



Hälsa- och sjukvårdsansvar vid korttidsvistelse LSS

Rapport

2024-06-10

Karin Andersson, Västra Götalandsregionen

Angela Olausson, VästKom



Innehåll

Bakgrund.....	3
Inledning.....	4
Förslag från arbetsgruppen.....	4
Kontaktperson inom barn- och ungdomsmedicin eller habilitering barn och unga. (Liknande Sörmlandsmodellen)	5
Kopplat till redan befintliga mobila team.....	6
Kommunsjuksköterskor	7
Som en del av förslaget vårdval vårdcentral.....	9
Ett fåtal riktade korttids med personal från både VGR och kommun.....	10
Nästa steg.....	11
Omvärldsfördjupning	11



Bakgrund

Det finns barn och unga som har rätt till korttidsvistelse i enlighet med Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS och samtidigt har behov av sådana hälso- och sjukvårdsåtgärder som inte kan utföras som egenvård.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) har regionen hälso- och sjukvårdsansvar för barn och unga under korttidsvistelse LSS. Kommunen ansvarar för omsorgsinsatser och åtgärder som bedöms som egenvård.

Följande länsgemensamma styrdokument med anknytning till detta uppdrag är under framtagande:

- Länsgemensam riktlinje för egenvård
- Länsgemensam rutin för hälso- och sjukvårdsåtgärder som är bedömda att kunna utföras som egenvård för barn- och unga på korttidsvistelse LSS

Parallellt med detta har Västra Götalandsregionen bedrivit ett eget förbättringsarbete via Samordningsråd Barns hälsa, Samordningsråd Barn- och ungdomspsykiatri och Samordningsråd Primärvård. Arbetet handlar om att säkerställa förbättrade interna processer, ökad kunskap och kompetens avseende egenvårdsbedömningar, samt initiering av SIP (samordnad individuell plan) när det föreligger behov av insatser från båda huvudmännen.

I det arbete som pågår har det identifierats behov av att inleda ett länsgemensamt arbete för att komma fram till förslag hur vi gemensamt kan hitta lösningar som möjliggör att hälso- och sjukvårdsåtgärder kan utföras inom ramen för samverkan baserat på vardera huvudmans ansvar.

Syftet är att utifrån ett personcentrerat arbetssätt och patientsäkerhet, förbättra situationen för målgruppen, så att det blir bättre för barnen/ungdomarna och deras familjer. En gemensam arbetsgrupp har fått uppdraget att presentera olika förslag på lösningar som kan säkerställa att behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder kan tillgodoses vid korttidsvistelse LSS. Ökad samverkan och tydlig ansvarsfördelning medför en ökad patientsäkerhet samt att individens behov av hälso- och sjukvårdsinsatser tillgodoses och säkerställs.

En partsammansatt arbetsgrupp fick uppdraget att utifrån problembeskrivningar och identifierade behov ta fram:

- Förslag som kan vara möjliga att pröva, i mindre eller större omfattning och som möjliggör att hälso- och sjukvårdsåtgärder kan utföras vid korttidsvistelse enligt LSS.
- Risk- och konsekvensanalys för de tänkbara förslagen.

Arbetet presenteras i denna rapport.

Inledning

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet innebär att en person med funktionsnedsättning tillfälligt vistas i ett korttidshem eller i en stödfamilj. Personalen ansvarar då för den omsorg och trygghet som vårdnadshavaren annars skulle ha ansvarat för.

Under 2022 fanns 1752 personer inom Västra Götaland med vårdnadshavare som var beviljade korttidsvistelse enligt LSS (uppgifter från dataregistret KOLADA). Beräknat på befolkningmängden innebär detta att i medeltal 0,10 % har ett beslut om korttidsvistelse LSS, men varierar som lägst från 0,05% (fyra kommuner) till som högst 0,18% (i två kommuner).

Utav dessa gör Västra Götalandsregionen en uppskattning att 150 - 200 personer har ett mer påtagligt hälso- och sjukvårdsbehov. Dessa barn bedöms ha flera olika svårigheter och behov samtidigt. Det finns inte en exakt siffra att redovisa angående antalet barn och unga, då det inte sätts exempelvis en gemensam diagnoskod. Uppskattningen på 150 - 200 barn har gjorts i samråd med chefsläkaren på Habilitering barn- och ungdom samt stämts av med VGR-representanter från olika verksamheter som möter barn och unga.

Arbetsgruppen har identifierat fem olika lösningsförslag som kommer presenteras med för- och nackdelar i denna rapport. Vissa ser vi är svåra att genomföra då det inte idag ligger inom ramen för verksamhetens uppdrag men vi har ändå valt att belysa för- och nackdelar.

Förslag från arbetsgruppen

- Kontaktperson inom barn- och ungdomsmedicin eller habilitering barn och unga.
- Kopplas till redan befintliga mobila team
- Kommunsjuksköterskor (svårt)
- Som en del av ett vårdval på vårdcentral (svårt)
- Ett fåtal riktade korttids med personal från både VGR och Kommun

Kontaktperson inom barn- och ungdomsmedicin eller habilitering barn och unga.

(Liknande Sörmlandsmodellen)

Denna modell bygger på en kontaktperson inom barn- och ungdomsmedicin eller barn och ungdomshabilitering. Kontaktpersonens uppdrag är att samordna insatser som ges som såväl hälso- och sjukvårdsåtgärder men också de som insatser som är bedömda kunna genomföras som egenvård. Kontaktpersonen ansvarar för samtycke, samordna SIP-ar, upplärning och anordna utbildningar. Arbetet kan ske delvis digitalt med en nära kontakt och upplärningsmöte.

Beskriven med egna ord från arbetsgruppen

Nackdelar

- VGR är större än Sörmland är, vore det möjligt?
- Hur många kontakter har ett barn/ ungdom? De kan vara väldigt många att samordna.
- Målsättningen är att det ska vara att den som har kännedom om barnet/ den unge, hur löses det i denna modell?
- Tveksam till hur en person ska klara hålla ihop helheten?
- För barn och unga med egenvård blir det inte samma system som för barn- och unga med behov av hälso- och sjukvård?

Fördelar

- Möjligheter framåt! Detta skapar funktionen en spindel i nätet. Det blir en tydlig kontaktväg för ett barn/ ung med hälso- och sjukvårdsbehov.
- Att koordinera och samordna detta kan underlätta även internt och i relationen mellan parterna men framför allt för barn, ung och familj.
- Läkemedelslista, finns det via en kontaktperson möjlighet att synkronisera mer?
- SAMSA/Samvy, är en IT-tjänst som redan finns idag och kan nyttjas mer. Ta stöd i in- och utskrivningsprocessen. Alla kan använda detta och det är ett bra verktyg.
- Millenium och sammanhållen planering kommer att underlätta för att samordna.

Risk- och konsekvensbeskrivning

- Stor region med många olika kontaktytor, hitta en fungerande struktur kan vara utmanande.
- Sörmland är lite större än Skaraborg, det kommer vara svårare att samordna?

- För de barn och unga som har många kontakter kommer det vara utmanande både internt och externt oavsett huvudman att samordna. Men om en person på korttids har en kontaktperson att vända sig till kommer det underlätta för alla.
- Idag samordnar familjerna/ föräldrarna mycket av detta. Svårigheter i hur detta ska utvecklas och säkerställas inom huvudmännens ansvar.
- Om man tänker delregionalt, kan man komplettera med det mobila teamet i Göteborg?
- Kopplat med spindeln i nätet sammanhållen vårdprocess, är det samma barn och unga? Kan man lägga ihop med palliativ vård mm?
- Kan det vara digitalt som grund?

Analys

Västra Götaland är mycket större än Sörmland och det kan vara svårt att applicera modellen fullt ut, men att tänka **utsedda kontaktpersoner** inom barn- och ungdomsmedicin och barn och ungdomshabiliteringen ses ändå som en bra modell att prova. Att tydliggöra en kontaktperson/kontaktfunktion (fast vårdkontakt) ger både tydlighet i ansvar och underlättar kontakt. Det bedöms framförallt bli bättre för barn, ung och familj samt underlätta dialogen mellan huvudmännen och öka patientsäkerheten.

Kopplat till redan befintliga mobila team

Mobila team innebär att man ska åka ut och stötta korttids och kunna utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder. Till exempel i Region Uppsala arbetar man med mobila team och där har man organiserat hälso- och sjukvårdsansvaret på korttidshem och boende (LSS) för barn och ungdomar till sjuksköterskor på Region Uppsalas habilitering.

I VGR finns olika mobila team, hur kan man säkra att dessa innehar barnkompetens? Det verkar vara ett för litet underlag.

Beskriven med egna ord från arbetsgruppen

Nackdelar

- Geografin i Västra Götaland, det är en stor och varierande region. Hur skulle dessa team kunna hantera den lokala kännedomen om barn- och unga.
- Svårt med kontinuitet, då det blir roterande personal, finns det då en god patientsäkerhet?
- Skulle ett mobilt team kunna ha en koppling till vissa korttidsboende för kontinuitet?

- Ett separat barnteam vore bäst, men hur skulle det kunna vara resurseffektivt?

Fördelar

- Det finns närsjukvårdsteam, skulle dessa kunna kompletteras med barnkompetens?
- I Göteborg finns ett mobilt team dagtid med barnkompetens som utgår från DSBS. Skulle behovet av hälso- och sjukvårdsåtgärder på korttids kunna hanteras i samråd mellan det mobila teamet och med kommunal hemsjukvård?
- Digitala utbildningar ger stora möjligheter och skulle kunna vara ett komplement tillsammans med digitala konsultationer.
- Kan ett komplement till ett mobilt team vara en sjuksköterska som har ansvar för utbildning och kontakt med korttids primärt i vardagen?

Risk och konsekvensanalys

- Stor risk att många mobila team inte har en barnkompetens idag?
- Skulle för tillgängligheten kräva många fler team, då behövs digitala komplement.
- Mobila team med rätt kompetens skulle nog inte funka i glesbygd med långa avstånd.
- Vore isåfall en väg att bygga generellt på att det är personalen på korttids som gör åtgärderna, men alltid har en kontaktväg fysiskt/digitalt för konsultation. 112 gäller via akuta behov.

Analys

De mobila team som finns inom Västra Götalandsregionen idag har olika uppdrag och är primärt riktade till andra målgrupper, skulle då krävas att uppdraget förändras och kompetens säkrades kring barn och unga. Stort län med långa avstånd gör modellen resurs- och kostnadskrävande.

Kommunsjuksköterskor

Förslaget är att Hälsa- och sjukvårdsansvaret vid korttidsvistelse LSS skulle ingå i kommunens Hälsa- och sjukvårdsuppdrag. Kommunens sjuksköterskor ansvarar då för hälso- och sjukvårdsåtgärderna som bedöms behövas under barnets/den unges korttidsvistelse.

Här finns en helhetslösning, man skulle kunna säkra hela processen även för barn och unga såsom för vuxna. Där finns ett 24/7 perspektiv.

Beskriven med egna ord från arbetsgruppen

Nackdelar

- Inte det som var uppdraget.
- Iså fall skulle det vara skatteväxlat? Känns som en komplex och långdragen process.
- Men enligt hälso- och sjukvårdsavtalet är det isåfall en bedömning utifrån varje enskilt barn/ ung om det ingår. Skulle det kunna finnas möjlighet att se över i det i nya hälso- och sjukvårdsavtalet?
- Är det patientsäkert utifrån huvudmännens olika ansvar?
- Som processledare tror vi att denna kan vara svår, kostnadsdrivande?

Fördelar

- Om detta förslag är möjligt så återkommer ju barn och unga vilket borde bli patientsäkert?
- Delegering görs på plats, kunskapsnivån säkerställs.
- 24/7 kompetens säkerställs genom kommunen?
- Hela livet perspektivet, kontinuitet, förenkla övergången mellan barn och vuxen.
- Stärka barn och unga perspektivet i kommunal verksamhet.
- En möjlighet att det blir enklare i andra frågor att koppla på hemsjukvård för barn- och unga.

Risk och konsekvensanalys

- Det ligger inte i kommunens ansvar idag.
- Lagstiftningen borde säkra det för alla åldrar.
- Skulle underlätta övergången barn/ ung till vuxen.
- Skulle man inte kunna tänka detta som en verklig förflyttning i linje med nära vård. Förflyttningen från specialistvård till primärvård (både regionalt/ Kommunalt).
- Vi vet att vi trampar över lag/ gränser, men vad är bäst för barnen?
- Varför kan man inte skatteväxla, gruppen önskar lyfta denna frågeställning även i arbetet med nya hälso- och sjukvårdsavtalet.

Analys

Kommunerna har inte hälso- och sjukvårdsansvar vid korttidsvistelse LSS och kan inte gå in och utföra åtgärder hur som helst inom någon annans ansvarsområde. För att kommunerna skulle kunna ta hälso- och sjukvårdsansvar på korttids LSS krävs att vi avtalar om både ansvarsfördelning och ersättning. Där det är möjligt enligt nuvarande lagstiftning.

Som en del av förslaget vårdval vårdcentral

Att man inom vårdval VC har ett tillägg till vårdcentralerna att ansvara för hälso- och sjukvårdsåtgärder på korttidsenheterna i området. Till exempel Region Stockholm har gjort detta. Där man går in med max 30% sjuksköterska som jobbar mot korttidsenheterna i området. De hanterar läkemedelshantering, delegering, dokumentation osv

Skulle också kunna vara en "specialist vårdcentral" som har ett utökat ansvar för målgruppen. De samordnar då insatserna kring den enskilde och skapar trygghet.

Beskriven med egna ord från arbetsgruppen

Nackdelar

- VGR inte lika som Stockholm, svårt att genomföra som deras vårdval då de inte motsvarar varandra? I Stockholm så ansvarar regionen för hela hemsjukvården.
- Utökad kostnad?
- Processledare uppfattar att detta skulle vara en svår process, som är kostnadsdrivande och osäker på om det vore möjligt?
- Hur löser man samverkan utifrån den som har en kännedom om barnet, den unge, familjen?
- Barn och unga med hälso- och sjukvårdsbehov på korttids är väl inte primärt inom primärvård? Även om de har en primärvårdskontakt.

Fördelar

- Kontinuitet, hela livsperspektivet, god kännedom vid övergång till vuxna.
- Gruppen lyfter en uppfattning att det finns vårdcentraler som har ett större ansvar, skulle inte detta kunna kopplas för barn och unga?
- Går mer i linje med omställningen till god och nära vård.
- Om det skulle vara möjligt borde det i så fall vara en vårdcentral som har ett större ansvar för många barn och unga utifrån kompetens och patientsäkerhet?
- Skulle det kunna kopplas ihop med områdesansvaret?

Risk och konsekvensanalys

- Skulle kunna underlätta för både region och kommun att samordna en insats. Detta kan man även tänka generellt i alla förslag om man "pekar" på en ansvarig.
- I glesbygd skulle resorna vara jättesvårt, det måste i så fall behövas klustras på ett klokt vis.

Analys

När förslaget att lägga detta inom vårdval vårdcentral kom upp var det med ett fokus på hela livet perspektivet. Det kan finnas flera fördelar och möjlighet att koppla till områdesansvar. Det som dock lyfts som största utmaningen är att det troligen är en lång och eventuellt kostnadsdrivande process. Många jämförelser gjordes med vårdvalet i Stockholm, men det är annorlunda än i VGR då man i Stockholm ansvarar för hela hemsjukvården.

Ett fåtal riktade korttids med personal från både VGR och kommun

Ett korttids/ delregion med anställd kompetens från både region och kommun. En gemensam korttidsenhet där kommunen ansvarar för omsorgsinsatserna och regionen för hälso- och sjukvårdsinsatserna.

Beskriven med egna ord från arbetsgruppen

Nackdelar

- Korttids har bemanning en liten stund innan skolan, efter skolan samt kväll och helg. Hur säkras tillgången till kompetens?
- Isåfall borde tiden justeras efter när behovet är störst och det blir svårt med schema mm?
- Det saknas personal jourtid.
- Negativt att barnen får åka, men många gör nog gärna det om kompetensen finns. Viktigt isåfall att säkra trygga resor.
- Det kan vara svårt att samla alla barn och unga med ett behov?
- Hur nyttjar man det mer effektivt? Så det inte blir tomma platser?
- Gränsdragningsfrågor?

Fördelar

- Det finns sjuksköterskor på plats dagtid.
- Kanske enda möjligheten att koppla ihop region och kommun egentligen?
- Möjlighet att utbilda personalen och skapa trygghet. Delegation kan ske på plats.
- Kommer nog innebära ett närmare samarbete mellan region och kommun.
- Kan ge ringar på "vattnet" i annan utveckling
- Fördel med regionens sjuksköterskor på korttids
- Samlar barn och unga med större behov på "specialistkorttids"

Risk och konsekvensanalys

- Idag anpassas grupperna och man säkerställer att barn och unga "samlas" som blir en väl sammansatt grupp, om dessa "samlade grupper" inte hålls ihop, vill man då vara på korttids.
- Det finns en risk med detta, då kanske det blir barn- och unga som inte trivs ihop.
- Risk att man inte kan "fylla platserna"
- Risk för långa avstånd.
- Barn och unga med störst behov hade nog fått rejäl hjälp av detta.
- Fördel med patientsäkerhet.

Analys

Man skulle få ett korttids med hög kompetens och närhet till hälso- och sjukvård vilket ger hög patientsäkerhet. Men en svårighet att genomföra med risk för långa avstånd, ingen närhet till skolgång.

Nästa steg

Arbetsgruppen konstaterar att dessa fem alternativ som är belysta har både fördelar och nackdelar. Inget förslag är till fullo och klart att appliceras i verksamheterna.

Dock borde grund idén prövas, gärna i mindre pilotområden för att följa upp och utvärdera nogsamt. Vårt län är stort och olika områden har olika förutsättningar vilket talar för att man borde prova olika arbetsmodeller. Eller en arbetsmodell med lokal anpassning.

Vidare beredning ska ske. När ett förslag är framtaget ska en prövning och analys av barnets bästa genomföras på förslaget.

Omvärldsfördjupning

[Egenvård barn - Samverkanswebben \(regionsormland.se\)](http://regionsormland.se)

[Medicinsk vägledning för kommunal boendepersonal - Region Uppsala](#)