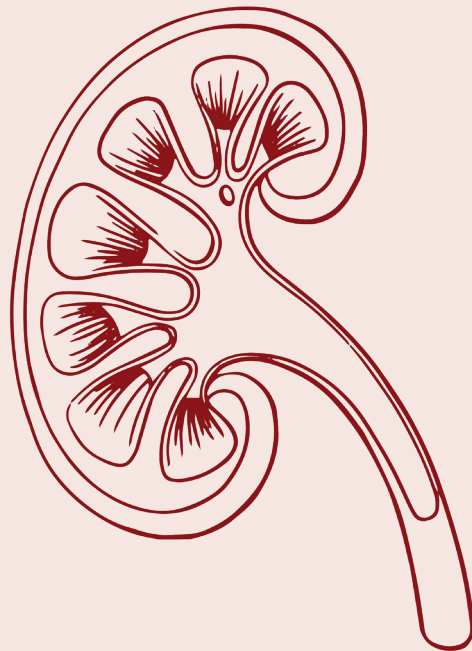


Nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys



Innehåll

Sammanfattning	3
1. Inledning	5
1.1 Bakgrund	5
1.2 Syfte	5
1.3 Personcentrering är förutsättning för god livskvalitet	5
1.4 Mål	6
1.5 Vårdförlopp vid kronisk njursvikt	6
2. Egenvård	7
2.1 Definition	7
2.2 Egenvård vid dialys - begreppsdefinitioner	7
2.3 Bakgrund och regelverk	7
2.4 Förutsättningar	8
2.5 Bedömning	8
2.6 Planering	8
2.7 Juridiskt ansvar vid egenvård	9
2.8 Försäkringsskydd i samband med egenvård	10
3. Innan dialysstart	10
3.1 Information om olika dialysalternativ	10
3.2 Stödfunktioner vid egenvård	11
3.2.1 Vårdteam	11
3.2.2 Bostadsanpassning	11
3.2.3 Stöd från kurator	11
3.2.4 Stöd från dietist	11
3.2.5 Stöd från fysioterapeut	11
3.2.6 Stöd från arbetsterapeut	11
3.3 Organisation för egenvård vid dialys	11
4. Peritonealdialys (PD)	12
4.1 Bakgrund	12
4.2 Metodbeskrivning	12
4.3 Organisation	12
4.4 Kateterinläggning	12
4.5 Dialysträning	12
4.6 Assisterad PD	13
4.7 Bostadsanpassning	13
4.8 Utrustning inför hemgång	13
4.9 Distribution och bortforsling av förbrukningsmaterial	13
4.10 Resor i samband med PD	13
5. Hemhemodialys (HHD)	14
5.1 Bakgrund	14
5.2 Metodbeskrivning	14
5.3 Dialysaccess	14
5.4 Träning för hemdialys	14
5.5 Bostadsanpassning	14
5.6 Utrustning inför hemgång	15
5.7 Assistans och support efter hemgång	15
5.8 Uppföljning av rutiner	15
5.9 Distribution och bortforsling av förbrukningsmaterial	15
6. Självhemodialys (SHD)	15
6.1 Bakgrund	15
7. Litteraturlista	16

Bilagor

1. Förslag till ansvarsbeskrivning för HHD-patienter	17
2. Förslag på merkostnader vid ansökan om merkostnadsersättning för HHD	19
3. Förslag på merkostnader vid ansökan om merkostnadsersättning för PD	21
4. Förslag på bostadsanpassningar som kan behövas vid HHD och PD	23
5. Utrustning som kan behövas vid HHD och PD	25
6. Hemdialys i Sverige och effekter på arbetsmarknadsutfall och hälso- och sjukvårdskostnader	
7. PM - juridiska förutsättningar för egenvårdsbeslut vid dialysbehandling	
Bilagor 6 och 7 är separata dokument som finns att ladda ned från www.dialys.nu .	

Sammanfattning

Egenvård innebär enligt Socialstyrelsens definition när legitimerad personal inom hälso- och sjukvården har bedömt att en person själv eller med hjälp av någon annan kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Inom dialysverksamheten har egenvård förekommit sedan slutet av 1960-talet då de första patienterna tog hem sin dialys. Självdialys med stöd av sjukvårdspersonal, så kallad "limited care", var mycket vanligt fram till början av 1980-talet för att senare minska.

Under 2000-talet har självdialys med varierande grad av stöd från vårdpersonal åter blivit vanligare. Vid flera dialysmottagningar finns självdialysenheter där patienter har möjlighet att sköta sin behandling helt självständigt, utan medverkan av sjukvårdspersonal, så kallad självdialys (SHD). En del patienter sköter också sin dialysbehandling själva i hemmet. Men andelen patienter som valt att ta hem sin dialys antingen som bloddialys (HHD) eller peritonealdialys (PD) har stagnerat och till och med minskat under en 20-årsperiod.

Det här vårdprogrammet har till syfte att vända den trenden så att fler personer som behöver dialys får möjlighet att välja egenvård. Ett annat syfte är att vårdprogrammet ska utgöra nationella riktlinjer för all egenvård vid dialysbehandling och ersätta lokala och regionala vårdprogram för att vården ska vara jämlik oberoende av bostadsort. Vårdprogrammet vänder sig i första hand till berörd sjukvårdspersonal och sjukvårdens beslutsfattare. Ett uttalat mål som arbetsgruppen för vårdprogrammet har kommit fram till är att andelen patienter som bedriver egenvård vid dialys ska öka från dagens knappt 30 procent till 50 procent. Peritonealdialys (PD) bör vara ett förstahandsval i de fall där det är möjligt. Andelen patienter som har PD bör kunna öka från dagens 20 procent till 30 procent. Bedömningen är att 10 procent bör kunna bedriva bloddialys i hemmet (HHD). Idag bedriver knappt 4 procent självdialys (SHD) vid en dialysmottagning. Den andelen bör ligga på 10 procent.

I inledningen av projektet med vårdprogrammet utfördes en hälsoekonomisk studie vid Lunds universitet (se bilaga) som kom fram till slutsatsen att HHD och PD skapar positiva effekter på sysselsättningsgrad och sänker sjukvårdskostnaderna. Denna slutsats borde utgöra tydliga incitament för ökade satsningar på egenvård vid dialys.

Det finns idag flera hinder som behöver undanröjas för att fler patienter ska kunna ta hem sin dialys. Ersättning för merkostnader då hemdialysbehandlingen inleds efter 65 års ålder är inte klarlagt och endast ett fåtal sjukvårdshuvudmän har ett regelverk som möjliggör att äldre patienter ersätts för merkostnader som är relaterade till dialysbehandlingen. Ansvarsfördelningen mellan kommun och sjukvårdshuvudman vid assisterad PD är ett problem som i vissa fall innebär att patienter som behöver hjälp av hemsjukvården kan tvingas avstå från PD.

I Vårdprogrammet klarläggs de minimikrav och förutsättningar som behöver uppfyllas samt juridisk ansvarsfördelning då patienter sköter sin dialys helt eller delvis självständigt.

I arbetsgruppen som utarbetat vårdprogrammet har ingått företrädare för Njurförbundet, Svensk Njurmedicinsk Förening (SNF) och Svensk Njurmedicinsk Sjuksköterskeförening (SNSF). Projektet har finansierats genom stöd från Socialstyrelsen ur särskilda medel för kroniska sjukdomar samt stöd från Njurförbundet.

Stockholm i januari 2019

*Linda Afsenius,
sjuksköterska, SNSF*

*Håkan Hedman,
ordförande, Njurförbundet*

*Sara Norman,
verksamhetschef, Njurförbundet*

*Maria Ageborg,
sjuksköterska, SNSF*

*Marianne Liljenborg,
sjuksköterska, SNSF*

*Tina Pajunen,
vice ordförande, Njurförbundet*

*Marie Blomén,
sjuksköterska, SNSF*

*Giedre Martuseviciene,
läkare, SNF*

*Helena Rydell,
läkare, SNF*

*Henrik Eriksson,
styrelseledamot, Njurförbundet*

*Stefan Melander,
läkare, SNF*

Begrepp och förkortningar

- HD – bloddialys.
- HHD – hemhemodialys, bloddialys som utförs självständigt i hemmet eller med stöd av närstående alternativt med annan person.
- PD – peritonealdialys, bukhinnedialys som utförs i bostaden eller som assisterad PD med stöd av vårdpersonal som är anställd inom kommunen.
- SHD – självhemodialys, bloddialys som utförs helt självständigt vid en dialysmottagning utan stöd av sjukvårdspersonal.
- SHDLC – självhemodialys på mottagning med stöd av sjukvårdspersonal.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Njurförbundet initierade under 2015 ett samarbete med Svensk Njurmedicinsk Förening (SNF) och Svensk Njurmedicinsk Sjuksköterskeförening (SNSF) för att planera och genomföra en workshop om egenvård vid dialys. Den gemensamma uppfattningen var att betydligt fler personer som har dialys har goda förutsättningar att kunna sköta sin behandling helt själv eller med minimal assistans av sjukvårdspersonal, än vad som sker idag. Dessa möjligheter utnyttjas inte alltid vid dialysmottagningarna. Andelen personer som sköter sin dialys själv i hemmet har varit konstant under många år.

Workshopen genomfördes den 10–11 mars 2016. Samtliga berörda personalkategorier från olika delar av landet deltog tillsammans med personer som har egen erfarenhet av dialys. Externa föreläsare deltog under delar av workshopen och föreläste om juridik, hälsoekonomi och personcentrerad vård.

Vid workshopen framkom att det råder stora regionala skillnader beträffande rutiner och engagemang för självdialys (SHD), hemhemodialys (HHD) och peritonealdialys (PD). I Svenskt Njurregisters (SNR) årsrapport finns dessa skillnader tydligt verifierade.

Det framkom även under diskussionerna att det råder oklarheter vem som äger det juridiska ansvaret för behandlingen då personen sköter sin dialys helt självständigt vid enhet inom vårdgivarens byggnad, i patientens bostad eller på annan plats. Vidare är försäkringsfrågan otydlig om det uppstår en vårdskada eller om någon avlider på grund av felbehandling. Krävs det en tilläggsförsäkring i de fall som inte patientförsäkringen gäller var en frågeställning som diskuterades utan att kunna besvaras.

Samtliga var eniga om att många personer som har dialys har outnyttjade förutsättningar att sköta sin behandling själv. Antingen genom PD, SHD eller HHD. Alla var eniga om att det saknas ett nationellt vårdprogram för egenvård vid dialys.

Deltagarna vid workshopen enades om att bilda en expertgrupp som fick i uppdrag att utveckla ett vårdprogram för egenvård vid dialysbehandling. Expertgruppen tillsattes av Njurförbundet under första halvåret 2016 och bestod av företrädare för Njurförbundet, Svensk Njurmedicinsk förening, SNF, och Svensk Njurmedicinsk Sjuksköterskeförening, SNSF.

Socialstyrelsen har i två omgångar, 2016 och 2017 anslagit projektmedel med totalt 463 500 kronor från regeringens satsning på för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar för arbetet med utveckling av vårdprogrammet.

Inom ramen för projektet genomfördes en hälsoekonomisk studie under senare delen av 2016 i samarbete med forskaren Johan Jarl vid Lunds universitet.

1.2 Syfte

Vårdprogrammet ska vara ett nationellt vårdprogram för egenvård och patientinvolvering vid dialys. Syftet är att skapa nationella riktlinjer som ska ersätta alla de regionala och lokala vårdprogram som tillämpas. Målet är att få till stånd en jämlik vård oavsett regional tillhörighet. Ett tillämpat nationellt vårdprogram tillvaratar patientens behov och önskemål samt skapar förutsättningar för ett ökat partnerskap.

1.3 Personcentrering är förutsättning för god livskvalitet

Insikten att den kroniska njursvikten håller på att bli livshotande om inte behandling i form av transplantation eller dialys sätts in, är i flertalet fall chockartad för patienten. Informationen utlöser nästan alltid en existentiell kris hos den som drabbas. Det är först i *nyorienteringsfasen* en människa är mottaglig för konstruktiva lösningar (*Kris och utveckling* av Johan Cullberg). Denna

kunskap är mycket viktig om en patient ska kunna ingå ett partnerskap med sjukvården och ta på sig att sköta en stor del av sin behandling själv. Det innebär att egenvård vid dialys (PD, HHD eller SHD) endast är ett realistiskt alternativ för patienten som tagit sig igenom sin existentiella kris och börjat leta efter egna lösningar.

En person som planeras för dialys kan på flera olika sätt involveras i sin egen behandling. Allt bygger på att personen får kunskap och förståelse för sin njursjukdom, något som ska grundläggas långt innan den första dialysbehandlingen sker. Möte med personer som redan har en fungerande dialysbehandling kan minska rädsla och obehagskänslor inför den egna dialysstarten. Individuella studiebesök på självdialysenheter och PD-mottagningar och möten med personer som har hemodialys hemma bör vara rutin i den förberedande utbildningen.

Kunskapen om hur dialysen går till och hur apparaturen fungerar skapar förutsättningar för ökad självkänsla och livskvalitet samt att ett partnerskap utvecklas mellan den person som har dialys och sjukvårdspersonalen. Ett stegvis lärande och involvering genom att slutligen själv få all kontroll av dialysbehandlingen höjer självkänslan och minskar beroendet av sjukvårdspersonalen. Arbetar man utifrån ett personcentrerat förhållningssätt så att den som har dialys ses som en partner skapas ökad livskvalitet och fler kommer att välja att sköta sig självständigt eller välja att ta hem sin behandling.

Egenvård bör vara ett mål för alla patienter inom njurvården, inte enbart inom dialys. Det ökar individens självständighet och minskar beroendet av sjukvårdens resurser. Ett utnyttjande av modern digital teknik för kommunikation och kontroll kan medverka till att allt fler individer kan sköta sin behandling självständigt.

1.4 Mål

Andelen patienter som sköter sin dialys självständigt, antingen hemma eller som självdialys vid en dialysmottagning, har legat konstant under många år. Ett rimligt mål är att cirka 10 procent av alla personer som behöver dialys bör kunna ha HHD och cirka 30 procent PD och minst 10 procent SHD.

1.5 Vårdförlopp vid kronisk njursvikt

Kronisk njursvikt indelas i fem stadier, där det femte stadiet så småningom leder till behov av njurtransplantation eller dialys, så kallad aktiv uremivård. Vanligen behöver utredningar och medicinska förberedelser för dessa behandlingar starta under stadium fyra eller fem beroende på hur snabbt njursvikten försämras. Information, utbildning och samtal kring njursvikt, dialys och transplantation bör ske i ett tidigare skede genom njursviktskoordinator. Några få patienter väljer att avstå från dialys och njurtransplantation och får då fortsatt medicinsk behandling med uppföljning på njurmottagningar.

Patienter som visar sig vara tillräckligt friska för njurtransplantation kan få en njure som doneras från en levande givare eller sätts upp på väntelista för transplantation från avliden donator. Njurtransplantation bör vara ett förstahandsmål om det finns medicinska förutsättningar och bör helst bli genomfört innan dialysstart om patienten har en levande donator.

I patientundervisningen bör patienten i god tid få allsidig information i grupp och enskilt om olika dialysmetoder och om hur man som patient kan vara delaktig och sköta sin dialys självständigt hemma eller vid en självdialysmottagning. Egenvård bör framhållas som ett alternativ som ger goda förutsättningar att uppnå behandlingsmål och välbefinnande.

För majoriteten av patienterna blir dialys den första och enda typen av behandling. Patienter som planeras att starta peritonealdialys behöver få en peritonealdialyskateter inopererad i bukhålan.

Detta kan med fördel ske enstaka veckor innan behov av dialysstart. Patienter som planeras att starta hemodialys i någon form behöver i god tid få en arteriovenös fistel, så kallad AV-fistel, för tillgång till blodbanan. Tiden tills den kan användas för dialys kan ta upp till några månader. För de patienter som inte hinner få en AV-fistel eller som får problem med utmognaden av den får dialysstart ske via central dialyskateter vilket bidrar till ökad risk för allvarliga infektioner.

Patienter som planeras att sköta sin peritonealdialys eller hemodialys själva bör dessutom påbörja utbildning innan dialysbehovet är absolut.

Patienter som drabbas av akut njursvikt eller som haft kronisk njursvikt men inte varit kända på njurmedicinska mottagningar får starta dialys akut. För de flesta blir det då hemodialys på sjukhus via central dialyskateter. En utmaning för framtiden är att öka användningen av peritonealdialys i akutskedet och att hjälpa dessa patienter över i självdialys i någon form efter den akuta dialysstarten.

2. Egenvård

2.1 Definition

Enligt Socialstyrelsens definition innebär egenvård när legitimerad personal inom hälso- och sjukvården har bedömt att en person själv eller med hjälp av någon annan kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd.

2.2 Egenvård vid dialys - begreppsdefinitioner

Det här vårdprogrammet har begränsats till tre olika egenvårdsformer inom dialysområdet med följande begreppsdefinitioner enligt Svenskt Njurregister (SNR):

- HHD – Hemhemodialys, bloddialys som utförs självständigt i hemmet eller med stöd av närstående alternativt med annan person.
- PD – Peritonealdialys, bukhinnedialys som utförs i bostaden eller som assisterad PD med stöd av vårdpersonal som är anställd inom kommunen.
- SHD – Självhemodialys, bloddialys som utförs helt självständigt vid en dialysmottagning utan stöd av sjukvårdspersonal.

2.3 Bakgrund och regelverk

All hälso- och sjukvård, utom den som bedrivs enligt tvångslagarna, är frivillig och patienten har rätt att neka att ta emot vård. Med hälso- och sjukvård menas åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hälso- och sjukvård omfattar sådan verksamhet som bedöms kräva personal med utbildning inom hälso- och sjukvård, eller sådan personal i samarbete med annan personal. Det går inte att säga generellt vilka åtgärder som utgör egenvård. Det beror på omständigheterna i varje enskilt fall. Enligt Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift ska bedömningen göras i samråd med patienten, utifrån patientens fysiska och psykiska hälsa samt med hänsyn till hans eller hennes livssituation i övrigt. Det innebär att resultatet beror på om patienten har förutsättningar att själv klara av att utföra egenvården på ett säkert sätt, eller om patienten kan instruera någon att hjälpa till. Om personen inte själv kan ansvara för egenvården beror resultatet av bedömningen på hur stödet och hjälpen ser ut. Det kan vara egenvård om åtgärden kan utföras på ett säkert sätt av någon annan till exempel en närstående eller personlig assistent.

2.4 Förutsättningar

Ett 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 till exempel 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 till exempel när ett fåtal personliga assistenter är knutna till den enskilde och de känner hen väl.

2.5 Bedömning

Bedömning enligt Socialstyrelsen föreskrifter om bedömning av egenvård (SOSFS 2009:6):

Den behandlande legitimerade yrkesutövaren ska, inom sitt ansvarsområde, bedöma om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Det är alltså hälso- och sjukvården som bestämmer vilken åtgärd som kan utföras som egenvård i varje enskilt fall. Den som gör bedömningen måste analysera om det finns några risker med att åtgärden bedöms som egenvård. Man ska utreda om patienten själv kan utföra den aktuella hälso- och sjukvårdsåtgärden som egenvård på ett säkert sätt, eller om han eller hon kan göra det med hjälp av någon annan.

Patienten kan behöva praktisk hjälp för att utföra egenvården. I så fall ska den som gör bedömningen först samråda med den som ska hjälpa till med hänsyn till reglerna om sekretess och tystnadsplikt. En hälso- och sjukvårdsåtgärd får inte bedömas som egenvård, om analysen visar att det finns en risk att patienten skadas.

Egenvårdsbedömningen och planeringen ska vara dokumenterad i patientens journal.

Patienten ska få information om vad egenvården innebär. Det betyder att den som gör bedömningen ska informera om att den åtgärd som den enskilde utför själv eller utförs av någon närstående, inte är hälso- och sjukvård, och därför omfattas den inte av hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

2.6 Planering

Det är viktigt att man planerar egenvården så att den kan utföras på ett säkert sätt. Bland annat ska det vara tydligt för alla inblandade vad de ska göra om patientens situation förändras, vem som ska kontaktas om patienten riskerar att skadas och vem som ska ge instruktioner. Om patienten själv ansvarar för egenvården måste det i vissa fall finnas någon annan som man kan kontakta om patientens tillstånd försämras och om patienten behöver hjälp.

Av planeringen av egenvården ska det framgå:

- Vilken åtgärd som har bedömts som egenvård.
- Om patienten själv eller med hjälp av någon annan ska utföra egenvården.
- Hur information och instruktioner till dem som ska utföra egenvården ska ges.
- Vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas, om patienten har drabbats av eller har utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården.
- Vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas, om patientens situation förändras.
- Hur och när bedömningen av egenvården ska följas upp.
- När en omprövning av bedömningen av egenvården ska göras.

2.7 Juridiskt ansvar vid egenvård

Lagstiftaren ser självdialys som en av de mer avancerade vårdinsatserna som kan bli aktuella för egenvård. Ett egenvårdsbeslut innebär att åtgärden inte längre är att anse som hälso- och sjukvård i lagens mening. Innebörden av detta är att åtgärden efter beslutet inte omfattas av det regulatoriska system som gäller för hälso- och sjukvården. Den logiska följd av detta är att den person som i förekommande fall hjälper patienten med att utföra egenvårdsinsatsen inte agerar under tillsyn. Ett eventuellt fel begånget av en sådan person bör därför enbart gå att angripa rättsligt inom ramen för straffrätten eller arbetsrätten. Möjligheten att via dessa regelsystem ingripa mot individen kommer att vara starkt beroende av omständigheterna i det enskilda fallet. En legitimerad person som bistår patienten med egenvården, vilket i vissa fall kan vara en närstående, bör däremot anses stå under tillsyn, oavsett om hjälpen sker yrkesmässigt eller privat.

Innebörden i lagstiftningen och i Socialstyrelsens föreskrifter är att det föreligger krav på den legitimerade personal som ansvarar för utbildning och träning av patienter och andra personer som medverkar i egenvården vid dialys.

Egenvårdsbeslutet innebär att åtgärden inte längre är att betrakta som hälso- och sjukvård. Av detta bör logiskt följa att kraven i Hälso- och sjukvårdslagen inte gäller för självdialys på sjukhus. Patienten är i viss mån själv ansvarig för tillbud och händelser som kan skada patienten. Ett tillbud som visar sig ske till följd av att legitimerad vårdpersonal fattat ett egenvårdsbeslut på felaktiga grunder kan dock fortfarande resultera i kritik mot läkaren. Det åligger legitimerad vårdpersonal att säkerställa att patienten inte utsätts för större risker till följd av egenvård jämfört med om åtgärden hade utförts av vårdpersonal.

Det kan inledningsvis konstateras att SOSFS 2009:6 inte säger något om var en åtgärd som utförs som egenvård ska äga rum, även om det får anses ligga i sakens natur att sådana åtgärder i regel sker i patientens hem. Utgångspunkten borde därför vara att en egenvårdsåtgärd kan utföras varhelst det blir aktuellt. Det bör dock analyseras huruvida andra lagrum i det medicinerättsliga regelsystemet påverkas.

Det allmänna kravet på säkerhet och lämplighet hos lokaler och utrustning finns i 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL), med lydelsen ”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.” Ovan har konstaterats att ett egenvårdsbeslut innebär att åtgärden inte längre är att betrakta som hälso- och sjukvård. Av detta borde logiskt följa att kravet i HSL inte gäller för självdialys på sjukhus.

Att självdialys bedöms som egenvård innebär i praktiken inte någon inskränkning av vårdgivarens eller vårdpersonalens ansvar enligt SOSFS 2008:1 beträffande användningen av medicinteknisk utrustning. Med andra ord så måste både regelverket om egenvård och det om användning av medicinteknik tillämpas vid självdialys. Det är verksamhetschefens ansvar att säkerställa att den medicintekniska utrustningen vid självdialys inom sjukvårdens lokaler och i patientens bostad uppfyller samma krav på säkerhet, service och underhåll som inom sjukvårdens verksamhet. Verksamhetschefen ansvarar vid självdialys, i de fall det ska ske hemma hos patienten, att utrustningen som lämnas ut till patienten är säker och kan spåras. De uppgifter som säkerställer spårbarheten ska dokumenteras i patientens journal. Verksamhetschefen ska vidare ha gjort en bedömning av vilken kompetens som krävs av yrkesutövare som förskriver utrustningen, och den förskrivande personen måste inneha den kompetensen.

(Uppgifter i stycke 2.7 från Institutet för Medicinsk Rätt AB)

2.8 Försäkringsskydd i samband med egenvård

Samhällets skydd för patienter som drabbas av personskada i samband med vård och behandling regleras av patientskadelagen (1996:799). Den gäller dock endast skador som uppkommer i samband med hälso- och sjukvård utförd av personal som omfattas av 1 kap patientsäkerhetslagen (i huvudsak personer med legitimation från Socialstyrelsen att utöva vård). Då egenvård inte utförs av sådan personal finns det ett glapp i lagen när det gäller försäkringsskyddet för personer som sköter sin egen dialys.

Alla vårdgivare, såväl offentliga som privata, har en skyldighet att teckna försäkring som täcker ersättningsskyldigheten. Patienterna ska vara försäkrade genom vårdgivaren. Alla Sveriges regioner har tecknat patientförsäkring hos Lof (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag), som därmed försäkrar cirka 90 procent av Sveriges vårdgivare. Som försäkringsbolag prövar Lof varje anmält ärende. Då inget fall med skada vid hemdialys finns prövat saknas praxis.

Det är viktigt att se över det privata försäkringsskyddet, som hemförsäkring, sjuk- och olycksfallsförsäkring och livförsäkring. Dessa tecknas privat och premier och villkor varierar mellan olika försäkringsgivare.

Som regel gäller att det inte går att försäkra sig mot sjukdom som redan är känd när försäkringen tecknas. Försäkringsbolagen gör en egen riskbedömning utifrån hälsotillstånd, men det kan vara svårt att försäkra sig mot en händelse följd av sjukdomstillståndet. Det gäller både sjukförsäkring och livförsäkring. Olycksfallsförsäkring kan skydda vid en yttre plötslig oförutsedd händelse orsakad av något försäkringstagaren själv inte styr över. Den som har ett bostadslån kan teckna ett låneskydd som ett alternativ till en livförsäkring.

Då en dialysmaskin kräver vatten och vattenledningar som dras i bostaden finns risk för olyckor i form av läckage som kan ge skador på inredning och möbler. Den som bor i villa eller bostadsrätt bör ha villa- eller bostadsrättstillägg på sin hemförsäkring som täcker eventuella skador på bostaden. Ett allrisktillägg ger skydd för plötsliga oförutsedda händelser. Ansvarsskydd som ingår i hemförsäkringen ger skydd om någon riktar skadestånd mot den försäkrade, till exempel om en vattenskada i en bostadsrättslägenhet skulle orsaka skador hos en granne.

3. Innan dialysstart

3.1 Information om olika dialysalternativ

Patienten bör i god tid innan dialysstart få stöd och information från njursviktskoordinator om möjligheterna med egenvård. Vid akutstart av dialys bör patienten så snart som möjligt ges stöd och information fördelarna med SHD, PD och HHD.

Patienten ska tillsammans med närstående i god tid innan dialysstart få information om de olika behandlingsalternativ som står till buds. PD bör övervägas som ett förstahandsval i de fall där det medicinskt bedöms gå att genomföra och då patienten själv anser sig ha förutsättningar att klara av att sköta behandlingen. PD är den dialysform som ger bäst rörelsefrihet och den kontinuerliga behandlingen skapar ett jämt utbyte av slaggprodukter och överskottsvätska vilket motiverar PD som ett förstahandsval.

Patienter som har HD med restfunktion och som har akutstartats i dialys ska ha rätt att få stöd och information om möjlighet att byta behandlingsform till PD.

3.2 Stödfunktioner vid egenvård

3.2.1 Vårdteam

En person som behöver dialys, oavsett egenvård, ska ha tillgång till ett vårdteam, där patienten själv ses som en delaktig partner i teamet. Ett vårdteam bör bestå av läkare, sjuksköterska, kurator, dietist, fysioterapeut samt vid behov medicintekniker, psykolog och arbetsterapeut.

3.2.2 Bostadsanpassning

Bostadsanpassningsbidrag kan sökas via kommunen i samband med dialys i bostaden. Syftet är att personer med funktionsnedsättning ska kunna bo kvar hemma i sin bostad och leva ett så självständigt liv som möjligt. Det är de fasta funktionerna i hemmet som ska anpassas efter funktionsnedsättningen. I vissa fall kan investeringar i VA-systemet vara nödvändigt för att dialysen ska fungera. För att få bidraget beviljat ska en arbetsterapeut, läkare eller någon annan sakkunnig intyga att anpassningen är nödvändig. Bor man i hyreslägenhet behövs ett medgivande från hyresvärden att anpassningen får utföras. Även bostadsrättsinnehavare kan behöva ett sådant medgivande från bostadsrättsföreningen. Bidrag lämnas endast för anpassningar i en permanentbostad, det vill säga den bostad som är avsedd för den ansökandes stadigvarande boende. Rutinen för hur man söker bidrag i respektive kommun är olika.

3.2.3 Stöd från kurator

Patienten ska genom den kurator som är knuten till vårdteamet få information om de ekonomiska stödformer som patienten har rätt till för att täcka merkostnader samt vid behov ge samtalsstöd. I de fall patienten inte har rätt till handikappersättning från Försäkringskassan, exempelvis på grund av 65-årsregeln, ska sjukvårdshuvudmannen på motsvarande sätt ge bidrag som täcker de merkostnader som uppstår i samband med dialysbehandling i hemmet. För närvarande råder olika regler om merkostnadsersättning bland sjukvårdshuvudmännen, vilket i vissa fall utgör hinder för att patienten ska ta hem sin behandling.

3.2.4 Stöd från dietist

Kosten är en viktig del i samband med all dialysbehandling. Varje patient som har dialys, oavsett om det sker i bostaden eller vid en dialysmottagning, bör ges möjlighet i samband med träningen och under behandlingstiden att få kostrådgivning från en dietist som är knuten till vårdteamet.

3.2.5 Stöd från fysioterapeut

Varje patient som har dialys, oavsett om det sker i bostaden eller vid en dialysmottagning, bör få kontakt med en fysioterapeut som är knuten till vårdteamet för att lägga upp ett individuellt träningsprogram i syfte att behålla eller förbättra sin fysiska kondition.

3.2.6 Stöd från arbetsterapeut

För planering av bostadsanpassning och eventuella behov av hjälpmedel i samband med hemdialys, PD eller HHD, ska det finnas tillgång till en arbetsterapeut som är knuten till vårdteamet.

3.3 Organisation för egenvård vid dialys

För att säkerställa kontinuitet och kompetens bör träning och utbildning för HHD koncentreras till större hemdialysenheter alternativt till mindre enheter med tätt samarbete dem emellan. Ett samarbete är att föredra med en klinik med en uppbyggd organisation för HHD. PD kan med fördel finnas på samma mottagning som HHD. HHD och PD som ligger samlat är en vinst för patienten om dialysformen av olika orsaker behöver bytas. Patienter och personal känner redan varandra vilket skapar trygghet. Hemdialysmottagningen kan med fördel förläggas utanför det traditionella sjukhusområdet. Detta för att framhäva det friska hos patienten. Om träningen sker på allmän dialysmottagning bör den utföras i ett enskilt rum.

4. Peritonealdialys (PD)

4.1 Bakgrund

Drygt en fjärdedel av dialyspopulationen har PD, som är den näst vanligaste dialysformen. Tre fjärdedelar bland de personer som sköter sin dialys själva har valt PD. Behandlingen är mobil och sköts uteslutande i hemmet eller på den plats där personen befinner sig. PD är underutnyttjat och varierar över landet. En målsättning är att cirka 30 procent av alla som behöver dialys bör kunna behandlas med PD.

4.2 Metodbeskrivning

PD innebär att bukhinnan (peritoneum) fungerar som ett dialysmembran. Via en inopererad dialyskateter fylls och töms buken på cirka 2 liter dialysvätska. Genom att det uppstår ett osmotiskt tryck samt genom diffusion sker det ett utbyte från bukhinnan till dialysvätskan av slaggprodukter och överskottsvätska som njurarna normalt filtrerar.

Behandlingen kan antingen utföras manuellt 4–5 gånger under dagtid, så kallad kontinuerlig ambulatorisk peritonealdialys (CAPD), alternativt med en maskin som under nattetid automatiskt sköter av- och påfyllnad av dialysvätskan (APD). Assisterad PD finns i de fall personen själv inte kan sköta sin dialys. Den innebär att behandlingen sköts av särskilt utbildad personal inom kommunens hemsjukvård.

4.3 Organisation

PD-verksamheten vid en dialysenhet bör ha särskilt avsatt personal. Det är en fördel om PD-verksamheten är integrerad med övrig egenvård vid dialysmottagningen. Patienten ska ges information om vart det går att vända sig för att få information och stöd om det inträffar komplikationer i samband med behandlingen. Eftersom många patienter utför behandlingen under natten bör det finnas möjlighet att få råd under hela dygnet.

4.4 Kateterinläggning

Kateterinläggning bör vara utförd i god tid innan planerad dialysstart. Operatören ska ha god erfarenhet så att funktionen säkerställs och risken för komplikationer minimeras. Om erfarenhet saknas i anslutning till den egna kliniken bör kateterinläggningen ske vid en klinik där kompetens finns.

4.5 Dialysträning

Den person som planeras för PD bör tillsammans med närstående få information av njursviktskoordinator alternativt PD-sjuksköterska i god tid före beräknad dialysstart om vad behandlingen innebär och hur den kan påverka livs- och familjesituationen samt om vilka krav som ställs på boendet. Manuella (CAPD) alternativt automatiska vätskebyten med nattmaskin (APD) bör i det initiala skedet diskuteras. Om det inte finns några medicinska hinder ska patienten ges möjlighet att välja den metod som denne bedömer som det individuellt bästa alternativet. Planeringen inför PD-kateterinläggningen är viktig då en för sen inläggning med uremisk patient är negativt för trä-

ningstiden. Samtidigt som en för tidig PD-kateterinläggning erfarenhetsmässigt ger mer tekniska problem såsom exempelvis förändrat kateterläge.

Träning och utbildning bör påbörjas så snart PD-katetern bedöms fungera. Om det är för tidigt att börja använda PD-katetern när utbildningen/träningen startar kan ett träningsförklåde användas. Besök i bostaden bör planeras så att eventuella kompletteringar är färdigställda innan dialysstart. Kontakter med kurator för ansökan om bidrag för merkostnader bör planeras i mycket god tid innan beräknad dialysstart. Om behov föreligger av hjälpmedel och bostadsanpassning bör en arbetsterapeut ingå i teamet som förbereder hemgången.

Patienten ska under utbildningstiden ha möjlighet till logi på ett patienthotell eller vanligt hotell om inte patienten har möjlighet att vistas i bostaden.

4.6 Assisterad PD

Då det bedöms att patienten inte kan klara att sköta sin PD självständigt bör kommunens hem-sjukvård kontaktas för att säkerställa att det finns särskilt utbildad personal som kan assistera patienten. Distriktsköterskan kan delegera uppgiften till undersköterskor som fått särskild utbildning i samverkan med patientens PD-sjuksköterska. I vissa fall kan assisterad PD initialt vara ett stöd och en fortsättning på träningen för att patienten så småningom ska kunna sköta sin behandling självständigt.

4.7 Bostadsanpassning

PD kräver normalt ingen särskild anpassning av bostaden. Det bör finnas tillräckligt utrymme för lagring av material eftersom vätskorna kräver stort utrymme. Stöd från kurator bör ges då det eventuellt finns behov av byte till annan bostad. En arbetsterapeut bör medverka vid speciella omständigheter i samband med anpassning av bostaden. Om det krävs ombyggnad i bostaden kontaktar patienten kommunen för ansökan om bostadsanpassningsbidrag.

4.8 Utrustning inför hemgång

När patienten är färdigutbildad och redo för att börja dialysera hemma ska patienten få med sig nödvändig utrustning från PD-mottagningen. Om patienten är i behov av extra hjälpmedel / tekniska lösningar för att klara av att sköta sin PD-behandling ska PD-mottagningen tillsammans med exempelvis den medicintekniska avdelningen vara behjälpliga med det.

4.9 Distribution och bortforsling av förbrukningsmaterial

Distribution av förbrukningsmaterial och bortforsling av tomemballage ska ske enligt en plan som anpassas individuellt. Distributionen ska ske direkt till patientens bostad eller annan adress.

När det sker förändringar i sortimentet av förbrukningsartiklar ska patienten få information om detta och vid behov få nya instruktioner beträffande handhavandet. Patienterna ska kunna utföra sina beställningar digitalt eller per telefon.

4.10 Resor i samband med PD

En av fördelarna med PD är att patienten är betydligt mer mobil i jämförelse med annan dialys och behandlingen kan utföras på den plats där man befinner sig. Vid längre vistelser, inom och utanför Sverige, bör PD-mottagningen assistera patienten i samband med beställning av vätskor.

5. Hemhemodialys (HHD)

5.1 Bakgrund

Drygt tre fjärdedelar av alla som har dialys har bloddialys (hemodialys). Behandlingen utförs vanligen på en dialysmottagning. Patienten kan sköta behandlingen självständigt, antingen som självdialys (SHD) på en särskild enhet eller i bostaden (HHD).

Både SHD och HHD är underutnyttjat och ligger vardera under fyra procent bland personer som har dialys. En målsättning är att drygt tio procent av alla som behöver dialys bör kunna ta hem sin behandling.

5.2 Metodbeskrivning

Vid hemodialys renas blodet utanför kroppen och det krävs en bra tillgång till blodbanan, så kallad kärlaccess, som kan vara en arteriovenös fistel, så kallad AV-fistel, som innebär att en artär och ven sammankopplas vid en operation för att uppnå ett högt blodflöde. Ett annat vanligt alternativ är en Central Dialys Kateter läggs in, en så kallad CDK. Blodet pumpas kontinuerligt via slangar från patientens kärlaccess till dialysatorn - den konstgjorda njuren. Där sker filtrering av slaggprodukter och vatten genom ett halvgenomsläppligt membran. Det renade blodet går därefter i retur till patienten.

5.3 Dialysaccess

En AV-fistel bör opereras i god tid före dialysstart av en erfaren operatör så att risk för komplikationer minimeras. Om kompetensen saknas vid patientens sjukhus ska patienten remitteras för operation vid en enhet som har specialistkompetens av dialysaccesser.

5.4 Träning för hemdialys

Träning inför hemgång ska utföras på en dialysmottagning, hemdialysmottagning eller i patientens eget hem. För att ge möjlighet att komma hem snabbare ska träning kunna erbjudas fem dagar i veckan. Detta ger även patienten en föräring om hur det känns att dialysera mer och på detta sättet öka motivationen ökad dialysfrekvens. Om man har långt till dialysmottagningen ska patienten erbjudas möjlighet att övernatta på ett patienthotell eller liknande under träningstiden.

All information ska finnas dokumenterad och signerade av patienten och utbildare. Till dialysmaskinen och för behandlingen skall det finnas en skriftlig manual med anvisning om åtgärder vid olika larm och felkoder som kan uppkomma. Manualen kan med fördel finnas tillgänglig på en digital läsplatta som patienten vid behov kan utrustas med.

5.5 Bostadsanpassning

Vid HHD krävs ofta en viss bostadsanpassning. Det bör finnas tillräckligt utrymme där behandlingen ska utföras samt för lagring av förbrukningsmaterial. Stöd från kurator bör ges då det eventuellt finns behov av byte till annan bostad. En arbetsterapeut ska medverka om det krävs i samband med anpassning av bostaden. Behövs ombyggnad i bostaden kontakter patienten kommunen för ansökan om bostadsanpassningsbidrag. Det ska finnas en förteckning över vilka krav som ställs på bostaden för HHD. Patienten uppmanas att kontakta sitt försäkringsbolag för kontroll att hemförsäkring och fastighetsförsäkring täcker kostnader som kan uppstå vid eventuella skador.

5.6 Utrustning inför hemgång

När patienten är färdigupplärd och redo för att börja dialysera hemma ska patientens hem utrustas med en dialysmaskin med tillhörande vattenreningsanläggning. Det är av största vikt att patienten har ett blodläckagelarm som larmar vid blodläckage kring patientens access. Det ska även finnas ett vattenläckagelarm. Om dialysmaskinen inte har ett inbyggt larm finns det flera externa blodläckagelarm på marknaden. Saknas något utöver detta för att patienten ska kunna utföra dialys i sitt hem och för att uppnå säkerhet ska patienten få hjälp med praktiska lösningar.

5.7 Assistans och support efter hemgång

Patienten bör ges möjlighet till telefonsupport efter ordinarie arbetstid. Vid teknisk support kan detta kan vara en tjänst som kan ske med flera kliniker i samverkan. Vid behov av avlastning eller sjukdom ska patienten ha möjlighet att få dialys på sin dialysmottagning. Alla som tar hem sin behandling bör vid behov få assistans i hemmet antingen av hemtjänst/hemsjukvård eller anhörig som ersätts för sin insats.

5.8 Uppföljning av rutiner

Den som har dialys i hemmet är en partner i vårdteamet. Patienten ska ges kontinuerlig vidareutbildning genom hemdialysmottagningen som även ska säkerställa att alla rutiner efterföljs. Detta bör ske genom besök i patientens bostad eller på dialysmottagningen. Vid behov efter längre sjukhusvistelser, uppehåll och incidenter bör patienten ges möjlighet till repetition av hemdialysutbildningen. Kontakter och möten med andra som sköter sin dialys hemma och närstående bör vara en viktig del i uppföljningsarbetet och bör arrangeras genom hemdialysmottagningen.

5.9 Distribution och bortforsling av förbrukningsmaterial

Distribution av förbrukningsmaterial och bortforsling av tomemballage ska ske enligt en plan som anpassas individuellt. Distributionen ska ske direkt till patientens bostad eller annan adress.

När det sker förändringar i sortimentet av förbrukningsartiklar ska patienten få information om detta och vid behov få nya instruktioner beträffande handhavandet. Patienten ska kunna utföra sina beställningar digitalt eller per telefon.

6. Självhemodialys (SHD)

6.1 Bakgrund

Om en patient inte kan eller vill ha HHD är SHD ett alternativ. Då kan patienten vara självständig med sin dialysbehandling inom dialysmottagningens lokaler på samma sätt som den utförts i hemmet. Patienten ska erbjudas flexibla dialystider och kunna anpassa sin dialys efter de behov som finns. Om möjligt och efter särskild överenskommelse ska patienten kunna ha tillgång till lokalerna utanför ordinarie arbetstid för att självständigt kunna utföra sin behandling.

Träningen inför SHD går till på samma sätt som vid HHD (5.4).

7. Litteraturlista

Hemodialys i Sverige och effekter på arbetsmarknadsutfall och hälso- och sjukvårdskostnader

Johan Jarl, Zartashia Ghani, Hälsoekonomi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Malmö, Lunds universitet

PM – juridiska förutsättningar för egenvårdsbeslut vid dialysbehandling

Oskar Höllgren, Institutet för Medicinsk Rätt AB

Årsrapport Svenskt Njurregister

<https://www.medscinet.net/snr/rapporter.aspx>

Årsrapport USRDS, United States Renal Data System

<https://www.usrds.org/adr.aspx>

Long-term prognosis with home hemodialysis. A comparison with other renal replacement therapies

Avhandling Helena Rydell

[https://portal.research.lu.se/portal/sv/publications/longterm-prognosis-with-home-hemodialysis-a-comparison-with-other-renal-replacement-therapies\(ecaa374e-ad3d-46ea-9bcf-ff175e-b65c2d\).html](https://portal.research.lu.se/portal/sv/publications/longterm-prognosis-with-home-hemodialysis-a-comparison-with-other-renal-replacement-therapies(ecaa374e-ad3d-46ea-9bcf-ff175e-b65c2d).html)

Cost Effectiveness of Dialysis Modalities: A Systematic Review of Economic Evaluations

Howell M et al. Applied Health Economics and Health Policy 2019

Outcomes of integrated home dialysis care: a multi-centre, multi-national registry study

Nadeau-Fredette AC et al. Nephrology dialysis transplantation 2015

The impact of education on chronic kidney disease patients' plans to initiate dialysis with self-care dialysis: a randomized trial

Manns BJ et al Kidney International 2005

Quality of life, self-care ability, and sense of coherence in hemodialysis patients: a comparative study

Ageborg M et al Hemodialysis International 2005

Kris och utveckling

Johan Cullberg, Natur & Kultur

Bilaga 1

Förslag till ansvarsbeskrivning för hemhemodialyspatienter

Rekommendation av Styrgruppen för hemhemodialys i Sverige. Att användas med hänsyn till den egna avdelningens rutiner.

Patienten ansvarar för att:

- Iordningställa dialysmaskin för behandling, starta och avsluta dialysbehandlingen och åtgärda eventuella larm.
- Registrera batchnummer på koncentrat, bikarbonat, filter och slangar vid varje dialys.
- Sticka sig själv i sin AV-fistel/graft alternativt förbereda central dialyskateter enligt rutin.
- Följa givna dialysordinationer.
- Ultrafiltrera max ml vätska per timme.
- Dokumentera vid varje dialystillfälle enligt rutin.
- Maskinen alltid desinfekteras enligt rutin efter behandling eller minst var tredje dag och att maskinen torkas av.
- Blodprover tas enligt överenskommelse.
- Vattenprover tas enligt rutin.
- Telefon finns tillgänglig under behandling.
- Dialysrum samt förvaringsutrymme för material hålls rent.
- Rapportera till sjuksköterska ev incidenter/avvikelser.

Om någon punkt inte följs av patienten har ansvarig personal på dialysmottagningen skyldighet att ompröva beslutet att sköta sin dialysbehandling i hemmet.

Ovanstående avser dialyssystem:

Datum

Patient

Underskrift

Namnförtydligande

Läkare

Underskrift

Namnförtydligande

Sjuksköterska

Underskrift

Namnförtydligande

Bilaga 2

Förslag på merkostnader som kan tas upp vid ansökan om merkostnadsersättning för HHD

- Vattenförbrukning. Räkna timmar som maskinen eller vattenreningen är igång. Olika för olika maskiner. Även el för vattenpump om man har eget vatten.
- Elekicitet, timmar som allt är igång. Olika beroende på vilken maskin man har.
- Dialyskost utifrån ett dietistintyg. Kan skilja sig beroende på kön och vilket landsting man tillhör.
- Extra tvätt.
- Nysanskaffning av sängkläder och handdukar.
- Ökat sopavfall. Transportkostnader till återvinning. Vid behov större sopkärl.
- Merkostnad för hemdialysrum/förrådsutrymme. Eventuellt behov av större bostad och därav höjd hyra.
- Avgift till patientförening.
- Högkostnadsskydd för läkemedel.
- Mediciner som inte omfattas av högkostnadsskyddet.
- Sjukresor, högkostnadsskydd.
- Besök i sjukvården, högkostnadsskydd.
- Batterier till olika larm som behövs. Till exempel Venac, vattenlarm med mera.
- Träningskort.
- Telefonkostnader.
- Bortforsling av material till återvinning.

Bilaga 3

Förslag på merkostnader som kan tas upp vid ansökan om merkostnadsersättning för PD

- Elekicitet, timmar som allt är igång. Olika beroende på vilken maskin man har.
- Dialyskost utifrån ett dietistintyg. Kan skilja sig beroende på kön och vilket landsting man tillhör.
- Extra tvätt.
- Nysanskaffning av sängkläder och handdukar.
- Ökat sopavfall. Transportkostnader till återvinning. Vid behov större sopkärl.
- Merkostnad för hemdialysrum/förrådsutrymme. Eventuellt behov av större bostad och därav höjd hyra.
- Avgift till patientförening.
- Högkostnadsskydd för läkemedel.
- Mediciner som inte omfattas av högkostnadsskyddet.
- Sjukresor, högkostnadsskydd.
- Besök i sjukvården, högkostnadsskydd.

Bilaga 4

Bostadsanpassning

Eventuella behov vid start av HHD

- Jordade el-uttag i hela rummet.
- Vatten och avlopp från och till maskinen.
- Jordfelsbrytare.
- Vattenläckageskydd till maskin och vattenrenare.
- Garderob eller liknande för förvaring.
- Egen säkring till maskin och vattenrenare.
- Uppsättning av kol-partikelfilterhållare.
- Potentialutjämnare.

Eventuella behov vid start av PD

- Jordat uttag.
- Garderob eller liknade till förvaring.

Bilaga 5

Utrustning

HHD

- Dialysmaskin
- Golvskydd för spill och översvämning
- Blodläckagelarm
- Vattenrening
- Kol/partikelfilter

PD

- Maskin
- Bord på hjul
- Värmeplatta
- Ställning för upphängning av påse
- Klämmor
- Handvåg

Gemensamt för HHD och PD

- Handsprit
- Desinfektionsmedel för hud
- Desinfektionsmedel för maskin
- Handskar
- Personvåg
- Blodtrycksmanchett
- Vattenlarm på golv
- Eventuellt förvaringsmöbel som garderob eller byrå
- Papperskorg med soppsåsar eller -säckar
- Engångsvättlappar
- Peanger och sax
- Höj- och sänkbar säng med ryggstöd alternativt fätölj
- Centrifug för blodprover. Om möjlighet inte finns att lämna prover på nära håll ska transportkuvert och behållare för provrör tillhandahållas.

