitala mottagningar. Även Regionhälsan har startat digital mottagning för sina kunder.</p> <p><i>Stöd och behandlingsplattformen.</i> Flera nya program inom Stöd- och behandlingsplattformen har startat under 2020. Under 2021 fortsätter utvecklandet av plattformen med nya program till exempel sjukskrivningskollen.</p> <p>Under våren 2021 har ett pilotprojekt för egenmonitorering startats upp för patienter som lever med inflammatorisk tarmsjukdom.</p>		
<p>Utveckling av alternativa digitala kontakter för ökad delaktighet och tillgänglighet för invånarna.</p> <p>Kommentar</p> <p><i>Nedanstående tjänster har ökats drastiskt gällande nyttjande under pandemin:</i></p> <p><i>1177 Vårdguiden på telefon.</i> De som inte har tillgång till internet, eller vill ha snabb hjälp kan ringa 1177 Vårdguiden. Där får man råd och stöd av erfarna sjuksköterskor via telefon, som bedömer vårdbehov och hänvisar till rätt vårdnivå, eller ger egenvårdsråd. Sjuksköterskorna använder ett datoriserat rådgivningsstöd, som är medicinskt samstämmigt med innehållet i 1177.se. Rådgivningsstödet bidrar till att kvaliteten på sjukvårdsrådgivningen blir hög och jämn. Avtal är skrivet om att ingå i nationell samverkan med 11 andra landsting/regioner för att förbättra tillgängligheten. Den finns en vidareutveckling av rådgivningssystemet så att patienten kan skicka bilder under samtalet för bedömning och detta är för närvarande under införande inom Region Örebro län.</p> <p><i>1177 Vårdguiden på webben.</i> Landstingens och regionernas invånartjänster finns information och tjänster som fungerar för alla målgrupper och alla åldrar. Den flerfaldigt prisbelönade 1177.se innehåller allt från tecknade filmer för barn som ska behandlas i vården, till lättlästa artiklar, filmer och bildspel. Man kan också få informationen uppläst, och viss information finns översatt till flera språk. Den anatomiska atlasen är en unik, interaktiv applikation som skildrar människokroppen i olika lager. Under våren har ett arbete skett att översätta material kring covid och vaccination till flera olika språk.</p> <p><i>UMO</i> riktas till unga och informerar om sex, hälsa och relationer. UMO förmedlar också ett värdebaserat budskap om normkritik, jämställdhet och ett inkluderande förhållningssätt. UMO är en stor succé i målgruppen, och också mycket populär hos medarbetare vid ungdomsmottagningar och i elevhälsan, som hänvisar unga till UMO men även använder UMO som en egen kunskapskälla.</p> <p><i>1177 Vårdguidens e-tjänster.</i> Med hjälp av 1177 Vårdguidens e-tjänster kan vårdgivare och patienter kommunicera digitalt på ett säkert sätt. Patienten loggar in med e-legitimation och kan göra sina vårdärenden och kontakta vården på tider som passar hen själv, till exempel boka tid, förnya recept och läsa sin journal. Stark autentisering används och all information är krypterad, vilket innebär att vårdgivare också kan använda e-tjänsterna för att till exempel erbjuda internetbaserat stöd och behandling.</p> <p>Från och med 10 juni publiceras informationen från 1177 telefonrådgivningen via e-tjänsterna på 1177.</p>		

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Ett förberedelsearbete har genomförts för att kunna visa upp remisstatus i e-tjänsten och är just nu i testfas.</p> <p><i>Digitala vårdmöten.</i> Användandet av digitala vårdmöten fortsätter att öka. Primärvård, specialistvård, Psykiatri och folkhälsovård erbjuder nu länets invånare möjlighet till digitala tjänster via sina digitala mottagningar. Även Regionhälsan har startat digital mottagning för sina kunder.</p> <p><i>Stöd och behandlingsplattformen.</i> Flera nya program inom Stöd- och behandlingsplattformen har startade under 2020. Under 2021 fortsätter utvecklandet av plattformen med nya program till exempel sjukskrivningskollen.</p> <p>Under våren 2021 har ett pilotprojekt för egenmonitorering startats upp för patienter som lever med inflammatorisk tarmsjukdom.</p>		
<p>Minst 80 procent av länets invånare är användare av 1177 Vårdguidens e-tjänster.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Det är en fortsatt hög nyttjandegrad av 1177 Vårdguidens e-tjänster. 265 000 invånare har någon gång nyttjat tjänsten och under årets fyra första månader har invånarna loggat in 2,8 miljoner gånger. Den största orsaken till inloggning är att ta del av sina provsvar.</p>		

Hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar får i uppdrag:

Nr 1. Att beakta målbild 2030 i verksamhetsplaneringsprocessen.



Kommentar

Uppdraget har startat och bedöms vara klart vid årets slut. Målbild 2030 har funnits med som ämne på beredningarnas möten.

Uppdrag: Nr 2. Att följa processerna kring coronapandemin,



Kommentar

Uppdraget har startat och bedöms vara klart vid årets slut. Rapporter om arbetet kring pandemin har funnits med på beredningarnas möten.

Hälso- och sjukvårdens beredning för närsjukvård får i uppdrag:

Nr 3. Att följa utvecklingen av ett mer likvärdigt arbetssätt runt SIP i syfte att skapa trygghet för patienter med omfattande behov.



Kommentar

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut. Antalet personer som

erbjuds en SIP är fortsatt lågt i länet och har minskat ytterligare under pandemin. Det finns också en stor variation mellan verksamheterna i hur många SIP som upprättas.

I samband med att lagen om samverkan vid utskrivning trädde i kraft tillsattes vårdsamordnare vid länets vårdcentraler för att leva upp till kravet på fast vårdkontakt i primärvården. För att stärka och få en likvärdighet i rollen som vårdsamordnare över länet finns en verksamhetsutvecklare på plats sedan i början av året. Som ett första steg har en gemensam uppdragshandling tagit fram som skapar förutsättningar att arbeta mer likvärdigt runt SIP. Dessutom pågår flera arbeten lokalt i syfte att förbättra den individuella planeringen för patienten.

Hälso- och sjukvårdsnämndens beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel och beredningen för närsjukvård får i uppdrag:

Nr 4. Att följa processen med att tillskapa pilotverksamhet för samordnat medicinskt omhändertagande av personer med komplexa funktionsnedsättningar inom närsjukvården



Kommentar

En plan finns framtagen för studiebesök samt fortsatt planering. Mot bakgrund av aktuell pandemi har detta arbete parkerats i väntan på att kunna frigöra personal från covid vården innan arbetet återupptas.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut.

Uppdragen till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen görs i samråd med berörda beredningar. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag:

Uppdrag: Nr 5. Att arbeta för att vården av äldre både i den akuta och långsiktiga vårdkedjan ska förbättras i både vårdens övergångar och gentemot externa vårdgivare för att öka kontinuitet och samordning. Detta kan ske genom att bl.a. utveckla primärvårdens möjligheter till hembesök som ett förstahandsalternativ, mobila lösningar som utgår från specialistvården som ett komplement, ge möjligheter till direktinläggning på sjukhus och korttidsvård samt en samordnad planering tillsammans med patient och anhörig.



Kommentar

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut. Pandemin har inneburit ett ökat fokus på behov av medicinska insatser till äldre med omfattande behov. Som en förbättringsåtgärd kopplat till den kritik som kom från IVO kopplat till vården av äldre under pandemin finns ett förslag att tillsätta en ny funktion som äldrevårdsöverläkare kopplat till

Regionens hälsovalsenhet. Primärvårdens möjligheter till hembesök behöver också stärkas och kompletteras av insatser från de mobila teamen. De mobila närsjukvårdsteamerna i väster och Örebro utvecklas och stärks. I södra länsdelen pågår ett arbete för att se hur frågan runt förbättrad mobilitet ska lösas. I norra länsdelen är närsjukvårdsteamet tillfälligt pausat på grund av personalbrist. Under hösten ska en genomlysning av den mobila sjukvården på primärvårdsnivå genomföras.

På Tullhuset i Örebro pågår i samverkan med kommunen ett försök med direktinläggning på kommunal korttidsplats för patienter som annars skulle hamna på sjukhus.

En struktur med metodhandledare för ViSam-modellen håller på att ta form där nyckelpersoner i specialiserad vård och primärvård tillsammans med motsvarigheter i kommunen får ett uppdrag att säkra processerna runt samverkan vid in-utskrivning ute i de olika verksamheterna.

Nr 6. Att arbeta med att förstärka första linjen för arbetet med psykisk ohälsa hos barn och unga.



Kommentar

Arbetsgrupp har tillsatts med representanter från Område Nära vård och Område psykiatri. Arbetet utgår utifrån Helseplans rapport samt från pågående utredning *En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, Peter Almgren, Socialdepartementet samt omvärldsspaning .

Projektplan för ”Gemensam ingång” förväntas vara klar juni 2021, därefter påbörjas rekrytering.

Arbete med första linjen för barn och unga fortgår i samverkan mellan område Nära vård och område Psykiatri samt länets kommuner. Projektplan för en första linjen kommer påbörjas inom kort. Rekrytering kommer därefter inledas. Samarbetet för utveckling av Maria ungdom i länet synkas med detta arbete och arbetet löper enligt plan.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut.

Nr 7. Att fortsätta utveckla arbetet med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård, bl.a. genom att införa den s.k. basplattan.



Kommentar

Beslut har fattas av hälso- och sjukvårdsledningen avseende införande av basplattan samt levnadsmottagningar. För att kunna realisera detsamma behöver personal frigöras från covid vården samt riktade medel avsättas för göra det möjligt att rekrytera riktad personal för att förstärka det hälso- främjande arbetet på för detta särskilt riktade Levnadsmottagningar. Medel för detta har avsatts i budgeten.

Implementeringsforskning för att integrera levnadsvanearbete i den kliniska vardagen inom primärvård har påbörjats. Fördjupade underlag för digital levnadsvanemottagning och fysiska levnadsvanemottagningar har tagits fram och presenterats för hälso- och sjukvårdens

ledningsgrupp. Beslut om införandestart och omfattning inte taget. Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut.

Nr 8. Att tillsammans med förvaltningen för Regional utveckling göra en översyn av regelverket kring resor till och från vården.



Kommentar

Uppdraget har inte startat men bedöms vara klart vid året slut.

3.3 Perspektiv: Process

Strategi: Kvalitet och utveckling

Kommentar

Strategierna för kvalitet och utveckling har under första halvåret omsatts i arbete riktat mot omställning av nära vård, koncentrerad av den mer specialiserade vården samt att arbeta efter principen av kunskapsstyrning. I det ingår även ansvar för forskning och utveckling, arbete med nationell nivåstrukturering, kunskapsstyrnings-processer som arbete med SVF, följsamhet till läkemedelskommitténs rekommendationer med mera. På grund av den pågående pandemin covid 19 så har också mycket arbete gjorts för att säkra vården för covid 19 patienter och samtidigt så gott som möjligt upprätthålla övrig vård.

Mål: Hälso- och sjukvården är en kunskapsorganisation som ständigt utvecklas.



Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Ökad andel av verksamheterna som uppfyller kriterierna för universitetssjukvårdsenheter.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>En översyn av antal och indelning av universitetssjukvårdsenheter kommer att genomföras under hösten 2021. Genom den pågående uppbyggnaden av akademisk kompetens vilken genomförs tillsammans med Örebro universitet kommer preliminärt nya verksamheter att kunna inkluderas.</p>		
<p>Kunskapsstyrningsprocessen tillämpas t.ex. via antal nya etablerade personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Den organisatoriska hemvisten för kunskapsstyrningsprocessen är under översyn. Successivt implementeras nya riktlinjer och vårdförlopp. Rådet för medicinsk kunskapsstyrning är en central aktör i dessa sammanhang.</p>		

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Verksamheten har tillgång till relevanta (realtids)data för analys och uppföljning.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Via vår interna uppföljningsportal har verksamheten tillgång till såväl daglig som månatligt uppdaterad statistik. Olika typer av uppföljning och analys kan göras beroende på frågeställning. Som exempel kan nämnas, beläggningsstatistik, tillgänglighetsstatistik, standardiserade vårdförlopp för cancer, covidstatistik, samt andra delar av vårdproduktionen. Data finns tillgängligt ner på patientnivå för personer med denna behörighet. Förvaltningen har sedan några år en uppsatt process för att hantera nyinkomna utvecklingsönskemål kring vårdstatistik och deltar i regionens prioriteringsgrupp för utförande.</p>		
<p>Mäts via såld vård totalt och såld vård utanför regionen.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Det totala utfallet för såld vård för perioden uppvisar en ökning jämfört med 2020 motsvarande knappt 9 %.</p> <p>Utfallet för såld vård inom sjukvårdsregion Mellansverige visar en ökning med knappt 10 % jämfört med 2020. Ökningen har skett gentemot region Värmland, främst kopplat till hjärtsjukvård, och gentemot region Sörmland, främst kopplat till cancervård.</p> <p>Även utfallet utanför sjukvårdsregionen har ökat (9,5 %) främst gentemot region Östergötland kopplat till hjärtsjukvård och covidvård.</p>		
<p>Antalet utbildningsdagar för legitimerad personal. Mäts via tid för utbildning.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Antal utbildningsdagar har minskat till stor del p g a pandemin. Under våren har vi sett en utveckling av digitala utbildningsformer.</p>		

Hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar för specialiserad vård får i uppdrag:

Nr 9. Att följa den nationella processen kring högspecialiserad vård och proaktivt stödja nämnden i övergripande prioriteringsarbeten och ansökningsförfaranden.



Kommentar

Den nationella processen kring högspecialiserad vård är en flerårig process och möjliga verksamhetsområden som regionen bör ansöka om förbereds i beredningen för specialiserad vård. Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har en styrgrupp samt en arbetsgrupp bildats för att bedöma, samordna och underlätta ansökningsförfaranden. För närvarande bereds två ansökningar (peniscancer och neuromuskulära sjukdomar) som nämnden beräknas ta ställning till den 30 augusti.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara klart vid årets slut.

Hälso- och sjukvårdsnämndens beredningar för psykiatri, habilitering och hjälpmedel och beredningen för närsjukvård får i uppdrag:

Uppdrag: Nr 10. Att följa arbetet med produktions- och kapacitetsplanering samt övrigt utvecklingsarbete av psykiatrisk vård för barn och unga vuxna inklusive förbättrad tillgängligheten till neuropsykiatriska utredningar.



Kommentar

Arbete kring produktions- och kapacitetsplanering pågår inom BUP. Uppföljning sker på verksamhets- enhets- och medarbetarnivå. Arbetet med att effektivisera vårdprocesser fortgår samt nivåstrukturering av neuropsykiatriska utredningar har påbörjats januari 2021 vilket leder till bättre effektutnyttjande av resurser.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut.

Uppdragen till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen görs i samråd med berörda beredningar. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag:

Nr 11. Att i enlighet med målbild 2030 fortsätta arbetet med att fram åtgärder som möjliggör för primärvården att vara navet i en god nära och samordnad vård.



Kommentar

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart. Arbetet med hälso- och hälso- och sjukvårdens nya organisation pågår. En samlad primärvård, ger förutsättningar för ett mer samlat grepp om primärvårdens utveckling. Omställningen till nära vård är inte en isolerad angelägenhet för primärvården utan kräver även involvering av det som idag är traditionell sjukhusvård och akutverksamhet för att få en helhet som blir hållbar över tid. En utmaning för primärvården är kompetensförsörjning, i synnerhet rekrytering av specialister i allmänmedicin.

Primärvårdens roll som nav i den nära vården behöver ske i samverkan med kommunerna Under våren har ett gemensamt arbete med länets kommuner påbörjats för att ta fram en gemensam målbild som ska vara klar vid årsskiftet. Målbilden blir en grund i den överenskommelse om sjukvård i hemmet som är på väg att tas fram. Som ett första steg i överenskommelsen pågår arbete med några samverkansfrågor som varit svåra att lösa ut tidigare.

- Samverkan runt barn med omfattande behov
- Gränssnitt för rehabilitering
- Ansvarsfördelning runt nutritionsfrågor

Nr 12. Att i enlighet med målbild 2030 fortsätta arbetet med specialiserad och högspecialiserad vård, inkluderande bl.a. utvecklandet av traumaverksamheten och arbetet med trombeaktomi.



Kommentar

Akut strokebehandling med trombektomi har startat i ett nybyggt neurointerventionslab på USÖ. Installation av cyklotron på USÖ pågår. En neurokirurgisk klinik bildas under hösten och organisationen av ett traumacentrum håller på att ta form. Volym och upptagningsområde för ryggkirurgi utökas under året till följd av nyrekryterad kompetens inom området. Nya lokaler för fortsatt utveckling av befintlig högspecialiserad vård i H-huset på USÖ har tagits i bruk.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut.

Nr 13. Att utveckla verksamhetsnära stödprocesser för att underlätta produktions- och kapacitetsplanering utifrån verksamhetens behov.



Kommentar

Samtliga stödjande resurser i form av verksamhetcontrollers finns nu organiserade inom ekonomistab och vid produktionsenheten under ledning av en ny produktionschef. Utformning av enhetlig process kring produktions- och kapacitetsplanering kommer att vara klar under året samtidigt som en implementering mot verksamheterna påbörjas och fullföljs under kommande år. Detta utvecklingsarbete är en viktigt grundbult till en långsiktigt strategi för hållbar verksamhet och ekonomi.

Uppdraget har startat men bedöms inte vara helt klart vid årets slut.

Strategi: Digitalisering

Kommentar

Arbete runt digitalisering har haft stor betydelse i strategin kring att begränsa smittspridningen under pandemin. Både möjligheten till digitala möten samt förståelsen för dessa har utvecklats betydligt både hos regionens medborgare och hälso- och sjukvårdens medarbetare. Strategin för digitalisering inbegriper även en utveckling av de interna processerna inom hälso- och sjukvården.

Mycket ökad användning av digitala verktyg, t.ex. för digitala vårdmöten, nyttjande av tjänster via 1177 samt införandet av anpassat verktyg för vaccinationer och förenklade HR-stöd. Fokus har legat på att underlätta i pandemin och andra utvecklingsinsatser har fått stå tillbaka, men sammantaget är utvecklingen mycket god.

Strategi: Hållbar utveckling

Kommentar

Hälso- och sjukvården följer regionens generella strategier. Under våren 2021 har en arbetsgrupp startats som ska implementera det nya programmet för hållbar utveckling. Det första steget för arbetsgruppen har varit att kartlägga hur förvaltningens befintliga arbete motsvarar programmets indikatorer. Arbetsgruppen har också identifierat för vilka indikatorer det finns ett linjeansvar.

Strategiarbetet har påverkats av den belastning som pandemin covid-19 utgjort. Exempelvis har arbetet för att nå målet om att minska ojämlikheter i hälsa varit inriktat på provtagning och vaccinering. Inom målområdet ansvarfull resursanvändning har arbetet med digitalisering gett resultat, medan arbetet med att minska förbrukningen av engångsmaterial fått stå tillbaka som ett resultat av pandemin.

Strategi: Regional utvecklingsstrategi

Kommentar

Regionala utvecklingsstrategin gäller för tidsperioden till 2030 och lyfter fram vård och hälsa som ett område med bred utvecklingspotential. Inom HS-förvaltningen pågår ett arbete för att ytterligare stärka den högspecialiserade vården. Strategiska investeringar och kompetensförstärkningar sker t.ex. inom traumavård och neurointervention. För en långsiktig framgångsrik satsning inom högspecialiserad och såld vård är en aktiv forsknings- och utbildningsverksamhet också nödvändigt och här sker kontinuerligt i en nämnövergripande samverkan satsningar t.ex. på kompetensrekrytering.

Genom profilering av verksamheter inom länsklinikerna skapas också förutsättningar för att bedriva såväl högspecialiserad vård som klinisk forskning vid de tre sjukhusenheterna.

Utveckling av den Nära vårdens och den fördjupade samverkan med länets kommuner, t.ex. genom den under året ingångna överenskommelsen kunskapsstyrning är också en avspeglning av intentionerna i den regionala utvecklingsstrategin.

3.4 Perspektiv: Resurs

Effektmål 10. Region Örebro län är en attraktiv arbetsgivare med hälsofrämjande, jämställda och jämlika arbetsplatser och bidrar till en hållbar kompetensförsörjning.



Kommentar

Våren 2021 har fortsatt präglats av pandemi-situationen. Många projekt har fortsatt pausats och istället har nya uppgifter ersatt den ordinarie verksamheten. Mycket har handlat om att bistå i bemanningsplanering, rekrytering, omflyttning av medarbetare, förändringar i schema, villkor och ersättningar samt samverkan och förhandling med våra fackliga organisationer. Rekrytering och bemanning till vaccinationsnoderna har varit omfattande och ca 1200 medarbetare har rekryterats. Under våren har även planeringen inför sommarperioden startats upp. Planeringen inför Hälso- och sjukvårdens omorganisation har även varit en stor del av vårens verksamhet, med bl a risk- och konsekvensanalyser.

Våren 2021 har även innehållit en omfattande löneöversyn av hälso- och sjukvårdens samtliga medarbetare.

Projektet Framtidens undersköterska och projektet stöd till chefer i arbetet med kompetensväxling

vid införande av VNS har fortsatt pausats, så även introduktionsprogrammet för sjuksköterskor. Dock finns en fortsatt stor efterfrågan på medarbetare inom VNS, dels med anledning av pandemin.

Arbetet med kompetensmodeller för sjuksköterskor har startats upp och workshops har kunnat genomföras i digital form.

Som ett komplement till avgångsenkäterna har även avgångsintervjuer genomförts. Detta med anledning av att vissa verksamheter haft stor rörlighet inom sjuksköterskeyrket. Avgångsorsaker är främst lön, arbetstider samt arbetsmiljö. Vi ser en rörlighet inom sjuksköterskegrupperna men vi ser även ett ökat intresse för sjuksköterskeyrket. Fler söker specialistutbildningar och glädjande nog fler sökande till IVA än vad vi haft tidigare.

Våren 2021 har även präglats av stor efterfrågan på stöd i arbetsmiljöfrågor. Det har till stor del handlat om pandemisituationen. Medarbetare har upplevt en mycket ansträngd arbetsmiljösituation och stöd har behövs bl a från Regionhälsan. Det har även handlat om stöd vid hantering av gravida medarbetare med anledning av covid, avvikelserarbetet och rapportering.

Under våren 2021 har vi sett ett ökat behov av utlämnande av handlingar, begäran från media om rapporter och statistikuppgifter, vilket föranleder behov att se över och effektivisera det arbetet.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>HME – Hållbart medarbetarengagemang ska öka i jämförelse med tidigare medarbetarenkät.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Indikatorn redovisas i verksamhetsberättelsen. Medarbetarenkäten 2021 är planerad att genomföras under hösten 2021.</p>		
<p>AVI – Attraktiv arbetsgivarindex ska öka i jämförelse med föregående år.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Indikatorn redovisas i verksamhetsberättelsen. Attraktiv arbetsgivarindex för år 2020 är 103. Jämfört med år 2019 (116) en minskning med 13. De värden som har förorsakat minskningen är inom korttidssjukfrånvaro, långtidssjukfrånvaro samt tid för kompetensutveckling. I övrigt i princip oförändrat.</p> <p>Corona-pandemin har inneburit stora påfrestningar för medarbetare i verksamheten. Uppföljningar av sjukfrånvaron har skett kontinuerligt på områdes-/verksamhetsnivå under 2021 och behöver fortsatt följas noggrant. Viss förbättring har skett under våren. Medarbetares behov av återhämtning har inför sommaren 2021 inneburit beslutet att målsättningen är 4 veckors semester till skillnad mot sommaren 2020 då medarbetare i vårdnära verksamhet erbjöds 3 veckors semester.</p>		
<p>Jämix – Jämställdhetsindex ska öka i jämförelse med föregående år.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Indikatorn redovisas i verksamhetsberättelsen. Jämix resultat för 2020 är 95 jämfört med 106 föregående år (2019). Det försämrade resultatet ligger helt inom ramen för Aktivt arbete där corona-pandemin är orsak till att aktiviteter inom jämställdhetsåtgärder ej genomförts.</p>		
<p>Frisktalet ska förbättras i jämförelse med föregående år.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Indikatorn redovisas på årsbasis i verksamhetsberättelsen</p>		

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Personalomsättningen externt ska redovisas. Den ska minska i jämförelse med föregående år.</p> <p><i>Kommentar</i> Indikatorn redovisas på årsbasis i verksamhetsberättelsen</p>		
<p>Region Örebro läns nya värdegrund ska påbörja att implementeras under året.</p> <p><i>Kommentar</i> Indikatorn redovisas i verksamhetsberättelsen. Integrering av värdegrund påbörjas under hösten 2021.</p>		

Effektmål 11. Region Örebro län har en långsiktig stark och hållbar ekonomi samt uppnår en verksamhetsmässig och finansiell god hushållning.



Kommentar

Utbrottet av covid-19 har medfört att arbetet med handlingsplanen och åtgärder för ekonomi i balans under 2021 inte kunnat genomföras som planerat.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Styrelsen och nämnderna redovisar ett resultat i balans.</p> <p><i>Kommentar</i> Utbrottet av covid-19 har medfört att arbetet med handlingsplanen och åtgärder för ekonomi i balans under 2021 inte kunnat genomföras som planerat. Se sammanfattande analys i avsnitt 4 Ekonomi</p>		— —

Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag:

Nr 14. Att beskriva processen för att komma i ekonomisk balans. Det innebär konkretiserandet av en flerårig handlingsplan med översyn av bl.a. effektiviseringar, intäkter och underliggande infrastrukturellt arbete. Uppföljning av handlingsplanen ska vara en del av hälso- och sjukvårdsnämndens årsrapportering till regionstyrelsen.



Kommentar

Uppdraget har startat men bedöms inte vara klart vid årets slut.

I budget 2021 beslutades ett generellt reduceringskrav med 1 % för samtliga verksamheter samt ytterligare 0,5 % reduceringskrav för verksamheter inom specialiserad vård. Belastningen inom vården, med anledning av pandemin, har inneburit begränsade möjligheter att genomföra de beslutade åtgärderna under detta år. Vid en förmodad minskning av pandemin under hösten förväntas endast marginell effekt kunna uppnås under detta år då arbete med att jobba ikapp vårdskulden kommer att stå i fokus. Åtgärderna kommer att följas upp löpande under året.

Arbetet med en ekonomi i balans kommer fortsätta under 2022 och även påföljande år.

Detta kommer att integreras med pågående utveckling av verksamhets- och budgetprocessen, framtagande av system för faktabaserad planering, ledning och styrning med bl a system för produktions- och kapacitetsstyrning, förbättrad omvärldsanalyser mm, vilket skall leda till en förbättrad samlad ledning och styrning inom den nya HS organisationen.

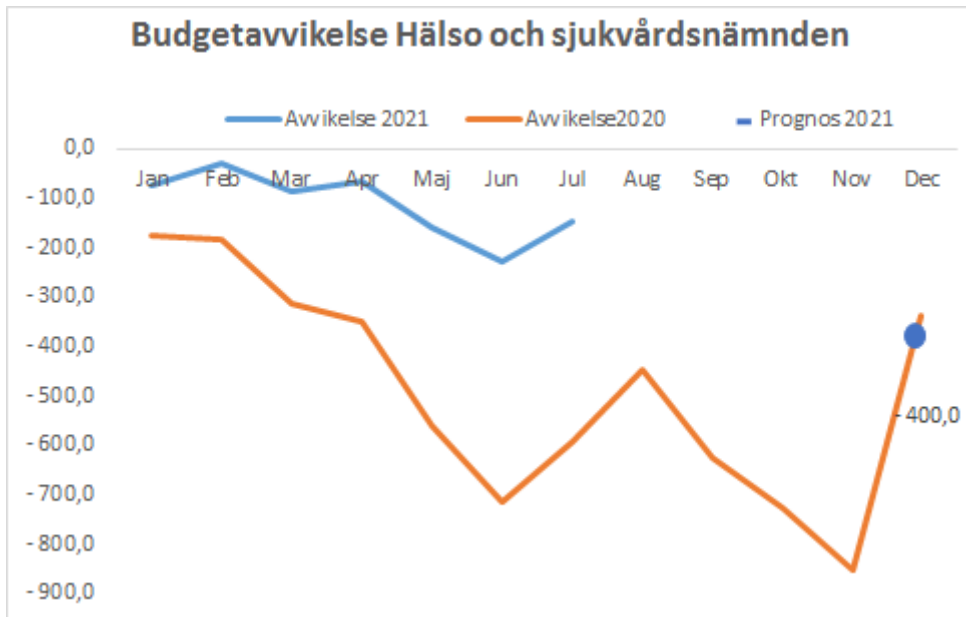
4 Ekonomi

4.1 Resultatrapport hälso- och sjukvårdsnämnden

Resultatrapport

Belopp i mnkr	Utfall ack 2021	Budget ack 2021	Budg et- avvik else ack 2021	Utfall ack 2020	Progno s 2021	Budget 2021	Progno s budget avvikel se 2021	Utfall 2020
Avgifter och såld vård	1 077,5	1 032,5	45,0	1 017,7	1 827,6	1 770,7	56,9	1 748,7
Övriga intäkter	1 014,8	480,6	534,2	547	1 426,3	824,2	602,1	1 526,8
Summa intäkter	2 092,3	1 513,1	579,2	1 564,7	3 253,9	2 594,9	659,0	3 275,5
Personalkostnader	-3 393,1	-3 225,2	-167,9	-3 156,7	-6 006,3	-5 531	-475,3	-5 531,5
Köpt vård	-234,8	-189,3	-45,5	-157,5	-404,1	-324,6	-79,5	-309,2
Läkemedel	-606,2	-621,0	14,8	-563,2	-1 065	-1 065	0	-1 019,8
Övriga kostnader	-1 647,3	-1 134,4	-512,9	-1 462,2	-2 443	-1 945,5	-497,5	-2 560,2
Avskrivningar, inventarier	-81,6	-66,0	-15,6	-65,8	-119,9	-113,2	-6,7	-114,7
Summa kostnader	-5 963,0	-5 235,9	-727,1	-5 405,4	-10 038,3	-8 979,3	-1 059,0	-9 535,4
Verksamhetens nettokostnad	-3 870,7	-3 722,8	-147,9	-3 840,7	-6 784,4	-6 384,4	-400,0	-6 259,9
Finansnetto	-5,0	-4,3	-0,7	-4,1	-7,4	-7,4	0,0	-7,2
Resultat	-3 875,7	-3 727,1	-148,6	-3 844,8	-6 791,8	-6 391,8	-400,0	-6 267,1

Budgetavvikelse



Sammanfattande analys

Resultatet t o m juli uppgår till - 148,6 mnkr vilket innebär en nettokostnadsökning jämfört med förra året på 0,8 % vilket till stor del beror på periodens statsbidrag avseende covid-19.

Statsbidragen avseende covid-19 uppgår till 438 mnkr varav 301 mnkr avser testning under perioden och 128 mnkr avser ersättning för 2020. Kostnaderna för perioden uppgår till ca 283 mnkr vilket ger ett positivt resultat för perioden vilket också är bedömningen vid årets slut.

Belastningen inom vården har varit hög under perioden och även om vi ser att smittspridningen minskar, så skapar detta osäkerhet i ekonomin med begränsade möjligheter att hantera de krav på besparingar som beslutats i året budget.

Mot den bakgrunden bedöms område specialiserad vård uppvisa ett underskott vid årets slut på - 100 mnkr, område nära vård - 62 mnkr samt område psykiatri - 34 mnkr vilket är i nivå med förra prognosen förutom en försämring avseende område psykiatri.

Ökade volymer av köpt vård medför att kostnaderna inte bedöms rymmas inom tilldelad budget utan förväntas medföra ett underskott med 97 mnkr.

Den interna budgetförstärkningen, på totalt 507 mnkr, som har skett till områdena för att kompensera för ofinansierade verksamheter, har medfört ett underskott med 377 mnkr på totalen.

Den totala prognosen bedöms till - 400 mnkr vilket är samma resultat som föregående prognos.

4.2 Periodens resultat

Intäkter

Intäktsökningen jämfört med samma period förra året avser främst statsbidrag covid-19. De uppgår totalt till 438 mnkr varav 128 mnkr avser ersättning för 2020 och resterande del avser framförallt ersättning för testning och sjukkostnader.

Ersättning för såld vård har ökat med 29 mnkr denna period jämfört med förra året då effekten av covid-19 innebar betydligt lägre intäkter. Detta motsvarar en ökning med 8,6 %.

Personalkostnader

Lönekostnaderna för perioden uppgår till totalt 2 308 mnkr vilket är en ökning med 7,1 % jämfört med samma period förra året. Ökningstakten exkl kostnader för covid-19 uppgår till 5,1 %.

Jämfört med förra året har bl a kostnader för timlöner, övertid, jour och beredskap, samt semesterlön och semesterlöneskuld med anledning av pandemin.

Övriga kostnader

Fler dyra patienter under perioden medför ett underskott av den köpta vården med - 45 mnkr.

Kostnaderna för läkemedel är högre jämfört med förra året men beräknas rymmas inom årets utökade budget. Avvikelsen för perioden uppgår till + 14,8 mnkr.

Kostnader för sjukvårdsmaterial är betydligt högre jämfört med förra året vilket beror på pandemin.

Kostnaderna för utbildning och resor ligger på en fortsatt låg nivå med anledning av de restriktioner som har funnits under året.

Hyrläkarkostnaderna har ökat med ca 17 mnkr jämfört med förra året och uppgår till totalt 94 mnkr. Störst ökning finns inom primärvården inom område nära vård, område specialiserad vård samt inom område psykiatri.

Ökningen av avskrivningskostnader beror till största del på kostnader avseende H-huset.

Driftredovisning hälso- och sjukvårdsnämnden

Belopp i mnkr	Budgetavvikelse ack 2021	Omsättning *) ack 2021	Relation (%)	Budgetavvikelse ack 2020
Område nära vård	-106,2	1 626	-6,5	-108,9
Område specialiserad vård	-366,1	2 969	-12,3	-294,7
Område psykiatri	-20,2	481	-4,2	-13,6
Områdesgemensamt	343,9	743	46,3	-27,9
Resultat	-148,6	5 819	-2,6	-445,1

*) Definition av omsättning är ackumulerade intäkter och ackumulerat budgeterat resultat.

4.3 Helårsprognos

Intäkter

I prognosen ingår de ersättningar som hittills betalats ut till nämnden avseende covid-19 samt de förväntade ersättningarna för resterande del av året.

Fortfarande råder osäkerhet kring de volymer som ersättningarna baseras på för de kommande månaderna. Nuvarande bedömning innebär dock en minskning under hösten och de totala intäkterna bedöms till 573 mnkr.

Prognosen innehåller en förväntad utbetalning av statsbidraget avseende kömiljarden med totalt 39 mnkr.

Intäkter för såld vård förväntas ge ett överskott med drygt 50 mnkr vilket motsvarar 7 %.

Personalkostnader

Personalkostnaderna förväntas öka med 8 % jämfört med förra året framförallt beroende på effekten av corona.

Det totala underskottet på ca 475 mnkr avser del av underskotten inom områdena, del av det totala budgeterade underskottet samt personalkostnader som avser covid-19. Det är framförallt kostnader avseende timlöner, sjuklöner, övertid samt jour och beredskap.

Övriga kostnader

Kostnader för framförallt sjukvårdsmaterial beroende på pandemin, del av områdenas förväntade underskott samt del av det budgeterade underskottet förväntas ge ett underskott vid årets slut.

Fler dyra patienter under året jämfört med 2020 bedöms till ett underskott av den köpta vården med 97 mnkr på helårsbasis.

Underskottet beror även på kostnader för hyrläkare vilka inte är budgeterade.

4.4 Vidtagna åtgärder för att nå ekonomi i balans

Samtliga områden inom Hälso- och sjukvårdsnämnden har uppdrag att under 2021 reducera sina kostnader med 1 % samt ytterligare reducere inom specialiserad vård med 0,5 %.

Det innebär en kostnadsreducering med totalt 80 mnkr vid full effekt.

Med anledning av pågående pandemi bedöms inte områdena klara uppsatta mål och effekten förväntas inte nås under detta år.

4.5 Investeringar

Sammanställning av bruttoinvesteringar, mnkr	Utfall ack 2021	Prognos 2021	Budget 2021	Utfall 2020
Immateriella anläggningstillgångar innevarande års budget				
Immateriella anläggningstillgångar överfört från tidigare års budget				
Byggnadsinvesteringar innevarande års budget				
Byggnadsinvesteringar överfört från tidigare års budget				
Medicinteknisk utrustning innevarande års budget	18,7	120,0	152,1	60,3
Medicinteknisk utrustning överfört från tidigare års budget	95,2	220,0	281,7	116,3
It-utrustning innevarande års budget				
It-utrustning överfört från tidigare års budget				
Övrig utrustning innevarande års budget	1,0	30,0	58,3	116,2
Övrig utrustning överfört från tidigare års budget	16,4	45,0	65,0	20,8
Investeringsbidrag (konto 2322, minus-belopp)				
Summa	131,3	415,0	557,1	313,6

Investeringsutgifterna uppgår per juli till 131,3 mnkr och fördelas på medicinteknisk utrustning 113,9 mnkr respektive övriga utrustning 17,4 mnkr. Den största posten vad gäller medicinteknisk utrustning är en delbetalning på PET-CT-utrustning till Röntgenkliniken (6,9 mnkr). Helårsprognosen för investeringar 2021 beräknas till ett utfall motsvarande 415 mnkr.

Uppföljning medicintekniska investeringar > 2,5 mnkr

Hälso- och sjukvårdsnämnd

(mnkr)	Budget 2021	Utfall ack 2021	Prognos 2021	Status
Ambulanser, akutklin	8,0	4,4	6,0	För ambulanser till USÖ och Lindesbergs lasarett pågår installation. Ambulansen till Karlskoga lasarett är i drift
Intensivvårdsambulans, akutklin	4,0	0,0	0,0	Ej påbörjad
Processor, ljuskälla, endoskopi och navigation, medicinska klin	4,4	0,0	4,4	Anbud öppnade. Provuppställning hösten 2021
Datortomograf, onkologiska klin	8,0	0,0	4,0	Framtagande av förfrågningsunderlag pågår
Bipolar röntgen, ortopediska klin	7,0	0,0	7,0	Projekt startat
UPLC-MS/MS, laboratoriemed.klin	3,5	0,0	3,5	Framtagande av förfrågningsunderlag pågår
Röntgen stat, hjärt-, lung-, fysiologiska klin	4,8	0,0	0,0	Påbörjat förberedelse inför upphandling
Ultraljudsutrustning, röntgenklin	13,0	0,0	8,0	Avtal tecknat
Pet-CT nr 2, röntgenklin	16,5	0,0	5,0	Avtal tecknat
Operationsbord, kärl-thoraxklin	4,8	0,0	4,8	Avtal tecknat
Cyklotron, avd sjukhusfysik	16,0	0,0	0,0	Anskaffning pågår. Uppdelad på flera upphandlingar både annonserade och direktupphandlingar
Utrustning H-huset inkl akutröntgen	14,9	0,0	14,9	Anskaffning pågår

4.6 Produktions- och nyckeltal

Inom öppenvården ingår även kontakter som är så kallade kvalificerade telefon, brev och distanskontakter. Dessa kontakter är enligt Socialstyrelsens definition likställt med ett ”öga-mot-öga-besök”.

Vid statistikuttag nära månadsskifte måste man alltid ha i åtanke att det tillkommer efterregistreringar (alla registreringar är ännu inte inlagda i vårdsystem).

Produktionen har påverkats på olika sätt från och med pandemins start 2020. En jämförelse mot motsvarande period föregående år ger inte en helt rättvis bild på grund av detta. För att jämföra ut pandemins påverkan görs därför jämförelser mot ackumulerat genomsnittligt resultat för år 2020 för produktionsnyckeltalen.

Hälsa- och sjukvårdens produktionstal

Tillgänglighet

Data gäller fram till juni 2021. Privata aktörer ingår i primärvårdens statistik, dock ingår inte privata aktörer i specialistvårdens statistik från och med januari 2021.

Telefontillgängligheten var i juni 87%, att jämföra mot rikets 91%.

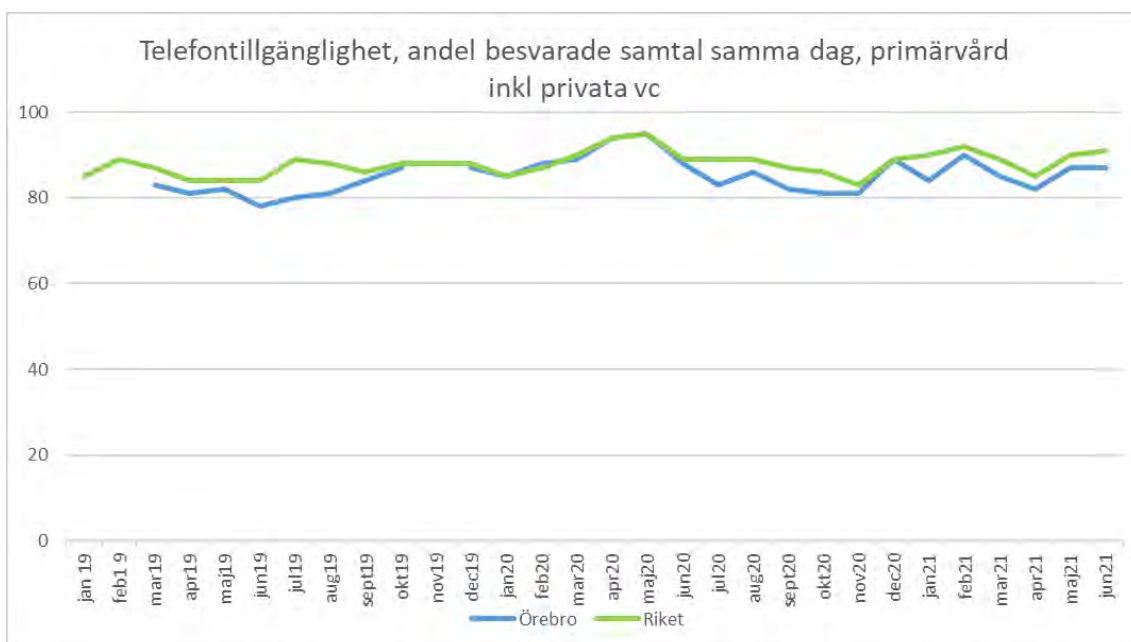
Andel med medicinsk bedömning inom tre dagar var i juni 81%, att jämföra mot rikets 79%.

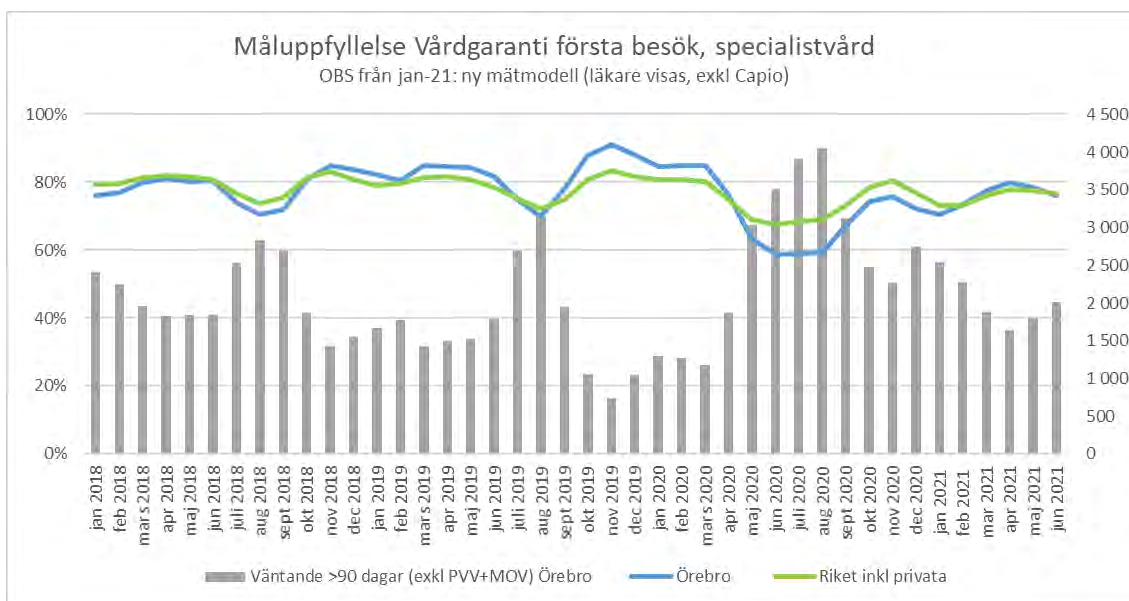
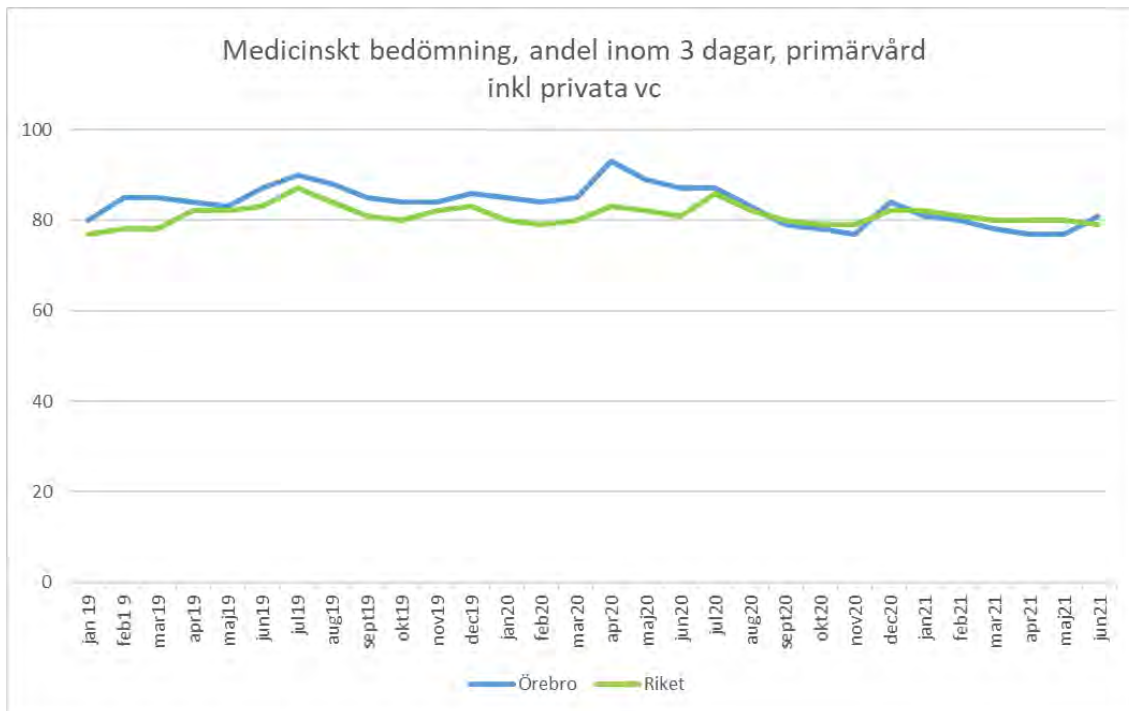
Måluppfyllelse till vårdgarantilagens första besök till läkare, inom den specialiserade vården, var i juni 2021, 76% i Örebro, att jämföra mot rikets 77%.

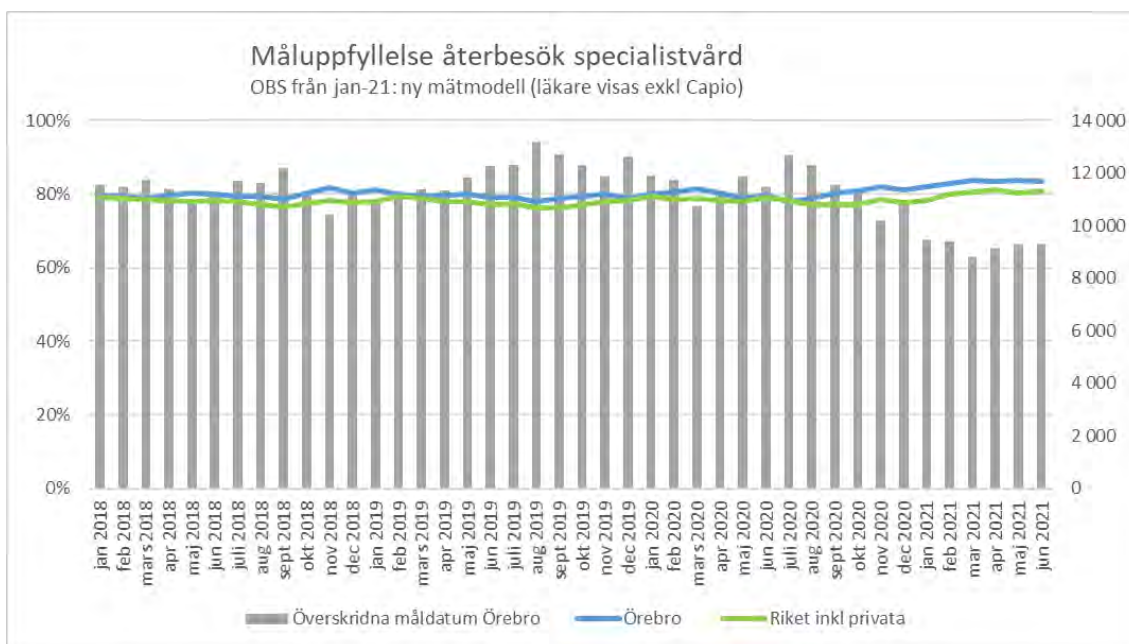
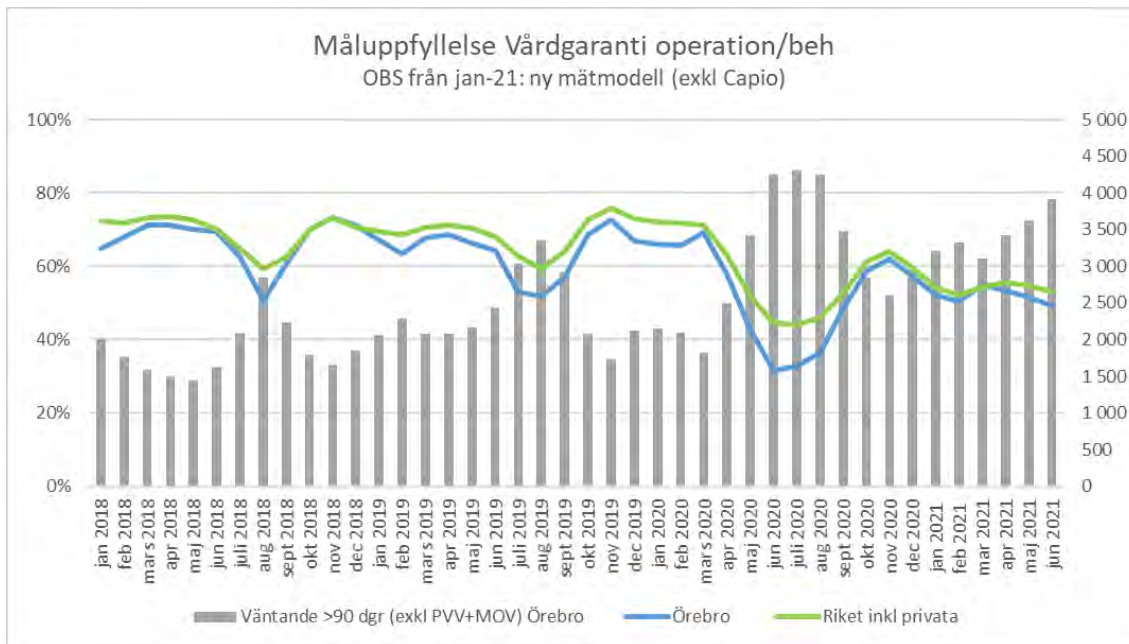
Måluppfyllelse till vårdgarantilagens operation/behandling var i juni 2021, 49% i region Örebro län och 53% i riket.

Andelen patienter som ännu väntar inom sitt medicinska måldatum för återbesök till läkare, inom specialistvården, var i juni 84%, att jämföra mot rikets 81%. Återbesöken ingår inte i vårdgarantin, men är siffror som både rapporteras och följs nationellt.

Från och med januari 2021 baseras måluppfyllelse för vårdgarantin på en ny mätmodell. Capió ingår inte i underlaget för året 2021. Detta gäller samtliga diagram nedan för den specialiserade vården.







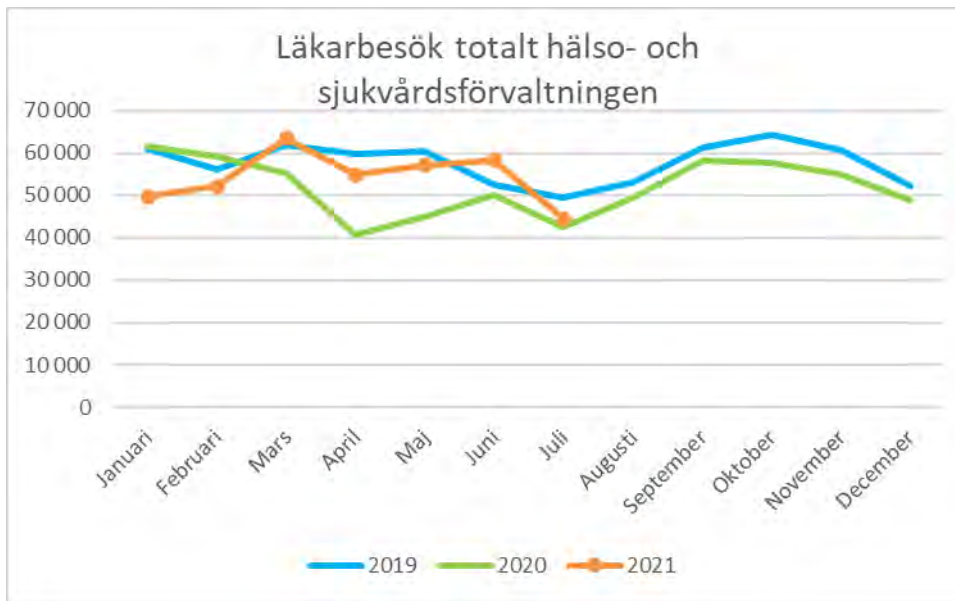
Läkarbesök

	Utfall ack 2021	Utfall ack snitt 2020	Förändring	Relation (%)
Antal läkarbesök	380 322	363 863	16 459	4,5

Genomförda läkarbesök inom Habilitering och hjälpmedel ökade med 15% (+ 284) om man jämför resultatet till och med juli 2021 mot ackumulerat genomsnitt 2020.

Genomförda läkarbesök inom primärvården ökade med 4% (+ 5 395) vid motsvarande jämförelse och specialistvårdens genomförda läkarbesök ökade med 5% (+ 10 780), vid en jämförelse 2021 mot ett ackumulerat genomsnitt för år 2020. På totalen ökade läkarbesöken

med 4,5% (+ 16 459).



Behandlingsbesök

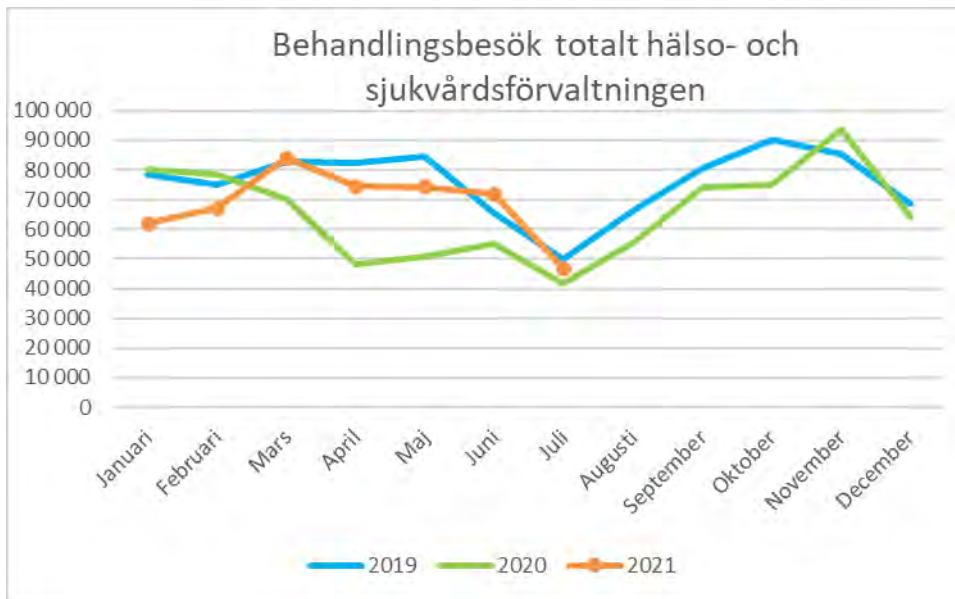
	Utfall ack 2021	Utfall ack snitt 2020	Förändring	Relation (%)
Antal behandlingsbesök	480 249	459 746	20 503	4,5

Genomförda behandlingsbesök till och med juli 2021, inom Habilitering och hjälpmedel, jämfört mot ackumulerat genomsnitt 2020, ger en ökning 2021 med 9% (+ 3 010).

Motsvarande siffra för primärvården ger en ökning med 0,5% (+ 1 135) och för specialistvården resulterar motsvarande jämförelse i en ökning med 9% (+ 16 358). En liknande jämförelse för totala antalet behandlingsbesök 2021 jämfört mot ackumulerat genomsnitt 2020 ger en ökning på 4,5% (+ 20 503).

Totala antalet besök ökade med 4% (+ 36 962) vid jämförelse som ovan.

Andelen distanskontakter, läkare inom specialistvården, ligger på samma nivå 2021 som 2020, 13%, medans för övriga personalkategorier har andelen ökat, från 10% år 2020 till 14% år 2021.

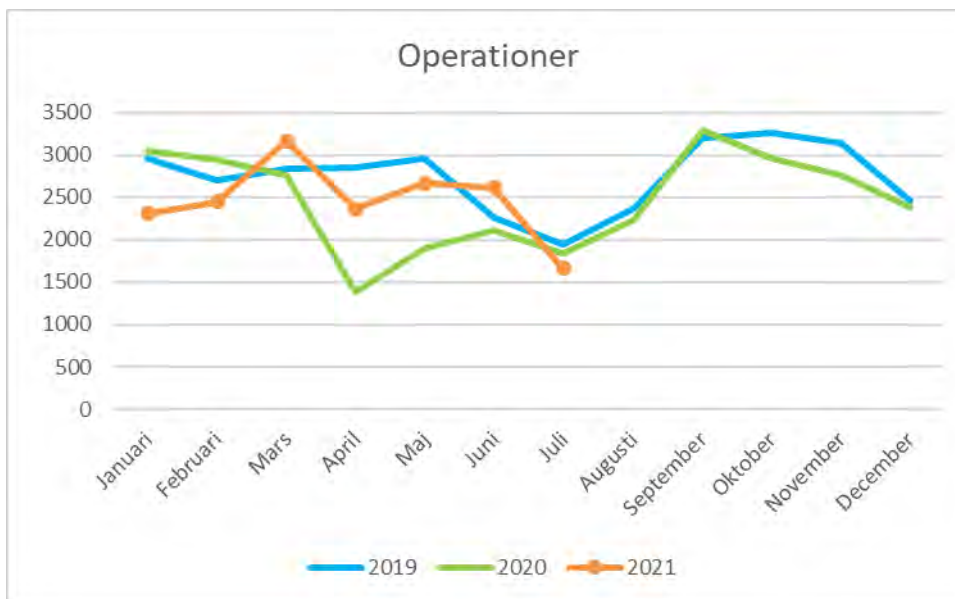


Operationer

	Utfall ack 2021	Utfall ack snitt 2020	Förändring	Relation (%)
Antal operationer	17 246	17 272	-26	-0,2
Antal operationstimmar	12 899	12 376	523	4,2

Antal utförda operationer var fram till juli, 17 246, vilket är en minskning med 26 operationer (-0,2%) om man jämför mot ackumulerat genomsnitt för 2020. Den totala operationstiden till och med juli var 12 899 timmar. Operationstiden har ökat med 4,2% (+ 523 timmar) om man jämför mot ackumulerat genomsnitt för 2020. Andelen operationer i öppenvården var under perioden januari till juli 2021, samma som för år 2020, 61%.

Andelen opererade utomlänspatienter har minskat, från 16% år 2019, till 15% år 2020 och nu år 2021 var andelen opererande utomlänspatienter, 14%. Andelen akuta operationer var för perioden januari-juli 20%, jämfört med 19% år 2020. Andel operationer som utförs i anestesi minskar, under år 2019 var andelen 52%, år 2020, 50% och januari-juli 2021 var andelen fortsatt 47%.



DRG-poäng i somatisk slutenvård (avser per föregående månad)

	Utfall ack (fg månad) 2021	Utfall ack snitt (fg månad) 2020	Förändring	Relation (%)
Antal DRG-poäng	20 814	19 607	1 207	6,2

Akkumulerat antal DRG poäng inom den somatiska slutenvården var per sista juni 2021, 20 814. Jämfört med ackumulerat genomsnitt för 2020 är detta en ökning med sex procent (+ 1 207 poäng). Genomsnittspoäng/vårdtillfälle har ökat med 4,5% mellan 2021 och 2020 och antal vårdtillfällen har ökat med 2% (+ 312). Då covid diagnoser har saknat DRG tillhörighet fram till januari 2021 har vårdtillfällen för covid patienter fått DRG poäng noll för år 2020. För att kompensera för detta har dessa covid vårdtillfällen fått snittpoängen för övriga DRG:ade vårdtillfällen under samma period.

Vård dagar i psykiatrisk slutenvård

	Utfall ack 2021	Utfall ack snitt 2020	Förändring	Relation (%)
Antal vård dagar	19 415	19 850	-435	-2,2

Vid jämförelse mellan periodens resultat mot ackumulerat genomsnitt för år 2020 visar antalet vård dagar en minskning med 2,2 procent (- 435 dagar). Antal pågående och avslutade vårdtillfällen inom psykiatrin var för perioden 1 988, jämfört mot 2020 (ackumulerat genomsnitt) är detta en ökning på 5% (+ 91).

Vårdplatsituationen i länet i juli, vuxna

VUXNA	Tillgängliga vårdplatser i snitt/mån	Antal överbeläggningar i snitt/mån/100 vårdplatser	Antal utlokaliserade i snitt/mån /100 vårdplatser	Utskrivningsklara patienter i snitt per dag	Antal utskrivningsklara dagar i snitt per patient	Beläggningsprocent (status inne)
Område specialiserad vård	344,4	1,1	5,9	12,6	2,0	90%
Område nära vård	39,0	2,8	1,6	2,2	1,7	97%
Totalt somatik	383,4	1,3	5,4	14,8	1,9	91%
Område psykiatri	99,9	0,0	0,0	0,6	3,0	68%
Totalt hälso- och sjukvård	483,3	1,0	4,3	15,4	2,0	86%

Vårdplatsituationen i länet i juli, barn

BARN	Tillgängliga vårdplatser i snitt/mån	Antal överbeläggningar i snitt/mån /100 vårdplatser	Antal utlokaliserade i snitt/mån /100 vårdplatser	Beläggningsprocent (status inne)	Beläggningsprocent (status alla, inkl permission)
Område specialiserad vård (avdelning 26)	18,0	0,0	0,5	70%	105%
Område psykiatri (avdelning 5)	6,0	0,0	0,0	36%	76%
Totalt hälso- och sjukvård	24,0	0,0	0,4	62%	98%

5 Personalekonomi

5.1 Personalkostnader

	Utfall ack 2021	Utfall ack 2020	Prognos 2021	Utfall 2020
Lönekostnadsökningstakt (%)	7,1	6	8,2	6,9
Lönekostnad (40-41) (mnkr)	2 307,6	2 154,8	4 074,8	3 765,0

Lönekostnaderna för perioden uppgår totalt till 2 307,6 mnkr vilket är en ökning med 7,1 % jämfört med samma period förra året.

Lönekostnader avseende covid-19 uppgår till 129 mnkr och avser framförallt löner till timanställda, övertid och sjuklöner.

Ökningstakten exklusive covid-19 uppgår till 4,5 %.

Lönekostnadsökningstakten i prognosen är bedömd till 8,2 % vilket är i nivå med bedömningen som gjordes efter maj.

5.2 Kostnadsanalys

Konto	Kategori	Utfall ack 2021, mnkr	Utfall ack 2020, mnkr	Förändring, mnkr	Förändring %
4011+4081	Månadslöner	1 503,0	1 554	-51,0	-3,3
4012	Timanställda	65,8	44	21,8	49,5
4031	Obekväm arbetstid	96,7	102	-5,3	-5,2
4032	Övertid/mertid	79,4	59	20,4	34,6
4033	Jour och beredskap	104,2	69	35,2	51,0
4040	Förändring skuld jour, beredskap och övertid	9,8	19	-9,2	-48,4
4110+4150	Semesterkostnad inkl. skuldförändring	283,4	195	88,4	45,3
4120	Sjuklön	38,8	54	-15,2	-28,1
	Övrigt konto 40xx-41xx	126,5	59	67,5	114,4
	Totalt kontoklass 40-41	2 307,6	2 155	152,6	7,1

Kostnader för timanställda, övertid/mertid, jour och beredskap samt semesterkostnad inkl skuldförändring har ökat jämfört med förra året och beror till stor del på effekten av covid-19.

5.3 Antal tillsvidareanställda årsarbetare

Yrkesgrupp	Antal årsarbetare perioden 2021			Antal årsarbetare perioden 2020			Förändring		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Administratör	102,3	7,0	109,3	98,9	5,0	103,9	3,4	2,0	5,4
Andra yrkesgrupp inom HoS	173,4	33,5	206,9	163,9	34,5	198,4	9,5	-1,0	8,5
Arbetster och hjälpmkonsulent	150,1	9,0	159,1	137,2	12,0	149,2	12,9	-3,0	9,9
Behandlingsassistent	8,0	1,0	9,0	11,0	2,0	13,0	-3,0	-1,0	-4,0
Biomedicinsk analytiker	242,5	28,0	270,5	249,1	25,0	274,1	-6,7	3,0	-3,7
Biträdespersonal HoS	5,0	4,0	9,0	5,0	3,0	8,0	0,0	1,0	1,0
Chef	247,3	85,8	333,1	249,8	94,0	343,8	-2,5	-8,2	-10,7
Eleassistent	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Yrkesgrupp	Antal årsarbetare perioden 2021			Antal årsarbetare perioden 2020			Förändring		
Handläggare	207,5	64,8	272,3	194,0	49,8	243,8	13,5	15,0	28,5
Ingenjör/tekniker/h antverkare	25,8	37,5	63,3	24,8	39,5	64,3	1,0	-2,0	-1,0
Kock/ kallskänka/ köksbiträde	0,5	0,0	0,5	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Kurator/ famråd/ kurativt arb	200,8	12,5	213,3	194,3	16,3	210,6	6,5	-3,8	2,8
Läkare	495,9	496,4	992,3	468,4	475,0	943,3	27,5	21,5	49,0
Lärare o annan pedagog	25,5	0,0	25,5	23,5	0,0	23,5	2,0	0,0	2,0
Medicinsk vårdadministratör	532,0	4,0	536,0	528,1	2,0	530,1	3,9	2,0	5,9
Psykolog/ PTP- psykolog	116,3	48,8	165,0	105,0	40,0	145,0	11,3	8,8	20,1
Sjukgymnast/ fysioterapeut	185,5	62,0	247,5	185,7	62,0	247,7	-0,3	0,0	-0,3
Sjuksköterska- allmän	1 335, 6	168,5	1 504, 0	1 308, 3	184,7	1 493, 0	27,3	-16,2	11,0
Spec-ssk/ barnm/ röntgenssk	1 103, 4	183,6	1 286, 9	1 089, 4	183,3	1 272, 7	13,9	0,3	14,2
Städerska	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tandhygienist	4,0	0,0	4,0	3,0	0,0	3,0	1,0	0,0	1,0
Tandläkare	8,0	0,0	8,0	7,0	1,0	8,0	1,0	-1,0	0,0
Tandsköterska o ortodontiass	12,0	0,0	12,0	8,0	0,0	8,0	4,0	0,0	4,0
Tandtekniker o tandvårdsbitr	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Teckenspråkstolk	58,0	5,0	63,0	59,0	3,0	62,0	-1,0	2,0	1,0
Trädgårdsarb/trädg årdstekniker	0,0	7,8	7,8	0,0	7,8	7,8	0,0	0,0	0,0
Usk/sköt/barnsköt/ ambulanssjv	1 170, 2	167,5	1 337, 7	1 090, 5	144,6	1 235, 1	79,7	22,9	102,6
Vaktmästare o förrädsarbetare	5,0	9,0	14,0	4,0	8,9	12,9	1,0	0,1	1,1
Summa	6 414, 6	1 435, 7	7 850, 0	6 208, 4	1 393, 4	7 601, 7	205,9	42,4	248,3

Antalet undersköterskor har ökat markant. Detta visar troligen på en kompetensväxling inom vården, där vissa av de arbetsuppgifter som sjuksköterskor tidigare utfört görs av bland annat undersköterskor men även andra kategorier som arbetsterapeuter, medicinska vårdadministratörer och handläggare.

Man ser även en ökning av läkare och specialistsjuksköterskor. Ökningen av

specialistsjuksköterskor beror troligtvis på de riktade utbildningsinsatserna som vi har för just specialistsjuksköterskor.

5.4 Extratid (avser per föregående månad)

Extratid i timmar	Utfall ack, fg månad, 2021			Utfall ack, fg månad, 2020			Förändring		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Timtid	198 17 7	78 25 0	276 42 7	129 58 4	53 36 3	182 94 7	6859 3	2488 7	93480
Fyllnadstid	23 942	5 691	29 633	28 247	7 650	35 897	-4305	-1959	-6264
Enkel övertid	13 259	2 544	15 803	13 564	2 595	16 159	-305	-51	-356
Kvalificerad övertid	99 087	24 19 4	123 28 1	77 983	19 88 2	97 865	2110 4	4312	25416
Arbetad tid under jour o beredskap	45 065	59 66 9	104 73 4	46 082	69 75 4	115 83 6	-1017	- 1008 5	- 11103

Det är en markant ökning av kvalificerad övertid samt tid för timanställda, som till största delen beror på Covid-vård.

Minskning av jour beredskap kan bero på översyn/förändring av beredskaps och jourlinjer

5.5 Sjukfrånvaro (avser per föregående månad)

Kategori	Utfall ack, fg månad, 2021			Utfall ack, fg månad, 2020			Förändring antal timmar, procent		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Schemalagda timmar	6 619 799	1 564 659	8 184 458	6 488 701	1 544 424	8 033 125	131 09 8	20 23 5	151 3 33
Sjukfrånvaro, korttidsfrånvaro (tim)	200 25 9	33 78 5	234 0 43	225 44 7	42 41 6	267 8 62	-25 188	-8 631	-33 819
Sjukfrånvaro, långtidsfrånvaro (tim)	264 46 6	29 15 8	293 6 25	274 51 6	28 03 5	302 5 51	-10 049	1 123	-8 927
Sjukfrånvaro totalt (tim)	464 72 5	62 94 3	527 6 68	499 96 2	70 45 1	570 4 13	-35 237	-7 508	-42 745
Sjukfrånvaro, korttidsfrånvaro % *	3,03 %	2,16 %	2,86 %	3,47 %	2,75 %	3,33 %	- 0,45 %	- 0,59 %	- 0,47 %

Kategori	Utfall ack, fg månad, 2021			Utfall ack, fg månad, 2020			Förändring antal timmar, procent		
Sjukfrånvaro, långtidsfrånvaro % *	4,00 %	1,86 %	3,59 %	4,23 %	1,82 %	3,77 %	- 0,24 %	0,05 %	- 0,18 %
Sjukfrånvaro totalt % *	7,02 %	4,02 %	6,45 %	7,71 %	4,56 %	7,10 %	- 0,68 %	- 0,54 %	- 0,65 %
*) Procent av schemalagd tid									

Sjukfrånvaron har sjunkit efter att ha varit mycket hög under 2020. De högsta topparna låg under våren samt senhösten 2020. Den höga frånvaron är tydligt Covid-relaterad.

6 Intern styrning och kontroll

Intern styrning och kontroll (ISK) är en process som regionstyrelsen, nämnderna och verksamhetsledningarna har för att tillsammans upprätthålla en effektiv ledning och styrning av verksamheten. Processen ska säkerställa en ändamålsenlig och lagenlig verksamhet, det vill säga att verksamheten bedrivs i enlighet med de krav som ställs på verksamheten:

Intern styrning

- Att verksamheten fullgör sina föreskrivna uppgifter samt uppnår beslutade mål och uppdrag.
- Att verksamheten bedrivs inom tilldelade ekonomiska ramar.

Intern kontroll

- Att verksamheten följer de styrande dokument som Region Örebro län har beslutat samt lagar, förordningar, föreskrifter och avtal som gäller för verksamheten.
- Att redovisningen och uppföljningen av verksamheten och ekonomin är rättvisande och ändamålsenlig.
- Att informationssäkerheten är tillgodosedd utifrån kraven på konfidentialitet, riktighet, tillgänglighet och spårbarhet.

Den interna kontrollen ska vara tillräcklig enligt Kommunallagen (KL) 6 kap. 6 §. Med tillräcklig menas att processen för den interna styrningen och kontrollen ska vara ändamålsenligt utformad efter verksamhetens förutsättningar, art och omfattning.

Nämnderna ansvarar för att verksamheten inom sina ansvarsområden bedrivs i enlighet med kraven samt att verksamheten inom sina ansvarsområden upprätthåller en tillräcklig intern styrning och kontroll.


Regionstyrelsen ska utifrån sin uppsiktsplikt göra ett utlåtande i årsredovisningen om den interna styrningen och kontrollen för verksamheten inom Region Örebro län har varit tillräcklig.

6.1 Internkontrollplan

Symbolförklaringar


 = Pågående

 = Avslutad

 = Ej genomförd



HR

Risken att systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) inte efterlevs.


Status	Åtgärd
	<p>Regionövergripande åtgärd: Varje chef ska säkerställa efterlevnaden av SAM utifrån de regionövergripande dokument som finns, och uppföljning ska ske i ledningsgrupper och i samverkansgrupper.</p> <p><i>Kommentar</i> Vid årsskiftet 2021 genomfördes en regiongemensam uppföljning av SAM. Mätningen gjordes utifrån den tidigare områdesstrukturen inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen och det konstateras att strukturen för samverkan och uppföljning av arbetsmiljöfrågor behöver förtydligas i den nya organisationen.</p>

Ekonomi


Risken att inköp görs utanför avtal.

Status	Åtgärd
	<p>Öka beställarkompetens samt tydliggöra och utveckla beställarorganisationen.</p> <p><i>Kommentar</i> Utbildningar har skett i och med införandet av nytt ekonomisystem. Omorganisation i HS kommer att leda till en översyn av beställarorganisationen till hösten. Ny enhet bildas, Administration och service, där enhetschefen får ett utpekad uppdrag att arbeta med beställarkompetensfrågan. <i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Ja delvis men detta är ett jobb som behöver ske kontinuerligt över flera år.</i> <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Ja</i></p>
	<p>Upphandlingen genomför uppföljning inom utpekade avtalsområden, 1 Övergripande material och tjänster, 7 Vårdrelaterad utrustning samt 8 Vårdrelaterat förbrukningsmaterial. Upphandlingen återkopplar till verksamheten om avtal inte följs. Verksamheten ska vidta åtgärder om avtal inte följs.</p> <p><i>Kommentar</i> <i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i> Upphandlingen har t.ex. gjort stickprov på inköp av handledartjänster samt hyr- och konsultläkare där inköp utanför avtal har identifierats. Återkoppling har skett till respektive verksamhet för att utreda om behov av inköp fortsatt föreligger så att upphandling ska ske. Åtgärden bidrar till förbättringar men då inköpen är många och spänner inom flera avtalsområden föreligger fortsatt behov av stickprov och uppföljning. <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i> Ja</p>

Risken att kontanta medel hanteras felaktigt.


Status	Åtgärd
	<p>Genomföra stickprovskontroll av kontantkassor i enlighet med rutin. Vidta åtgärder vid avvikelser.</p> <p><i>Kommentar</i> Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Kontroller av kontantkassor ska utföras på plats hos verksamheten. I och med Covid-19 och riktlinjer att arbeta hemifrån har stickprovskontroller under första halvåret 2021 inte utförts. Kontinuerligt arbete pågår med att få ned antalet kontantkassor. Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Ja</p>

Risken att ersättning till inhyrd personal (primärvård) är felaktig. Revisionsrapport.

Status	Åtgärd
	<p>Stickprov ska tas för att kontrollera att ersättningsnivåer följer avtal. Kontroller av att fastställda riktlinjer avseende tidrapporterna följs av både leverantörer och verksamhet ska göras. Informationsinsatser ska ske löpande till leverantörer och verksamheter för att påtala funna brister i internkontrollen.</p> <p><i>Kommentar</i> Stickprovskontroller har genomförts tertialvis och resultaten visar på en förbättring. Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Ja delvis men fortsatt arbete med att återkoppla funna fel till verksamhetschefer krävs för att ytterligare få bukt med funna brister. Inga fel av större beloppsmässig karaktär har upptäckts under året vilken visar på förbättring. Avseende kontroller av kostnader för inhyrd personal kommer hälso- och sjukvårdsnämnden i samband med beslut om delårsrapporten den 29 september hantera följande förslag till åtgärder inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ta fram och distribuera information till cheferna om hur tidrapporterna ska användas och signeras • Stickprovsvis kontrollera 10 % av fakturorna mot tidrapporter enligt tidigare framtagen rutin • Återkoppla samtliga funna fel i internkontrollen till berörd verksamhetschef/enhetschef <p>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Ja</p>

Målet är att i framtiden upphandla/skriva avtal med leverantör om ett enklare, effektivare, ekonomiskt och kvalitetssäkrat avropssystem (IT-system) för hyrläkare, vilket ger tydliga rapporter på både ekonomisk följsamhet med rätt pris, rätt kompetens och tydlig uppföljning i hantering och avrop hyrläkare för Region.

Risken att utbetalning sker av leverantörsfakturor som är bristfälliga/ felaktiga.

Status	Åtgärd
	<p>Verksamheten ska vidta förebyggande åtgärder som exempelvis att utbilda/säkerställa att de kontroller som ska göras vid varje enskild betalning görs.</p> <p><i>Kommentar</i></p>

Status	Åtgärd
	<p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i></p> <p>I samband med att RD infördes i januari har e-guider för hur leverantörsfakturor ska hanteras tagits fram och distribuerats till användarna.</p> <p>Beslut har tagits att ett nytt fördjupat utbildningsmaterial ska tas fram.</p> <p>Arbete med att utveckla beställarorganisationen pågår med syfte att säkerställa att samtliga attestanter är medvetna om sitt ansvar.</p> <p><i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i></p> <p>Ja</p>

Risken att projektet att införa ett nytt ekonomisystem inte klarar att leverera resultat enligt mål i projektplan.

Status	Åtgärd
▶	<p>Regionövergripande åtgärd: Säkerställ att slutanvändarna genomför utbildning och får stöd i det nya ekonomisystemet.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i></p> <p>Projektet har inför driftsättning genomfört användarutbildningar och sammanställt utbildningsmaterial för aktuella slutanvändargrupper. Utbildningsmaterial finns publicerat på regionens intranät. Kommunikation gällande utbildningar har skett enligt projektets kommunikationsplan.</p> <p><i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i></p> <p>Nej</p>

Informationssäkerhet

Risken att verksamheten inte efterlever tillämplig dataskyddslagstiftning (GDPR och Patientdatalagen). Samt NIS-direktivet och lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.

Status	Åtgärd
✓	<p>Regionövergripande åtgärd: Säkerställ ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete med användande av de resurser som i prioritering i förhållande till andra angelägna verksamheter, kan anslås. All berörd personal ska ha god kunskap om och medverka till att följa regelverk för informationssäkerhet, att informationsklassa och riskbedöma vid inköp, upphandling och förändring som kan påverka informationssäkerheten.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Välfungerande, visst arbete återstår men åtgärden är under kontroll.</p> <p><i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i> Nej</p>
✓	<p>Regionövergripande åtgärd: Säkerställ att informationsklassning av IT-stöd som innehåller personuppgifter har genomförts i enlighet med riktlinje för informationsklassning. Dokumentnr434302. Rapportera hur många system som är klassade och hur många som återstår. (Förvaltningen/verksamheten ska dokumentera</p>

Status	Åtgärd
	<p>vilka system som är informationsklassade och vilka som kvarstår att informationsklassa (Dokumentationen ska inte ske i Stratsys) Inför årsrapporten för informationssäkerhet kommer denna dokumentation att efterfrågas.)</p> <p>Kommentar Välfungerande, visst arbete återstår men åtgärden är under kontroll.</p> <p><i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i> Nej</p>
✓	<p>Regionövergripande åtgärd: Informationsägare/objektägare ska säkerställa att identifierade informationssäkerhetsbrister åtgärdas.</p> <p>Kommentar Se föregående fråga.</p>


Kvalitet och utveckling

Risken att arbetssätt/processer inte utgår och tar hänsyn till intressenters krav och behov samt skapar förutsägbara resultat.

Status	Åtgärd
▶	<p>Regionövergripande åtgärd: Involvera intressenter i förbättringsarbeten/utvecklingsarbeten för att fånga deras krav och behov som en utgångspunkt i verksamhetens utveckling.</p> <p>Kommentar Former för patient/brukar/intressentmedverkan är etablerade inom det lokala kunskapsstyrningsarbetet. <i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i> Delvis, kontinuerligt arbete är nödvändigt för säkerställa och utveckla samverkan. <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i> Ja</p>
▶	<p>Regionövergripande åtgärd: Genomför systematisk uppföljning för att utvärdera arbetssätt och processers resultat.</p> <p>Kommentar Översyn av processer och arbetsflöden sker kontinuerligt och i samverkan intressenter <i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i> Ja <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i> Ja</p>
✓	<p>Regionövergripande åtgärd: Synliggör/kommunicera genomförda förbättringar gentemot verksamhetens intressenter.</p> <p>Kommentar Kommunikation sker både internt och externt utifrån behov. <i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i> Ja <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i> Ja</p>


Juridik

Risken att otillbörlig påverkan, muta/bestickning och korruption förekommer.


Status	Åtgärd
	<p>Regionövergripande åtgärd: Implementera ny riktlinje när denna är framtagen och beslutad.</p> <p><i>Kommentar</i> Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Ny riktlinje är ännu inte framtagen och beslutad.</p>

Patientsäkerhet


Risk för överanvändning av antibiotika och bestående nivå av VRI.

Status	Åtgärd
	<p>Uppföljning av resultat från Infektionsverktyget och MJG.</p> <p><i>Kommentar</i> Infektionsverktyget är implementerat inom RÖL. En nationell uppgradering av verktyget har dock medfört svårigheter att få ut användbara rapporter i det direkta vårdarbetet i nuläget. MJG har utförts under pågående pandemi men journalurvalet har ändrats för att särskilt belysa covidvården, Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Svårbedömt Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? JA</p>


Risken att det inte finns robusta reservrutiner för störningar i vårdsystemen.

Status	Åtgärd
	<p>Genomgång av utbildningar och övningar i samband med verksamhetsuppföljningar inom områdena.</p> <p><i>Kommentar</i> Det finns fastställda manuella reservrutiner att använda i fall då vårdsystemen går ned. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är identifierad som samhällsviktig verksamhet och en lista över system och funktioner är framtagen. Varje verksamhet måste utföra ett arbete för att se vilka IT-system, medicintekniska informationssystem och IT-infrastruktur som behövs för att kunna upprätthålla god patientsäkerhet och den samhällsviktiga tjänsten. Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Rutinerna används och fungerar</p>


Risken att händelseanalyser inte utförs, fördröjs och inte håller god kvalitet.

Status	Åtgärd
	<p>Utveckla och anpassa organisationen samt frigöra analysledare.</p> <p><i>Kommentar</i> Utbildning av analysledare har inte genomförts. Utbildade analysledare kan inte släppas för analysarbete pga. andra arbetsuppgifter under pågående pandemi. Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Nej Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Ja</p>

Risken att avvikelser inte rapporteras, hanteras inom verksamheten och förs vidare vid behov.


Status	Åtgärd
	<p>Information om skyldighet, som ett led i systematiskt förbättringsarbete.</p> <p><i>Kommentar</i> Det finns en väl fungerande rutin gällande avvikelserrapportering dock med reservation för viss nedgång i rapporterade avvikelser under pågående pandemi. Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Ja Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Ja</p>

Risken att frågor som rör Covid-19 prioriteras före annan lika angelägen sjukvård.

Status	Åtgärd
	<p>Uppföljning på verksamhetsnivå och aggregering och jämförelse av data på förvaltningsnivå.</p> <p><i>Kommentar</i> Cancervården har kunnat värnas under pandemin. Förbättrade ledtider, oförändrat antal cancerdiagnoser och antal patienter som inkluderats i SVF har setts under 2020 och allt talar för att trenden fortsätter under 2021. Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Ja Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Nej</p>


Risk för spridning av virusjukdomar p.g.a. smittspridning via luftburen smitta och kontaktsmitta på arbetsplatsen. (ex covid-19, vinterkräksjukan och influensa.)

Status	Åtgärd
	<p>Återkommande information om beslutade riktlinjer till medarbetare på övergripande och enhetsnivå.</p>


Status	Åtgärd
	<p>Kommentar</p> <p>I och med att Regionen drabbats hårt av 3:e vågen har information givits fortlöpande.</p> <p>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</p> <p>Ja</p> <p>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</p> <p>Nej</p>
	<p> Information till patienter om förhållningssätt vid misstanke om exempelvis covid-19, vinterkräksjukan och influensa via vedertagna kanaler.</p> <p>Kommentar</p> <p>Fortlöpande information via ett antal olika kanaler som exempelvis lägesrapport, regionens hemsida och sociala medier.</p> <p>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</p> <p>Ja</p> <p>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</p> <p>Nej</p>

Kunskapsstyrning

Risken att rutin för ordnat införande inte efterlevs.

Status	Åtgärd
	<p> Bildande av lokalgruppering för medicinsktekniska produkter.</p> <p>Kommentar</p> <p>Åtgärden planeras ske under hösten 2021</p>

Risk att erfarenheterna från mångårigt kunskapsstyrningsarbete som Läkemedelskommittéerna bedrivit inte integreras i det nyare kunskapsstyrningssystem på ett optimalt sätt.

Status	Åtgärd
	<p> Att beslut tas och åtgärder genomförs för att åstadkomma en god samverkan.</p> <p>Kommentar</p> <p>Viss samverkan sker. Den samverkansgrupp som arbetat med hjärtsviktsbehandling har nu lämnat sin rekommendation. Läkemedelskommittéerna arbetar nationellt för att tydliggöra samverkansytorna med de olika nationella programområdena. På lokal regional nivå finns för Region Örebro län personunion mellan experter i läkemedelskommittén och flera av de olika lokala arbetsgrupperna. Mycket återstår dock att göra, ett exempel på bristande samarbete är att den lokala arbetsgruppen för smärta inte har någon kontakt med läkemedelskommittén i gemensamma ärenden. Risken bör därför vara kvar i kommande års ISK.</p>

Hälsofrämjande

Risken att medarbetare inte tar upp frågor om levnadsvanor då de saknar faktakunskap som ger en osäkerhet i rådgivning till patient.

Status	Åtgärd
✓	<p>Framtagande av personalutbildning om fysisk aktivitet, matvanor och alkohol. Utbildning genomförs.</p> <p><i>Kommentar</i> Personalutbildningar är framtagna och genomförande startade våren 2021. Samtliga kommer att fortsätta erbjudas varje termin. <i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i> För tidigt att mäta effekt då de första utbildningarna genomfördes i vår. <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i> Ja, men med omformulerad åtgärd.</p>

Risken att inriktningsbeslut om att fortsätta arbeta med basplattan för hälsofrämjandearbete inte resurssätts eller efterlevs.

Status	Åtgärd
▶	<p>Iterativt arbetssätt med forskningsansats och avstämningar med chef FOU och HSD.</p> <p><i>Kommentar</i> Inget beslut är taget om resurssättning. Implementeringsforskning är igång på tre vårdcentraler. <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i> Ja.</p>



Medicinteknisk säkerhet

Risken att berörda verksamheter inom Hälso- och sjukvården inte efterlever gällande lagstiftning rörande medicintekniska produkter (MTP).

Status	Åtgärd
▶	<p>Regionservice, Område medicinsk teknik, anpassar system och utbildar berörda verksamheter i reviderad riktlinje och handbok medicintekniska produkter (MTP).</p> <p><i>Kommentar</i> Genom ett synnerligen gott samarbete mellan HS och Medicinsk teknik så efterlevs lagstiftningen i hög utsträckning. Dock har inte de aktiviteter inom Hälso- och sjukvården som var planerade att genomföras kunnat göras under våren. En webbutbildning för all hälso- och sjukvårdspersonal kommer ske efter sommaren. Sedan har all personal inom habilitering och hjälpmedel fått en utbildning. Ledningssystemet är beslutat och publicerat 26:e maj. Efterlevnaden rörande återanvändning av engångsprodukter behöver ses över. Aktiviteter planeras ske under hösten. <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i> Nej</p>

Miljö

Risken att miljöavvikelser inte rapporteras, inte hanteras inom verksamheten och inte förs vidare och åtgärdas vid behov.

Status	Åtgärd
	<p>Säkerställ att alla arbetsplatser har tillgång till ett miljöombud. (Riktlinje miljöarbetet inom Region Örebro län dokumentnr: 620567)</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>På grund av rådande pandemi har arbetet med att säkerställa arbetsplatsernas tillgång till miljöombud inte kunnat bedrivas fullt ut. En systematisk översyn av miljöombud i den nya organisationsstrukturen kommer att genomföras i syfte att identifiera arbetsplatser där rollen saknas.</p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i></p> <p>Går ännu inte att bedöma.</p> <p><i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i></p> <p>Bör ingå i kommande riskanalys</p>
	<p>Vidta informationsinsatser tillsammans med staben för Hållbar utveckling exempelvis via nyhetsbrev riktade till chefer för att höja kunskapen om hanteringen av miljöavvikelser samt chefens ansvar (Riktlinje miljöarbetet inom Region Örebro län dokumentnr: 620567)</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Ingen informationsinsats har genomförts under våren av hänsyn till många verksamheters ökade arbetsbelastning till följd av pandemin. Ett fåtal miljöronder har trots pandemin kunnat genomföras där miljöavvikelser har ingått som en diskussionspunkt. Under hösten kommer information om miljöavvikelser att spridas via nyhetsbrev till miljöombud och chefer samt tas upp på inplanerade miljöombudsträffar.</p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i></p> <p>Går ännu inte att bedöma.</p> <p><i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i></p> <p>Bör ingå i kommande riskanalys.</p>

12

Anmälan av
ledamotsinitiativ om
värmebehandling (TUMT)
vid godartad
prostataförstoring
21RS9225

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, Maria Boström

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9225

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnd

Anmälan av ledamotsinitiativ om värmebehandling (TUMT) vid godartad prostataförstoring

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att ärendet tas upp vid senare tillfälle.

Sammanfattning

Anmäls att ett ledamotsinitiativ har inkommit från Elin Jensen (SD) och Gunilla Fredriksson (SD) till Region Örebro län den 24 september 2021 om värmebehandling (TUMT) vid godartad prostataförstoring.

Ledamotsinitiativet har överlämnats till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen för stöd i beredningen.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM 2021-09-29
Ledamotainitiativet

Skickas till:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Initiativärende

2021-09-24

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Initiativärende om värmebehandling (TUMT) vid godartad prostataförstoring

Åldersförstorad prostata (BPH) utvecklas hos de flesta män vid stigande ålder. Ca 30 % av männen utvecklar besvär som gör att de under sin livstid kommer att behöva en aktiv botande behandling med värmebehandling eller operation. Tillståndet är oftast inte livshotande men har mycket stor inverkan på livskvaliteten, så som täta trängningar. Inte sällan påverkar en åldersförstorad prostata det sociala livet markant, med allt ifrån att man vill känna sig nära till en toalett till att man begränsar sitt vätskeintag.

Kirurgisk behandling innebär ofta att symtomen elimineras och de flesta behöver ingen ytterligare behandling. Väntetiderna för vård för denna patientgrupp är idag väldigt långa inom region Örebro och antalet ingrepp har minskat med två tredjedelar sedan i slutet av 1980-talet. 96 ingrepp utfördes totalt i region Örebro under 2019. Samtidigt står 165 patienter i kö för operation. Med samma produktionstakt tar det 1.7 år att bara få undan kön. Region Örebro är en av de regioner som har sämst tillgänglighet inom området.

TURP (hyvlingsoperation) och TUMT (värmebehandling) är båda etablerade metoder. Till skillnad från TURP behövs vid TUMT inte operationssalar, operationspersonal eller vårdplats. TUMT kan utföras i ett mottagningsrum under lokalbedövning. Det tar också mycket kortare tid än TURP. Ju mer vård, som kräver operationssalar och operationspersonal och vårdplatser, som kan flyttas bort från sjukhuset, desto mer frigör vi för annan vård.

TURP utförs i region Örebro och kostar enligt regionens prislista 50.278 kr per behandling. TUMT utförs vad vi vet inte i regionen idag. Ersättningen i exempelvis region Kalmar för TUMT ligger på cirka hälften.

Det skulle finnas möjlighet att erbjuda fler behandling för sin åldersförstorade prostata i region Örebro, samtidigt som man skulle reducera kostnader och frigöra sjukhusresurser inom den hårt ansträngda urologiska verksamheten inom region Örebro genom att använda TUMT.

Sverigedemokraterna föreslår Hälso- och sjukvårdsnämnden

- Att hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att säkerställa en ökad tillgänglighet till botande behandling vid åldersförstorad prostata genom att initiera användningen av metoden TUMT i Region Örebro län.

Elin Jensen
Sverigedemokraterna Örebro län

Gunilla Fredriksson
Sverigedemokraterna Örebro län



13

Anmälnings- och
meddelandeärenden

20RS12059

Tjänsteställe, handläggare
Nämndsadministration, Maria Boström

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 20RS12059

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnd

Anmälning- och meddelandeärenden

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna redovisningen.

Sammanfattning

Anmälningssärenden:

1. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat avtal för dehydreringsutrustning, MT 2020-0030, 21RS4734-5.
2. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat tilldelningsbeslut för upphandling av flödescytometer, MT 2020-0046, 20RS638-58.
3. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat avtal för flödescytometer utrustning, MT 2020-0046, 21RS5021-5.
4. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat avtal för flödescytometer förbrukning, MT 2020-0046, 21RS5052-7.
5. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat tilldelningsbeslut för upphandling av ultraljudsutrustningar, röntgenkliniken, MT 2021-0001, 20RS9930-108.
6. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat avtal för ultraljudsutrustningar, röntgenkliniken, MT 2021-0001, 21RS6234-8.
7. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat tilldelningsbeslut för upphandling av ultraljudsutrustningar, urologiska kliniken, MT 2021-0049-1, 21RS573-89.
8. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat avtal för ultraljudsutrustningar, urologiska kliniken, MT 2021-0049-1, 21RS574-7.

Tjänsteställe, handläggare
Nämndsadministration, Maria Boström

Sammanträdesdatum
2021-09-29

FöredragningsPM
Dnr: 20RS12059

9. Hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat om initiering av upphandlingsuppdrag, upphandling av ultraljudsutrustning till akutkliniken, MTH 2021-0095, 21RS3423-12.

10. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat avtal för mobila röntgenutrustningar, MT 2020-0136, 21RS5733-9.

11. Hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat om initiering av upphandlingsuppdrag, upphandling av laserdissektionsmikroskop, MT 2020-0125, 20RS4032-2.

12. Hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat om initiering av upphandlingsuppdrag, upphandling av endoskopiutrustning, MT 2021-0116, 21RS5736-2.

13. Områdeschefen för psykiatrin har beslutat om tillfällig neddragning av 6 vårdplatser på beroendecentrums vårdavdelning 2021-08-24 - 2021-11-30, 21RS1239-14.

14. Områdeschefen för psykiatrin har beslutat om tillfällig neddragning av 4 allmänpsykiatriska vårdplatser på psykiatrisk avdelning 2 och omfördelning av 8 vårdplatser från psykiatrisk observationsavdelning till psykiatrisk avdelning 2, 2021-08-24 - 2021-11-30, 21RS1239-13.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-09-29, Anmälnings- och meddelandeärenden

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

14

Beredningsärende: Hälsö-
och sjukvårdsnämndens
och hälso- och
sjukvårdsförvaltningens
verksamhetsplan med
budget 2022

21RS5063

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Gabriel Stenström

Datum
2021-08-1223

Beteckning
21RS7813

Er beteckning

Region Örebro län
Box 1613
701 16 Örebro

Inspel till hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan med budget för 2022, från beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Beredningen för psykiatri, habilitering och hjälpmedel är väl medveten om att 2021 på grund av den pågående pandemin varit ett mycket ansträngande år för hälso- och sjukvårdsförvaltningen verksamhet. Detta har i stor utsträckning gjort att angeläget utvecklingsarbete fått stå tillbaka för att säkra covid-vården. Beredningen vill därför som inspel till uppdrag till förvaltningen i verksamhetsplanen för 2022, upprepa de inspel som lämnades inför 2021, men även göra några tillägg:

* I regionfullmäktiges verksamhetsplan för 2021 fanns 15 miljoner avsatta för att utveckla den psykiatriska vården för barn och unga vuxna. I det utvecklingsarbetet bör enligt beredningens bedömning läggas stor vikt vid de rekommendationer som lämnades i den externa utvärdering av verksamheten som redovisades under 2020, och som beredningen tagit del av. Beredningen vill för 2022 få ett fortsatt uppdrag att följa utvecklingsarbetet tillsammans med beredningen för närsjukvård.

* Utredningen av förutsättningarna för att tillskapa pilotverksamhet med samordnat medicinskt omhändertagande (SMO) av personer med komplexa funktionsnedsättningar inom ett närsjukvårdsområde bör fortsätta. I arbetet bör även behovet av tandvård beaktas. När det gäller detta uppdrag vill beredningen få i uppdrag att följa det fortsatta arbetet tillsammans med beredningen för närsjukvård.

* Tillgängligheten till neuropsykiatriska utredningar bör förbättras. Beredningen önskar ett fortsatt uppdrag även kring att följa detta arbete. Här vill beredningen

särskilt betona att arbetet behöver involvera både utredning och behandling, och både verksamhet inom Område psykiatri och Område nära vård (habiliteringen).

* Omhändertagandet av människor med psykiatriska diagnoser i den övriga hälso- och sjukvården behöver utvecklas. Det är inte ovanligt att människor har både psykiska och fysiska åkommor samtidigt. Önskvärt är att behandlingen av åkommorna sker synkroniserat, vilket i dag inte alltid är fallet.

* Produktionskapaciteten inom Område psykiatri bör öka. Beredningen har fått information om att ett arbete för att öka kapaciteten har inletts inom området. Beredningen vill betona vikten av att det arbetet fortsätter och leder till en förbättrad tillgänglighet för patienterna under 2022.

* Översynen av utfärdande av körkortssintyg vid missbruksproblematik bör slutföras. Under 2020 genomfördes en genomlysning kring körkortsmottagningen inom Område psykiatri. Beredningen har fått ta del av den genomlysningen. Beredningen bedömer att förvaltningen bör gå vidare med de förslag som presenterades i genomlysningen.

* Avgifterna för hjälpmedel bör ses över. Beredningen önskar att förvaltningen får i uppdrag att fortsätta arbetet för att säkerställa att avgifterna är så lika som möjligt mellan olika funktionshinder. I det arbetet vill beredningen även att uppdaterade jämförelser görs med avgifter för hjälpmedel i andra delar av landet, i första hand inom Sjukvårdsregion Mellansverige (tidigare Uppsala-Örebro sjukvårdsregion).

* Avslutningsvis vill beredningen att verksamheterna får ett tydligt uppdrag om att de ska bedrivas i ekonomisk balans på både kort och lång sikt.

Beredningen önskar även för de fem avslutande punkterna få i uppdrag att följa arbetet under 2021.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten, Hälso- och
sjukvårdsförvaltningen, Eva Åkesson Enelo
eva.akesson-enelo@regionorebrolan.se

Datum
2021-08-26

Beteckning
Tjänsteanteckning
Dnr: 21RS7967

Inspel till hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan med budget för 2022, från beredning för närsjukvård

Beredning för närsjukvård har lyft ett antal frågor inom området nära vård med syfte att lämna över som inspel till hälso- och sjukvårdsnämnden inför beslut om verksamhetsplan med budget för år 2022. Inspelen är indelade i kategorierna fortsatt omställning till nära vård, förstärka första linjen vid psykisk ohälsa, förebyggande och hälsofrämjande arbete samt covid-19. Beredning för närsjukvård önskar framföra följande inspel till hälso- och sjukvårdsnämnden.

Fortsatt omställning till nära vård

- Fortsatt följa arbetet med att skapa tillgänglighet och kontinuitet för primärvårdens patienter, i synnerhet de med komplexa behov, genom fast läkarkontakt och fast vårdkontakt samt följa den pågående utvecklingen av ett likvärdigt arbete runt SIP i syfte att skapa trygghet för patienter med omfattande behov.
- Utveckla mellanvårdsplatser i samverkan mellan regionen och länets kommun för äldre patienter
- Att som en del i den pågående omställningen mot nära vård följa arbetet kring utveckling av nya arbets- och samarbetsformer för en förstärkt akut närsjukvård vid Lindesbergs och Karlskogas akutverksamheter.
- Utveckla samverkan mellan specialistvård, psykiatrisk vård och primärvård för att få en helhetssyn kring patienten så att vårdkedjan fungerar hela vägen.
- Utveckla samarbetet och samverkan med kommunerna och civilsamhället, samt fortsätta satsningen på mobila lösningar som en viktig del i omställningen till nära vård.

Postadress
Region Örebro län
Regionkansliet
Box 1613, 701 16 Örebro
E-post: regionen@regionorebrolan.se

Besöksadress
Eklundavägen 2, Örebro
Tel: 019-602 10 00
Organisationsnummer: 232100-0164

- Skapa förutsättningar för att utveckla möjligheten till fast vårdkontakt på vårdcentralerna, samt fortsätta att utveckla och satsa på fler digitala lösningar i vården och en infrastruktur som stödjer användandet som en viktig del i omställningen till nära vård.
- Fortsatt utveckling av arbete för att på utvald vårdcentral pröva effekterna av samordnat mottagande av vuxna personer med funktionsnedsättning.

Förstärka första linjen vid psykisk ohälsa

- Förbättra tillgängligheten till första linjen för barn och unga vuxna vid upplevd psykisk ohälsa, genom en förstärkt första linje i primärvården i samarbete med psykiatrin – genom arbetet med en väg in.
- Förstärkt samverkan med kommunerna kring elevhälsan genom att regionen bidrar med skolläkare och kurator enligt avtal till de kommuner som önskar det.
- Följa och förbättra arbetet inom nära vården i arbetet med såväl tillgänglighet som att skapa en väg in för länsinvånare som upplever psykisk ohälsa, oavsett ålder.
- Följa frågan om hur människor med psykisk ohälsa blir bemötta inom den nära vården.

Förebyggande och hälsofrämjande arbete

- Satsa på att utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i hela Region Örebro län, med utgångspunkt i pågående arbete med Basplatta för hälsofrämjande levnadsvanor inom hälso- och sjukvården i regionen, till exempel levnadsvanemottagning och hälsosamtal.
- Beredningen ser att det är viktigt att de hälsofrämjande insatserna sker i samverkan med länets kommuner och civilsamhället.

Covid-19

- Fortsatt följa arbetet runt covid-19 inom närsjukvårdsområdet, gällande vaccinering, smittspårning samt rehabilitering och behandling vid postcovid.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2021-09-16

Beteckning
Dnr: 21RS5064

Inspel från beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård till hälso- och sjukvårdsnämndens och Hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan med budget 2022

Vid beredningens sammanträde den 27 maj 2021 genomfördes en diskussion med syfte att lyfta frågor med beröring på beredningens områden att lämna över som inspel till hälso- och sjukvårdsnämnden inför nämndens beslut om verksamhetsplan med budget för år 2022. Då första halvåret av 2021 likt hela året 2020 blev ansträngande för verksamheten och präglades av coronapandemins bromsande effekter på både fortlöpande verksamhet och utvecklingsarbete är förslaget att behålla och betona samma inspel som skickades in inför hälso- och sjukvårdsnämndens beslut om verksamhetsplan med budget för år 2021 (20RS11121). Beredningen önskar sålunda framföra följande inspel till hälso- och sjukvårdsnämnden:

1. Målbilden 2030 bör förutom att stämmas av mot verksamhetsplan med budget 2022 även följas upp kontinuerligt under 2022 inför verksamhetsplan med budget 2023. För att nämndens och förvaltningens omställnings-, förändrings- och utvecklingsarbete samt tillhörande beslut ska bli långsiktigt hållbara och relevanta för verksamheten är detta av största vikt.
2. Behovs- och kapacitetsplaneringen, inklusive tillgänglighet och vårdplatser, bör lyftas som en central aspekt i det fortsatta strategiska utvecklingsarbetet. Här krävs en samsyn kring hur detta hänger ihop med såväl ekonomiska och kompetensrelaterade förutsättningar som de förändrade patientbehov som i sin tur gör omställningen till nära vård nödvändig.
3. Omställningen till nära vård bör prioriteras när det gäller både organisationens struktur och kultur samt kunskap/resursöverföring. 23 oktober 2020 genomförde beredningen en halvdags workshop med beredning för närsjukvård på detta tema. Syftet var att skapa samsyn och förståelse för hur vi alla kan bidra till en nödvändig förändringsresa. En långsiktig konstruktiv diskussion i nämnden och beredningarna om denna utmanande och nödvändiga omställning måste säkras.

4. Traumasjukvården bör vara en högprioriterad del av Region Örebro läns och Universitetssjukhuset i Örebros framtidsbygge. Detta är ett tydligt exempel på ett område där regionen ligger kunskaps- och kvalitetsmässigt långt fram och därmed kan spela en viktig roll i den nationella nivåstrukturerings av högspecialiserad vård.
5. De strategiska processerna kring nationell högspecialiserad vård bör prioriteras för att säkra Region Örebro läns framtid. Här bör nämnden och denna beredning vara aktiv och i möjligaste mån proaktiv då det övergripande prioriteringsarbetet och ansökningsförfarandet är och kommer bli än mer krävande, då det inte bara innebär ett internt förberedande arbete utan även ett externt på sjukvårdsregional och nationell nivå. Hur Region Örebro län hanterar sin roll i denna nationella nivåstrukturerings kommer på sikt avgöra våra tre sjukhus framtid när det gäller slutenvård.
6. Beredningen vill med utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 betona vikten av att utforma en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet.
7. Implementeringen av samsjuklighetsutredningen S2020:8 bör betonas och bevakas.
8. Beredningen vill också uppmärksamma hälso- och sjukvårdsnämnden på vikten av att beakta lärdomar, effekter och konsekvenser av coronapandemin. Detta inte minst med tanke på den uppskjutna vården.

För beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård

Ewa Sundkvist
Ordförande