

Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård

En kartläggning

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2017-11-13
Publicerad www.socialstyrelsen.se

Förord

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att kartlägga vilket stöd som lämnas av kommuner till personer med funktionsnedsättning som har behov av hjälp med genomförandet av egenvård. I uppdraget har även ingått att undersöka i vilken utsträckning kommunerna samverkar med landstingen i frågor som rör egenvård för denna målgrupp.

Egenvård regleras i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (egenvårdsföreskriften). Begreppet egenvård definieras i egenvårdsföreskriften som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Syftet med egenvårdsföreskriften är att tydliggöra vilka krav som ställs på hälso- och sjukvården vid egenvårdsbedömningar och att egenvårdsbedömningarna ska utgå från vad som är patientsäkert i varje enskilt fall.

Tina Isaksson har varit ansvarig projektledare fram till september 2017. Ansvarig projektledare därefter har varit Karin Flyckt. Projektmedarbetare har varit Annica Bergendahl, Lisa van Duin, Claes Falck, Magnus Göransson, My Raquette och Jesper Symreng. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Uppdraget	8
Bakgrund	8
Syfte och mål	10
Metod och genomförande	10
Juridiska utgångspunkter	12
Tillämpningsområde och definition	12
Systematiskt kvalitetsarbete	13
Egenvårdsbedömningen	14
Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård	17
Vanligt med stöd vid egenvård inom hemtjänst och personlig assistans	18
Ovanligare med stöd vid egenvård som rör barn och unga	20
Domar påverkar behovet av stöd vid egenvård	20
Förekomst av rutiner och samverkansavtal	22
Många kommuner har egna rutiner om stöd vid egenvård	23
Egenvård – ett svårtolkat begrepp enligt många kommuner	24
Stöd till närstående som ger stöd vid genomförande av egenvård	25
Information till enskilda om möjligheter till stöd vid egenvård	27
Socialstyrelsens slutsatser	29
De flesta kommuner erbjuder någon form av stöd vid egenvård	29
Samverkan kan bli bättre	29
Stöd till närstående vanligare inom LSS	30
Vanligast med muntlig information om möjligheter till stöd vid egenvård	30
Kommunerna efterfrågar förtydliganden och utbildning	31
Socialstyrelsen avser att följa utvecklingen	31
Referenser	32
Bilaga 1. Kvalitetsdeklaration	33
Datainsamling	33
Tillförlitlighet	35

Sammanfattning

De flesta kommuner erbjuder någon form av stöd till personer med funktionsnedsättning som behöver hjälp med genomförandet av egenvårdsinsatser. Stöd vid genomförande av egenvård erbjuds framförallt inom hemtjänst enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och inom personlig assistans enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Färre kommuner erbjuder egenvård i särskilda boendeformer, vilket kan förklaras av att personer som bor i dessa boenden många gånger har ett omfattande omvårdnadsbehov.

Socialstyrelsen kan konstatera vissa skillnader mellan kommuner, vilka kan påverka den enskildes tillgång till stöd vid genomförande av egenvård:

- Alla kommuner erbjuder inte stöd vid genomförande av egenvård när det handlar om mer komplicerade åtgärder, som till exempel stomivård och sondmatning.
- Alla kommuner erbjuder inte stöd via LSS till genomförande av egenvård som rör barn och unga.
- Socialstyrelsens föreskrifter inom området följs inte alltid fullt ut och samverkan mellan landsting och kommuner kan förbättras.

Tolkningen av Högsta förvaltningsdomstolens (HFD) domar har medfört begränsning i möjligheterna att ge stöd vid genomförandet av egenvård via personlig assistans, framförallt statlig assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken. Något som har ökat behoven av stöd från kommunerna. Även om kommunerna många gånger ändå erbjuder stöd vid egenvård via exempelvis personlig assistans enligt LSS så tycks de inte alltid kunna tillgodose behovet hos assistansanvändare. Flera kommuner menar att de mer komplicerade åtgärderna är svåra att kunna hjälpa till med. Kommunerna ger även uttryck för att det är otydligt vem som ska ansvara för hjälp med egenvård till dessa personer. Resultaten i denna rapport visar även att:

- Många kommuner erbjuder stöd till närstående, men det tycks vara mer utbrett inom LSS än inom äldreomsorgen.
- Många närstående, framförallt inom LSS, tycks kompensera för bristande tillgång till stöd vid egenvård. Det gäller framförallt vid egenvård som rör barn och unga samt vid mer komplicerade åtgärder.
- Få kommuner informerar enskilda om möjligheter till stöd vid genomförande av egenvård annat än muntligt vid exempelvis vårdplanering och biståndsbedömning.

Inledning

Uppdraget

I regleringsbrevet för 2017 fick Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga vilket stöd som lämnas av kommuner till personer med funktionsnedsättning som har behov av hjälp med genomförande av egenvårdsinsatser. I uppdraget har också ingått att undersöka i vilken utsträckning kommunerna samverkar med landstingen i frågor som rör egenvård för denna målgrupp.

Bakgrund

Med egenvård menas i detta sammanhang en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra¹. I bedömningen ska patienten så långt som möjligt vara delaktig. Definitionen är i enlighet med vad som anges i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (egenvårdsföreskriften). Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

Det går inte att säga generellt vilka åtgärder som utgör egenvård, utan det måste bedömas i varje enskilt fall. Egenvårdsinsatser enligt SOSFS 2009:6 kan vara allt från enklare åtgärder som exempelvis såromläggning och påtagning av stödstrumpor till mer avancerade åtgärder som hemdialys och respiratorvård i hemmet. Egenvård ska inte förväxlas med insatser från den kommunala hälso- och sjukvården som omfattas av hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Resultatet av Socialstyrelsens tidigare kartläggning tyder på att hälso- och sjukvårdens arbete med bedömning av, och information om egenvård i de flesta fall fungerar bra vid kontakt med patienten och, när det gäller barn, med föräldrarna [3]. Bilden blir dock en annan när det gäller information till andra som ska hjälpa patienten med egenvården, exempelvis personal på korttidsboende. Patienten eller de närstående får i dessa fall ofta rollen som bärare av information om egenvård. Kartläggningen visar även att ändrade förutsättningar inte alltid medför att hälso- och sjukvården gör en ny bedömning av om åtgärden fortfarande kan utföras som egenvård. [3]

Domar påverkar möjlighet till hjälp via personlig assistans

Personlig assistans enligt LSS och assistansersättning enligt SFB kan lämnas för insatser avseende hjälp med egenvård. Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) har emellertid meddelat två domar som rör egenvård via personlig assistans. Tolkningen av dessa domar har lett till begränsade möjligheter att få

¹ 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

stöd vid egenvård via personlig assistans framförallt via statlig assistansersättning (se HFD 2015 ref. 46 samt HFD 2012 ref. 41). Detta kan antas öka personernas behov av stöd från kommunen.

HFDs avgöranden skapar prejudikat, vilket innebär att domstolen genom avgöranden vägleder domstolar och myndigheter i hur gällande rätt ska tolkas och tillämpas. I praktiken innebär det att ett ställningstagande från HFD exempelvis kan medföra att ett visst behov som tidigare berättigade till personlig assistans inte längre gör det.

HFD 2015 ref. 46

HFD 2015 ref. 46 meddelades i juni 2015. Personen i det aktuella målet hade en fysisk funktionsnedsättning, cystisk fibros, och behövde hjälp med avancerad andningsgymnastik för att lossa och hosta upp slem från lungorna samt tillsyn på grund av risk för livshotande tillstånd vid lungblödningar. Personen hade varit beviljad assistansersättning för dessa behov sedan år 1996.

I skälen för avgörandet hänvisar HFD till uttalanden i de förarbeten som föregick införandet av 9 a § LSS, se ovan. HFD uttalade att tillägget i lagtexten om ”annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade” måste förstås på det sättet att det uteslutande tar sikte på personer med psykiska funktionsnedsättningar. Eftersom personen i målet inte hade en psykisk funktionsnedsättning berättigade inte det aktuella hjälpbehovet henne till assistansersättning.

HFD 2012 ref. 41

HFD 2012 ref. 41 meddelades i juli 2012. Målet rörde ett barn med en bindvävssjukdom. Sjukdomen orsakade smärta och behövde behandlas med varma bad och massage för att lindra smärtan. Barnet hade även autism. Frågan i målet var om behandlingsinsatserna varma bad och massage var att betrakta som sådana grundläggande behov som avses i 9 a § första stycket LSS.

Högsta förvaltningsdomstolen uttalade att insatser som åvilar sjukvårdshuvudmännen ligger utanför LSS tillämpningsområde. Det medför enligt HFD att behov av sjukvårdande insatser enligt HSL² principiellt inte kan beaktas vid bedömningen av om rätt föreligger till personlig assistans enligt LSS. Sådana behov kan således inte räknas till de grundläggande behoven. En annan sak är enligt HFD att sjukvårdande insatser i form av så kallad egenvård kan berättiga till personlig assistans för andra personliga behov i de fall där den enskilde har rätt till personlig assistans för sina grundläggande behov.

HFD återgav också vad som uttalades i RÅ 2009 ref. 57 beträffande tillämpningsområdet för insatsen personlig assistans, nämligen att insatsen är förbehållen sådana hjälpbehov som uppfattas som mycket privata och känsliga för den personliga integriteten och där den funktionshindrade måste anses ha ett särskilt intresse av att kunna bestämma vem som ska ge sådan hjälp och hur den ska ges.

Högsta förvaltningsdomstolens slutsats i HFD 2012 ref. 41 var att insatser i form av varma bad och massage inte är av sådan karaktär att det kan räknas som ett grundläggande behov enligt 9 a § första stycket LSS.

² Dävarande SFS-nummer 1982:763, numera 2017:30.

Socialstyrelsen har i yttrande till Högsta förvaltningsdomstolen i mål nr 682-17 uppgett att HFD:s uttalanden om egenvård i HFD 2012 ref. 41 enligt Socialstyrelsens mening inte innebär att behov av hjälp med en åtgärd som bedömts som egenvård aldrig skulle kunna räknas till de grundläggande behoven.

Syfte och mål

Denna kartläggning förväntas ge kunskap om vilket stöd som ges och hur samverkan med landstingen är utformad. Målet är att kartläggningen ska bidra till dialog om behovet av insatser för att förbättra kommunernas stöd till personer med funktionsnedsättning och för att främja samarbete mellan kommuner och landsting.

Metod och genomförande

Frågeställningar

I uppdraget har följande frågeställningar belysts:

- Vilket stöd erbjuder kommuner personer med funktionsnedsättning som behöver hjälp med genomförandet av egenvård?
- I vilken utsträckning har kommuner lokala, skriftliga riktlinjer rörande egenvård?
- I vilken utsträckning har kommuner upprättat samverkansavtal med hälso- och sjukvården kring egenvårdsinsatser i enskilda ärenden?
- Vilket stöd ges till närstående som hjälper sina anhöriga med egenvård?
- Vilken information ger kommuner till enskilda om möjligheter till hjälp vid genomförandet av egenvård?

Metoder

Ett flertal metoder har använts i denna kartläggning.

Enkätundersökning till kommuner

För att kartlägga kommunernas stöd har Socialstyrelsen genomfört en enkätundersökning till ett urval av kommuner. Enkäten skickades dels till äldreomsorgen, dels till verksamheter enligt LSS. Urvalet gjordes utifrån en geografisk och storleksmässig spridning av kommunerna. Svarsfrekvensen skiljer sig något mellan äldreomsorg och verksamheter enligt LSS, där den senare står för en lägre svarsfrekvens både totalt och i enskilda frågor. Av totalt 156 kommuner svarade 76 procent inom äldreomsorgen på enkäten varav sex län hade 100 procent svarsfrekvens. Motsvarande siffror inom LSS är 65 procent svarande med 100 procent svarsfrekvens i tre av länen. Inom både äldreomsorg (cirka 50 procent) och LSS (cirka 30 procent) var en hög andel av de svarande medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) eller annan hälso- och sjukvårdspersonal. Enkätundersökningen genomfördes under september och oktober 2017. En kvalitetsdeklaration återfinns i bilaga 1.

Granskning av kommunernas webbplatser

En granskning har genomförts av kommunernas webbplatser för att se vilken information som ges om egenvård. Samtliga kommuners och stadsdelars webbplatser granskades utifrån följande sökord: egenvård, funktionshinder och anhöriga. Granskningen genomfördes under andra kvartalet 2017.

Genomgång av landstingens rutiner kring egenvård

För att studera samverkan mellan kommuner och landsting har Socialstyrelsen, utöver enkätundersökningen, även granskat tidigare insamlat material om rutiner mellan kommuner och landsting [3].

Genomgång av tillsynens iakttagelser

En genomgång har gjorts av Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) publiceringar, med syftet att eventuellt komplettera kartläggningen med uppgifter om exempelvis enskildas klagomål och Lex Maria-anmälningar.

Avgränsning

Kartläggningen har avgränsats till Socialstyrelsens ansvarsområden socialtjänst och hälso- och sjukvård, med fokus på verksamheter enligt LSS och på äldreomsorg. Hälso- och sjukvård på delegation har inte ingått i kartläggningen. Inte heller stöd vid egenvård i skolan har ingått.

Socialstyrelsen har inte undersökt hur stödet vid genomförande av egenvårdsinstanser fungerar utan kartläggningens fokus ligger på *vilket* stöd som erbjuds.

Samråd

Samråd har förts med två av Socialstyrelsens rådgivande organ: nämnden för funktionshindersfrågor och äldrerådet. I nämnden för funktionshindersfrågor är följande organisationer representerade:

- Funktionsrätt Sverige
- DHR
- Synskadades riksförbund
- Forum – Kvinnor och funktionshinder

I äldrerådet är följande organisationer representerade:

- PRO – Pensionärernas Riksorganisation
- SPF Seniorerna – Sveriges Pensionärsförbund
- SKPF – Svenska Kommunal Pensionärernas Förbund
- RPG – Riksförbundet PensionärsGemenskap

Löpande dialog har även förts internt på Socialstyrelsen med projektledare för regeringsuppdraget om att analysera konsekvenserna av domarna om femte grundläggande behovet³. I det uppdraget har ingått att analysera konsekvenser av HFD:s domar som till viss del innefattar egenvård (se HFD 2015 ref. 46 samt HFD 2012 ref. 41).

³ Diarienummer hos RK: S2016/07779/RS (delvis). Uppdraget återrapporteras 15 december 2017.

Juridiska utgångspunkter

Bestämmelserna i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (egenvårdsföreskriften) ska tillämpas när hälso- och sjukvården bedömer om en åtgärd kan utföras som egenvård. Vid dessa bedömningar kan en rad andra författningar också bli aktuella att tillämpa. Nedan är en sammanställning av de grundläggande bestämmelser som utgör det ramverk som reglerar svensk hälso- och sjukvård och hur de förhåller sig till egenvårdsföreskriften.

Tillämpningsområde och definition

Då ska föreskriften tillämpas

Egenvårdsföreskrifterna ska tillämpas i samband med att en legitimerad yrkesutövare

1. gör en bedömning av, om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård,
2. planerar egenvården, samt
3. följer upp och omprövar bedömningen.⁴

Definitionen av egenvård i SOSFS 2009:6

Enligt definitionen i egenvårdsföreskriften är egenvård en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra⁵. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)⁶. Däremot är hälso- och sjukvårdens bedömning, planering och uppföljning av egenvården hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvård ska enligt HSL bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Detta innebär att hälso- och sjukvård särskilt ska

- vara av god kvalitet med god hygienisk standard,
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
- vara lätt tillgänglig,
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
- tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården,
- vara lätt tillgänglig.⁷

⁴ 1 kap, 1 § SOSFS 2009:6.

⁵ 2 kap, 1 § SOSFS 2009:6

⁶ 2 kap, 1 § SOSFS 2009:6.

⁷ 5 kap, 1 § HSL.

Systematiskt kvalitetsarbete

Ansvar för rutiner inom ramen för ledningssystem

Inom både hälso- och sjukvården och tandvården ställer lagstiftningen krav på att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras⁸. Hur kvalitetsarbetet ska bedrivas anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Med begreppet kvalitet avses i ledningssystemsföreskriften bland annat att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter⁹.

Ansvar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten ligger på vårdgivaren. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.¹⁰ Ledningssystemet ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhetens kvalitet¹¹.

Egenvårdsföreskriften innehåller bestämmelser om vårdgivarens ansvar för rutiner i verksamheten. Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att verksamhetens ledningssystem innehåller rutiner för bedömning, samråd och planering i samband med egenvård enligt 4 och 5 kapitlet egenvårdsföreskriften¹².

Rutiner för samverkan vid egenvård

Ledningssystemsföreskriften ställer särskilda krav på att vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Av processerna och rutinerna ska framgå hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.¹³

I samband med egenvård finns särskilda bestämmelser om rutiner för samverkan i egenvårdsföreskriften. De innebär att huvudmännen för hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska ta fram rutiner för hur dessa ska samarbeta i samband med egenvård. Av rutinerna ska även framgå hur huvudmännen för hälso- och sjukvården ska samarbeta med andra aktörer i samband med egenvård.¹⁴ Det kan handla om samarbete med till exempel skolan eller Försäkringskassan.

⁸ 31 § HSL och 16 § tandvårdslagen (1985:125).

⁹ 2 kap 1 § SOSFS 2011:9.

¹⁰ 3 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

¹¹ 4 kap. 2 och 4 §§ SOSFS 2011:9.

¹² 3 kap. 3 § SOSFS 2009:6.

¹³ 4 kap. 6 § SOSFS 2011:9.

¹⁴ 3 kap. 2 § SOSFS 2009:6.

Egenvårdsbedömningen

Det är den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården som, inom sitt ansvarsområde, ska bedöma om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård¹⁵. Som en del i bedömningen ska det ingå en analys av om utförandet av egenvården kan innebära att patienten utsätts för risk att skadas¹⁶. Om analysen visar att det föreligger en risk för att patienten skadas får en hälso- och sjukvårdsåtgärd inte bedömas som egenvård. Det här betyder att en åtgärd kan utföras som egenvård i vissa situationer, men inte i andra. Exempelvis kan en åtgärd bedömas som egenvård när den utförs av en patients föräldrar i hemmet, men inte kunna bedömas som egenvård när barnet befinner sig på ett korttidshem.

Krav på samråd i egenvårdsföreskriften

I patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och i patientlagen (2014:821), PL, finns det bestämmelser om samråd och samtycke. Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten¹⁷ och hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av patientlagen eller någon annan lag. Ett samtycke kan lämnas skriftligen, muntligen eller genom att patienten på annat sätt visar att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden.¹⁸

Av egenvårdsföreskriften framgår att den behandlande legitimerade yrkesutövaren ska göra bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård i samråd med patienten och utifrån respekten för dennes självbestämmande och integritet samt behov av trygghet och säkerhet¹⁹. Bedömningen ska utgå från patientens fysiska och psykiska hälsa samt dennes livssituation.²⁰

En hälso- och sjukvårdsåtgärd kan bedömas som egenvård även om patienten inte kan utföra den aktuella åtgärden på egen hand. Den behandlande legitimerade yrkesutövaren ska därför i förekommande fall göra 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 egenvård²¹. Om patienten behöver praktisk hjälp för att utföra egenvården, ska den behandlande legitimerade yrkesutövaren samråda med den eller de närstående som ska hjälpa patienten, ansvarig nämnd inom socialtjänsten, eller ansvarig befattningshavare hos en annan aktör²². Samrådet måste dock ske med hänsyn till reglerna om sekretess och tystnadsplikt.

¹⁵ 4 kap. 1 § SOSFS 2009:6.

¹⁶ 4 kap. 5 § SOSFS 2009:6

¹⁷ 6 kap. 1 § PSL

¹⁸ 6 kap. 2 § PSL

¹⁹ 4 kap. 3 § SOSFS 2009:6

²⁰ 4 kap. 4 § SOSFS 2009:6

²¹ 4 kap. 5 § SOSFS 2009:6

²² 4 kap. 6 § SOSFS 2009:6

Hälso- och sjukvården informerar

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten ges individuellt anpassad information om bland annat sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns²³. Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språklig bakgrund och andra individuella förutsättningar²⁴. Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen²⁵.

Den som har gjort bedömningen att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård ska informera patienten om vad egenvården innebär. Det kan exempelvis handla om 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 inte omfattas av hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Bedömningen journalförs

Egenvårdsföreskriften ställer krav på att bedömningen om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård ska dokumenteras i patientens journal²⁶.

Dokumentationens omfattning beror på varje enskilt fall och hur komplex bedömningen är. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten, bland annat väsentliga uppgifter om vilka åtgärder man gjort²⁷.

Gemensam planering

Den som har gjort en egenvårdsbedömning ansvarar för att en planering görs om patienten (om det inte är uppenbart obehövt)

1. har behov av stöd och hjälp i samband med egenvården,
2. behöver praktisk hjälp av en närstående, socialtjänsten eller någon annan aktör för att utföra egenvården, eller
3. av något annat skäl har behov av planeringen.²⁸

Patienten ska delta i planeringen och bestämmer själv om någon eller några närstående ska delta²⁹. Av dokumentationen av planeringen 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 den eller 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,

²³ 6 kap. 6 § PSL samt 3 kap. 1 § PL.

²⁴ 3 kap. 6 § PL.

²⁵ 3 kap. 7 § PL.

²⁶ 4 kap. 8 § SOSFS 2009:6.

²⁷ 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355).

²⁸ 5 kap. 1 § SOSFS 2009:6.

²⁹ 5 kap. 2 § SOSFS 2009:6.

- 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.³⁰

Bedömningen omprövas och följs upp

Den som har gjort bedömningen att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård ansvarar enligt egenvårdsföreskriften även för att egenvården omprövas om förutsättningarna ändras. Den som har gjort bedömningen ansvarar även för att egenvården regelbundet följs upp, om det inte är uppenbart obehövligt.³¹

³⁰ 5 kap. 4 § SOSFS 2009:6.

³¹ 4 kap. 10 § SOSFS 2009:6.

Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård

Egenvårdsföreskriften (SOFS 2009:6) anger att en åtgärd kan bedömas som egenvård även om den enskilde inte själv kan utföra sin egenvård om det finns stöd så att åtgärden kan utföras på ett säkert sätt av exempelvis närstående eller personlig assistens. Hälso- och sjukvården kan också göra bedömningen att det inte är möjligt att utföra åtgärden som egenvård om det inte är säkert, exempelvis om en personalgrupp har hög omsättning eller om verksamheter saknar bra rutiner. [2]

Majoriteten av de kommuner som besvarat enkäten uppger att de erbjuder det stöd vid egenvård som den enskilde har behov av, under förutsättning att egenvård bedömts som tillämplig i det enskilda fallet av ansvarig hälso- och sjukvård.

En förutsättning för att kommunen ska kunna erbjuda stöd är att det finns en bedömning gjord och tydliga instruktioner vad som gäller både för insatsen och vad som gäller när något händer eller inte fungerar som tänkt.

Alla kommuner kan dock inte erbjuda stöd vid egenvård, i enkäten svarar enstaka kommuner att de endast utför hälso- och sjukvård på delegation. Utbudet av stöd vid genomförande av egenvård är inte heller alltid givet på förhand, utan många kommuner uppger att det är den enskildes behov som avgör.

Patientens önskemål och förmåga är utgångspunkten, inte vilken typ av hälso- och sjukvårdsåtgärd det handlar om. Vi tror att fler egenvårdsbedömningar kan göras för att öka patienternas delaktighet och med hänsyn till faktiska förmågor.

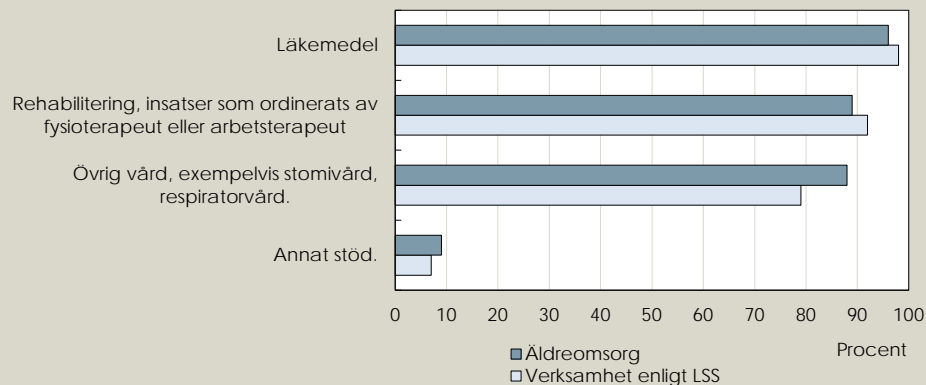
Omkring 95 procent av kommuner uppger att de kan ge stöd vad gäller läkemedel. Nästan lika många kommuner kan erbjuda stöd vad gäller rehabilitering och insatser som ordinerats av fysioterapeut eller arbetsterapeut (90 procent).

Något färre kommuner kan erbjuda stöd vid egenvård när det gäller mer avancerade åtgärder, 86 procent. Flera kommuner uppger att mer krävande åtgärder som exempelvis respiratorvård inte anses tillämpligt som egenvård och att det därför inte fattas beslut om stöd vid respiratorvård.

Kommunerna uppger även andra exempel på stöd vid genomförandet av egenvårdsinsatser. Några exempel är stödstrumpor och såromläggning.

Figur 1. Kommunernas stöd vid genomförande av egenvårdsinsatser

Andel kommuner* som erbjuder stöd till personer med funktionsnedsättning vid genomförandet av egenvårdsinsatser, uppdelat på typ av stöd samt verksamhet.



* Totalt besvarade 220 kommuner enkäten.

Källa: Socialstyrelsens kommunenkät om stöd vid genomförande av egenvård (2017)

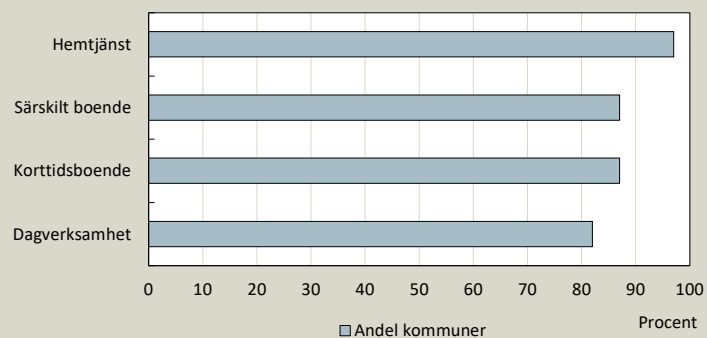
Vanligt med stöd vid egenvård inom hemtjänst och personlig assistans

Inom äldreomsorgen ges stöd vid egenvård främst inom hemtjänsten, 97 procent. En något lägre andel kommuner kan erbjuda stöd vid egenvård inom särskilt boende, 87 procent. En förklaring är troligen att personer som bor i särskilda boendeformer många gånger har ett stort omvårdnadsbehov, och att det stödet istället ges som hälso- och sjukvårdsåtgärder. Någon enstaka kommun menar också att brukare på särskilda boenden många gånger har nedsatt kognitiv förmåga och att egenvård därför inte bedöms lämplig.

En något högre andel kommuner erbjuder stöd till egenvård i bostad med särskild service enligt LSS än i särskilda boenden enligt SoL, 93 procent jämfört med 87. Det kan vara en indikation att de föregående vanligen inte har lika stort omvårdnadsbehov som äldre i särskilda boenden.

Figur 2. Andel kommuner* som erbjuder stöd vid egenvård inom äldreomsorg

Andel kommuner* som erbjuder stöd till personer med funktionsnedsättning vid genomförandet av



* Totalt besvarade 119 kommuner denna fråga om äldreomsorgen.

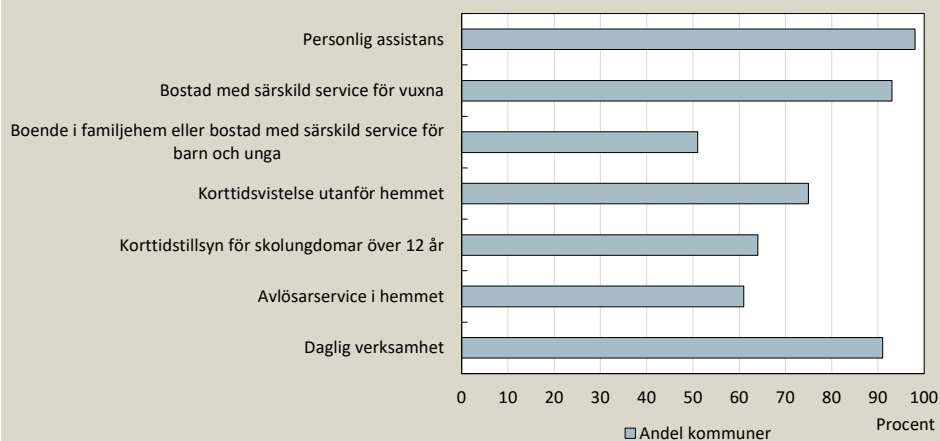
Källa: Socialstyrelsens kommunenkät om stöd vid genomförande av egenvård (2017).

Flera kommuner anger att beslut om stöd vid egenvård biståndsbedöms enligt SoL³² men många kommuner erbjuder även stöd vid egenvård inom ramen för insatser enligt LSS. Här är andelen högst inom personlig assistans (98 procent), bostad med särskild service (93 procent) och daglig verksamhet (91 procent), se figur 3.

En förklaring till att kommunerna erbjuder stöd vid egenvård inom personlig assistans trots HFD:s domar kan vara att stödet beviljas som annat personligt behov, inte som ett grundläggande behov³³.

Figur 3. Andel kommuner som erbjuder stöd vid egenvård inom LSS-verksamheter

Andel kommuner* som erbjuder stöd till personer med funktionsnedsättning vid genomförandet av egenvårdsinsatser, verksamhet enligt LSS, uppdelat på insats.



* Totalt besvarade 119 kommuner denna fråga om verksamheter enligt LSS.

Källa: Socialstyrelsens kommunenkät om stöd vid genomförande av egenvård (2017).

³² Exempelvis hemtjänst med personlig omvårdnad.

³³ Tolkningen av HFD:s domar handlar om att stöd vid egenvård inte kan räknas som ett grundläggande behov.

Kommunernas svar anger emellertid endast inom vilka verksamheter som möjligheter till stöd vid egenvård finns, inte i vilken utsträckning behoven verkligen täcks.

Ovanligare med stöd vid egenvård som rör barn och unga

Något färre kommuner kan erbjuda stöd vid egenvård till barn och unga inom verksamheter enligt LSS. Det gäller framförallt bostad med särskild service/familjehem för barn och unga (54 procent), men även inom avlösarservice i hemmet (62 procent), korttidstillsyn (70 procent) samt korttidsvistelse³⁴ (77 procent). En kommun har kommenterat stöd vid egenvård som rör barn och unga:

Det är svårt med ansvarsgränserna särskilt vid små barn/föräldraansvar. Ofta blir det ett beslut om övertag av insatser enligt HSL.

Detta bekräftas av dialoger som förts med intresseorganisationer och brukarföreträdare³⁵. Dessa erfar att personer i behov av stöd vid andningshjälp, sondmatning och trakeostomi drabbas negativt då stödet inte längre kan räknas som ett grundläggande behov och beslutet om assistansersättning dras in av Försäkringskassan³⁶. Organisationerna känner även till barn som inte skrivits ut från sjukhus då problemen inte gått att lösa för planering av stöd i hemmet. [4]

Domar påverkar behovet av stöd vid egenvård

Rättspraxis och Försäkringskassans rättsliga ställningstaganden har påverkat möjligheten att tillgodoräkna sig behov av hjälp med egenvård som ett grundläggande behov. Flera kommuner lyfter utmaningar och svårigheter som följer på detta³⁷. Ett exempel är oklarheter kring gränsdragningar mellan vad som ska utföras som hälso- och sjukvård, hemsjukvård och egenvård [4]. Även andra exempel lyfts:

- Flera kommuner nämner svårigheter att hitta bra lösningar när det gäller hjälp med trakeostomi, sondmatning och epilepsi.
- I ett fåtal fall har landstinget betalat för personlig assistans i hemmet. Även assistansanordnarna känner till enstaka sådana exempel. [4]

Kommunerna upplever även oklarheter kring vilken huvudman och vilka insatser som ska tillgodose behov av hjälp med egenvård i de fall dessa behov tidigare tillgodosågs genom statlig assistansersättning enligt SFB.

³⁴ Korttidsvistelse enligt LSS ges till alla åldrar, men mottagarna av insatsen utgörs till största delen av barn och unga.

³⁵ Inom ramen för regeringsuppdraget "Analyser av konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet".

³⁶ Till följd av HFD:s domar.

³⁷ Ingen av de kommuner som besvarade kommunenkäten lyfte svårigheter med egenvård i relation till domarna inom personlig assistans. Ingen sådan fråga ställdes heller eftersom sådana frågor ingick i nämnda uppdrag rörande analyser av konsekvenserna av domarna om femte grundläggande behovet.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har framfört synpunkten att det kan uppstå i princip olösliga problem för personer som förlorar sin personliga assistans på grund av att de enbart har behov av hjälp med egenvård. Det saknas, enligt SKL, utarbetade lösningar för att ge säker och effektiv vård i dessa situationer och hälso- och sjukvårdslagstiftningen är inte tillräckligt flexibel för att möjliggöra fungerande lösningar. [4]

Förekomst av rutiner och samverkansavtal

I egenvårdsföreskriften finns särskilda bestämmelser om rutiner för samverkan i samband med egenvård. Rutinerna ska tas fram gemensamt av landsting och kommuner och syftet är att de ska lösa gränsdragningsproblem mellan huvudmännen. Den legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvård ska dock alltid göra bedömningen om egenvård. [2]

Samtliga landsting lyfter samverkan med kommunerna i sina rutiner för egenvård, och ett par av landstingen har skapat egna rutiner kring samverkan vid egenvård. Det visar Socialstyrelsens granskning av tidigare insamlade riktlinjer [3]. Dessa uppgifter bekräftas till viss del av kommunenkäten, men inte fullt ut.

- Omkring 80 procent av kommunerna uppger att det finns samverkansrutiner med landstingen. Ungefär 10 procent av kommunerna känner inte till huruvida det finns
- Några enstaka kommuner uppger att det har funnits samverkansrutiner, men att dessa har tagits bort.

Flertalet kommuner menar att samverkan med landstingen inte alltid är ändamålsenlig och att det finns en förbättringspotential. Bland de synpunkter som framförts märks framförallt:

- Egenvårdsblanketten används inte fullt ut.
- De som bedömer egenvård har inte alltid tillräcklig kunskap om egenvårdsföreskriften.
- De samverkansrutiner som finns efterlevs inte alltid. Någon kommun nämner brister i uppföljningen av egenvårdsbeslut.

Flera kommuner framhåller även problem i kommunikationen och samsynen mellan landstinget och kommunen. Många kommuner efterlyser även en möjlighet för de anställda att lära sig hur egenvården ska genomföras innan stödet ges. Det gäller sådan egenvård som är av mer komplicerad karaktär, som till exempel stomivård och sugning av luftvägar och respiratorvård. En kommun lyfter även patientsäkerhetsrisker:

Egenvården innebär i praktiken stora patientsäkerhetsrisker, men vi upplever att den personal som utför egenvården sällan eller aldrig informeras om vilket ansvar de faktiskt tar på sig. Skador som orsakats i samband med egenvård utreds inte. Detta innebär att vi inte vet hur mycket som går fel, eller vilka konsekvenser det gett – vilket i princip gör det omöjligt att bedriva förbättringsarbete.

Kommunernas kommentarer överensstämmer med de iakttagelser som såväl Socialstyrelsen som IVO tidigare har gjort [3, 5]. Flera kommuner lyfter även att det pågår ett förbättringsarbete:

Kommunen har påbörjat ett arbete/samarbete med vårdcentralen för att tydliggöra behovet av att läkaren tar ställning till eventuell egenvård och att den skriftliga informationen kommer ansvarig inom LSS till del.

Många kommuner har egna rutiner om stöd vid egenvård

Det är viktigt att verksamheter inom socialtjänsten och LSS har bra rutiner och arbetssätt för hur personalen på ett säkert sätt hjälper barn och vuxna med egenvård. Om en person behöver hjälp med sin egenvård och det inte finns en aktuell egenvårdsbedömning, kan verksamheten tillsammans med den enskilde kontakta den som har gjort egenvårdsbedömningen för att få en ny bedömning och planering. [1] Egenvårdsföreskriften gör även gällande att om hälsobilden hos den enskilde förändras eller om den närstående inte längre kan eller vill utgöra stöd måste den ansvarige inom hälso- och sjukvården göra en ny egenvårdsbedömning. [2]

Majoriteten (68 procent) av kommunerna uppger att de har lokala, skriftliga riktlinjer för bedömning och beslut av den enskildes ansökan om stöd för att utföra sin egenvård. Andelen är något högre inom äldreomsorgen, 72 procent, jämfört med 64 procent inom LSS.

Lokala rutiner och riktlinjer kan vara till hjälp för personalen, exempelvis för att veta när de ska kontakta ansvarig inom hälso- och sjukvården vid förändringar hos den enskilde. Rutiner och riktlinjer kan också öka förutsättningarna för likvärdiga bedömningar inom kommunen, men det är samtidigt viktigt att kommunerna inte åsidosätter egenvårdsföreskriften.

Hälften av de kommuner som inte har lokala, skriftliga riktlinjer uppger att de istället följer regionala riktlinjer, exempelvis länsövergripande rutiner som gäller både för kommuner och för landsting. Flera hänvisar även till vårdplaner och samverkansrutiner med hälso- och sjukvården. Enstaka kommuner uppger att de helt saknar lokala, skriftliga rutiner kring egenvård, det gäller framförallt inom LSS.

Några kommuner har pågående arbeten med att ta fram lokala rutiner och ytterligare några uppger att rutiner för egenvård ingår i verksamhetens övriga riktlinjer.

Färre kommuner har rutiner som innefattar förändrade omständigheter

Majoriteten av de kommuner som uppger att de har riktlinjer för egenvård uppger att deras riktlinjer även innefattar hur förändringar ska hanteras (85 procent). Det kan gälla förändrad hälsobild men även andra omständigheter.

En mindre andel av kommunerna uppger att deras riktlinjer inte innehåller sådana skrivningar (10 procent). Ett fåtal kommuner (5 procent) känner inte till huruvida detta ingick, samtliga av dessa var svaranden inom LSS. Resultaten bör dock tolkas med försiktighet då bortfallet var stort på denna fråga³⁸. Svaren indikerar likväl att kommunernas lokala riktlinjer för det mesta inkluderar hur förändrade hälsotillstånd eller andra omständigheter ska hanteras.

Egenvård – ett svårtolkat begrepp enligt många kommuner

Flera kommuner upplever svårigheter med begreppet egenvård och Socialstyrelsens föreskrift upplevs som svårtolkad och svår att efterleva. Flera kommuner efterlyser en tydligare och mer lättolkad föreskrift där det framgår vad som menas med egenvård och vad som kan ingå.

Det finns oklarheter i egenvårdsföreskriften som ibland medför svårigheter. Det är tydligt vem som beslutar om egenvården men det står ganska lite om rättigheter och skyldigheter för de som ska ge stöd vid genomförandet av egenvård. Vi har haft flera avvikelser där personal som ska ge stöd vid egenvård inte har fått korrekta instruktioner eller korrekt information. Kan personal som ska ge stöd vid till exempel byte av stomiplatta vägra om de inte vet hur de ska göra och om brukarens instruktioner verkar osäkra?

³⁸ Inom äldreomsorg var det endast 86 svar av 119 svarande, motsvarande för LSS var 64 av 101.

Stöd till närstående som ger stöd vid genomförande av egenvård

Det är inte i alla fall som stöd vid egenvård ges av kommunen. Det ges också av närstående, exempelvis när föräldrar hjälper sina barn eller av en make/maka. Egenvårdsbedömningen måste då väga in den närståendes situation och behov av stöd och hjälp från hälso- och sjukvården.

[1]

Ansvar för att ge stöd till närstående som ger stödjande insatser vid egenvård ligger hos bedömaren av egenvård³⁹ men resultaten från kommunenkäterna visar att även socialtjänsten ger närstående stöd (figur 4). Stödet handlar framförallt om handledning och instruktion vid stöd av genomförande vid egenvårdsinsatser. I enstaka fall kan det handla om att stödet ges av legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård.

Informationsmaterial till närstående är nästan dubbelt så vanligt inom LSS-verksamheter som inom äldreomsorg. I övrigt är skillnaderna inte så stora mellan LSS och äldreomsorgen och flera kommuner uppger att:

- hemsjukvården kan ge stöd till närstående vid behov
- stöd till närstående ges om det är legitimerad personal inom hälso- och sjukvård i kommunal regi som fattat beslut om egenvård
- när det handlar om närstående så är det den som fattat beslut om egenvård som också ska utbilda och handleda.

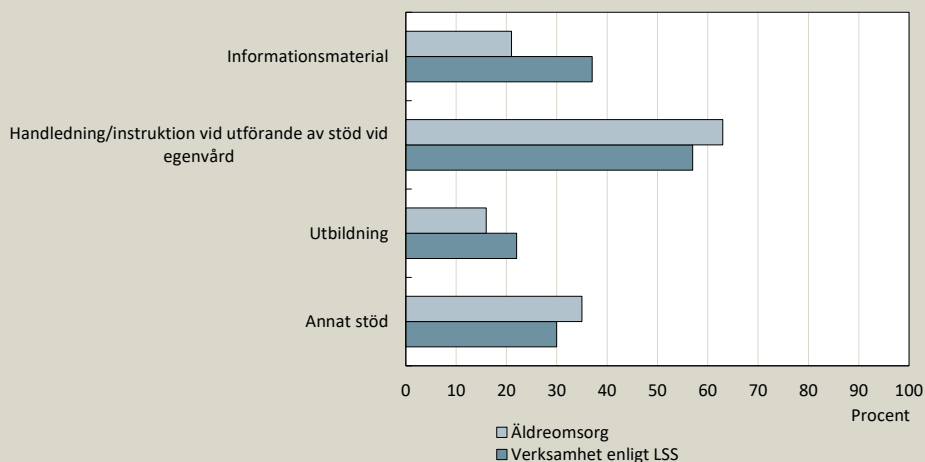
Även om många av kommunerna hänvisar till att det är ansvarig bedömaren som ansvarar för att ge stöd så är det även stöd av socialtjänsten i vissa kommuner, till exempel som råd och information genom exempelvis anhörigcentrum eller anhörigkonsulenter. Någon enstaka kommun efterlyser riktlinjer kring detta och flera kommuner lyfter vikten av bättre information till närstående som ger stöd vid egenvård:

Finns för närvarande inget stöd, men information ska tas fram. Information ska kunna ges via anhörigstöd till anhöriga.

³⁹ Det kan vara hälso- och sjukvård inom landstinget, men även hälso- och sjukvård som drivs med kommunen som huvudman.

Figur 4. Andel kommuner som erbjuder stöd till närstående vid egenvård

Andel kommuner* som erbjuder stöd till närstående som utför stödande insatser vid genomförande av egenvård, uppdelat på typ av stöd samt verksamhet.



* Totalt besvarade 220 kommuner enkäten.

Källa: Socialstyrelsens kommunenkät om stöd vid genomförande av egenvård (2017).

I de fall där föräldrarna står för egenvården gentemot sina barn gäller egenvårdsbedömning endast föräldrarna. Detta innebär att en förälder inte kan överlämna stödet vid egenvård till exempelvis skola eller ett korttidsboende. Detta kan endast göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och finns behov av ett överlämnande när barnet börjar skola eller får plats på ett korttidsboende ska en ny bedömning göras utifrån gällande föreskrifter. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att problem kan uppstå kring detta, vilket bekräftas av flera kommuner i denna kartläggning. [3]

Det är 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 läras upp – men av vem? Även när ny personal ska in runt det sjuka barn – vem lär upp dessa?

IVO har visat att i verksamheter för unga med funktionsnedsättning utförs ofta hälso- och sjukvårdsåtgärder av personalen på boendet utan att en legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt om uppgifterna kan räknas som egenvård eller som hälso- och sjukvård [6]. Myndigheten konstaterar att den enskildes hälsa kan riskeras om personal utan kompetens utför hälso- och sjukvård. IVO har konstaterat dessa risker både i verksamheter där barn och unga bor stadigvarande och i korttidsboenden. Tillsynen har visat att hälso- och sjukvårdsåtgärder i många verksamheter utförs av personal efter instruktioner från vårdnadshavaren. Ett typiskt exempel är en korttidsverksamhet där ungdomarna har med sig medicin och handskrivna instruktioner hemifrån om dosering och när medicinen ska ges. Detta innebär att åtgärderna utförs utan att legitimerad yrkesutövare har gjort en bedömning av om det ska vara egenvård eller inte. I många verksamheter saknas helt kontakt med barnens eller ungdomarnas behandlande läkare eller övrig sjukvårdspersonal. [6]

Information till enskilda om möjligheter till stöd vid egenvård

Enligt egenvårdsföreskriften ska patienten få information om vad egenvården innebär. Det är den som gör egenvårdsbedömningen som ska informera om detta. [1]

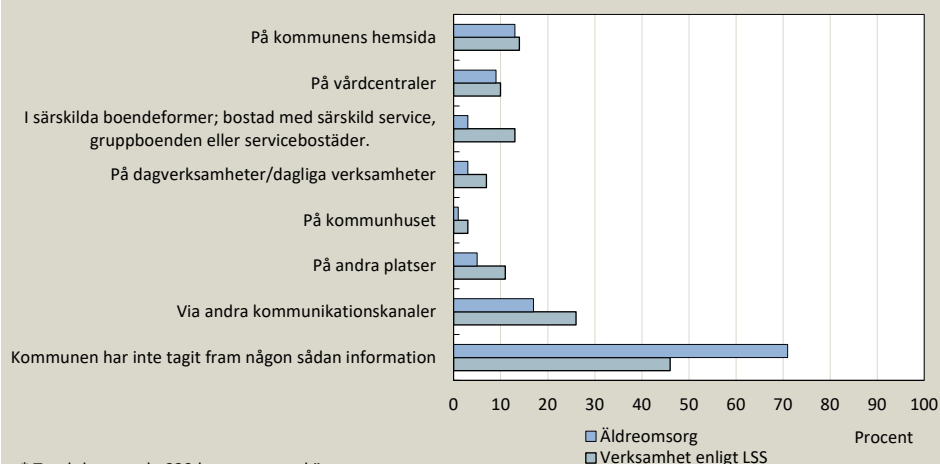
Ansvar för information om egenvård ligger hos den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som gjort egenvårdsbedömningen⁴⁰. Inom ramen för detta uppdrag har Socialstyrelsen valt att också undersöka i vilken mån kommunerna informerar om möjligheten till stöd vid genomförandet av egenvård.

Många kommuner uppger att de har tagit fram information till enskilda om vilket stöd som erbjuds vid egenvård. En något högre andel svaranden inom äldreomsorgen anger att de inte har tagit fram sådan information, 71 procent jämfört med 46 procent inom verksamheter enligt LSS. Den vanligaste informationskanalen är kommunens hemsida (figur 5), men information ges även i andra sammanhang:

- när den enskilde ansöker om stöd vid egenvård
- vid vårdplanering där både kommun och landsting medverkar
- inom ramen för generell information om insatser, bistånd, och ansökan.

Figur 5. Informationskanaler om stöd som kan erbjudas vid egenvård

Kanaler för information om vilket stöd kommunen kan erbjuda vid genomförandet av egenvård, uppdelat på typ av informationskanal, andel*.



* Totalt besvarade 220 kommuner enkäten.

Källa: Socialstyrelsens kommunenkät om stöd vid genomförande av egenvård (2017).

Socialstyrelsens granskning av kommunernas webbplatser ger ytterligare kunskap om vilken information kommunerna ger om stöd vid genomförande

⁴⁰ Det kan vara hälso- och sjukvård inom landstinget, men även hälso- och sjukvård som drivs med kommunen som huvudman.

av egenvård. Majoriteten av kommunernas webbplatser (95 procent) innehåller förvisso information om stöd vid egenvård, men det är sällan informationen riktar sig till enskilda medborgare. De typiska utfallen vid sökning på egenvård på kommunernas webbsidor är istället antingen

- att information om egenvård lämnas på sidor som riktar sig till kommunens anställda inom vård och omsorg, till tjänstemän och beslutsfattare, men inte på sidor som riktar sig till invånare med funktionsnedsättning eller deras anhöriga

eller

- att sökning på ”egenvård” inte leder till någon träff, eller enbart till träffar med hänvisningar till friskvård eller kontakt med sjukvårdsupplysning

I några enstaka fall finns upplysningar om stöd vid egenvård och vart enskilda kan vända sig. Den informationen riktar sig inte till personer med funktionsnedsättning generellt, utan övervägande till barn med funktionsnedsättning i skolan.

Några kommuner uppger att information är under utveckling. Ytterligare några av kommunerna menar att det vore positivt om mer information togs fram:

Kanske fler bedöms kunna ha egenvård om det blev mer informations-spridning.

Här kan vi bli bättre på att ge tydlig information om vad egenvård är, vad som krävs av oss, av den enskilde och närstående, vilka möjligheter som finns och hur vi gör det säkert tillsammans. Informationsmaterial till både patienter och närstående har funnits i tankarna. Detta ser vi kan vara viktigt särskilt i korttidsverksamhet.

Socialstyrelsens slutsatser

De flesta kommuner erbjuder någon form av stöd vid egenvård

De flesta kommuner erbjuder någon form av stöd vid genomförande av egenvårdsinsatser. Ju mer krävande åtgärderna är desto färre kommuner erbjuder stöd vid genomförandet. Det gäller exempelvis sondmatning och stomivård. Ett annat exempel är respiratorvård i hemmet som flera kommuner bedömer inte är möjligt att utföra som egenvård.

Kommunerna erbjuder framförallt stöd vid genomförandet av egenvård i ordinärt boende, inom hemtjänst enligt SoL och personlig assistans enligt LSS. Det är inte lika vanligt med stöd vid genomförandet av egenvård i särskilda boendeformer. En förklaring är troligen att brukare med verkställda beslut om bostad med särskild service enligt LSS eller särskilt boende enligt SoL vanligen behöver mycket omvårdnad – och att egenvård därför inte alltid är ett alternativ.

Stöd vid genomförande av egenvård för barn och unga är ovanligare. Socialstyrelsens kartläggning ger inte svar på varför, men en trolig orsak är att föräldraansvaret räknas in i relativt hög utsträckning. En annan orsak kan vara att många barn och unga behöver relativt krävande åtgärder, och att alla kommuner inte erbjuder stöd till sådan egenvård. Resultaten från kartläggningen pekar på att när stöd till egenvård inte kan ges så dras antingen beslutet om egenvård in eller så hamnar ansvaret för genomförandet av egenvården på föräldrarna.

Kommunerna kan inte alltid tillgodose behovet av stöd vid egenvård hos assistansanvändare

Även om de flesta kommuner kan erbjuda någon form av stöd vid egenvård inom exempelvis personlig assistans enligt LSS så menar många att de mer komplicerade åtgärderna är svåra att kunna hjälpa till med. Varför Detta i synnerhet då HFD:s domar som rör egenvård har medfört ett ökat behov av stöd vid genomförande av egenvårdsinsatser från kommunen. Flera kommuner ger uttryck för att det är otydligt vem som ska ansvara för hjälp med egenvård till dessa personer. Detta överensstämmer med Inspektionen för socialförsäkringens tidigare slutsatser om att ansvarsfördelningen har blivit otydligare när det gäller att hantera de behov av stöd vid genomförande av egenvård som tidigare kunde hanteras via den statliga assistansersättningen [7].

Samverkan kan bli bättre

Enligt egenvårdsföreskriften ska samverkansrutiner upprättas mellan landstingen och kommunerna. Trots detta visar resultaten från kartläggningen att

detta saknas hos vissa kommuner. Ett fåtal kommuner anger att samverkansrutiner har funnits men tagits bort. Resultatet skiljer sig från Socialstyrelsens tidigare kartläggning av landstingens arbete med egenvård, där samtliga inskickade rutiner lyfte samverkan med socialtjänsten. Detta kan indikera att kännedomen om samverkansrutiner är lägre inom kommunerna, framförallt inom LSS där flera svaranden uppger att de inte vet huruvida kommunen har samverkansrutiner med landstinget.

Flertalet kommuner upplever brister i samverkan och kommunikation med landstingen. Detta överensstämmer med den bild som både IVO och Socialstyrelsen tidigare har visat på [3, 5].

Egenvårdsföreskriften reglerar inte kommunernas skyldighet att ta fram lokala, skriftliga rutiner kring egenvård, eftersom detta är den legitimerade bedömarens ansvar. Många kommuner har ändå valt att ta fram rutiner för egenvård, eller så håller de på att ta fram sådana. Antingen som egna rutiner eller som del i övriga rutiner. I vilken utsträckning dessa kompletterar eller ersätter samverkansrutiner med landstingen har inte kunnat fastställas.

Stöd till närstående vanligare inom LSS

Ansvar för handledning och instruktioner till närstående ligger hos den legitimerade bedömare av egenvård. Även många kommuner erbjuder stöd till närstående, men av kartläggningen framgår att detta tycks vara mer utbrett inom verksamheter enligt LSS än inom äldreomsorgen. Samtidigt förefaller många närstående, framförallt inom LSS, kompensera för bristande tillgång till stöd vid egenvård. Det gäller framförallt vid egenvård som rör barn och unga samt vid mer komplicerade åtgärder. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att hälso- och sjukvårdens stöd inte alltid fungerar tillfredsställande när det handlar om närstående som hjälper till vid egenvård [3]. I denna kartläggning hänvisar emellertid många kommuner till hälso- och sjukvården när det gäller sådant stöd.

Vanligast med muntlig information om möjligheter till stöd vid egenvård

Information till enskilda om möjligheten att få stöd vid egenvård saknas i hög grad, både på kommunernas webbplatser, vårdcentraler och via andra informationskanaler. Informationen till enskilda tycks framförallt ges muntligt, exempelvis i samband med vårdplanering eller i samband med bedömning av andra insatser. I de fall webbplatserna innehåller information till enskilda är det vanligt förekommande att informationen återfinns under äldreomsorg. Samtidigt så uppger några kommuner att mer information behövs och att sådan information kanske skulle medföra att fler enskilda får beslut om egenvård.

Informationen om egenvård på kommunernas webbplatser riktar sig i de flesta fall till personal.

Kommunerna efterfrågar förtydliganden och utbildning

Inom ramen för detta uppdrag har kommunerna uttryckt flera behov, till exempel:

- Förtydligande av både egenvårdsföreskriften och begreppet egenvård. Flera kommuner efterlyser riktlinjer avseende vad som ingår i egenvård.
- Utbildning, dels för den legitimerad vårdpersonal som ansvarar för egenvårdsbedömningen, dels för den personal som hjälpa den enskilde vid genomförande av egenvård.
- Bättre kommunikation i enskilda ärenden rörande egenvård, mellan hälso- och sjukvården och kommunernas socialtjänst.

Detta stärker Socialstyrelsens tidigare iakttagelser om att formerna för informationsutbyte och samråd mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer i samband med utförande av egenvård behöver förbättras [3].

Socialstyrelsen avser att följa utvecklingen

Socialstyrelsen kommer att följa utvecklingen av stöd till enskilda vid genomförandet av egenvård, exempelvis i de årliga lägesrapporterna.

Socialstyrelsen avser att se över egenvårdsföreskriften. Myndigheten har tidigare dessutom aviserat revidering av meddelandeblad nummer 6/2013 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.
 - förtydliga och informera om att hälso- och sjukvården har ansvar för att egenvården omprövas om förutsättningarna ändras och vad detta innebär.
- [3]

Referenser

1. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård. Meddelandeblad; 2013.
2. Socialstyrelsen. SOSFS 2009:6 Bedömningen av om en hälso- och sjukvårds åtgärd kan utföras som egenvård; 2009.
3. Socialstyrelsen. Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? Stockholm; 2017.
4. Socialstyrelsen. Konsekvenser av domar från Högsta förvaltningsdomstolen om det femte grundläggande behovet (preliminär titel). Stockholm; Publicering 15 december 2017.
5. Inspektionen för vård och omsorg. Personlig assistans under luppen. Inspektionen för vård och omsorg ; 2015.
6. Inspektionen för vård och omsorg. Tillsynsrapport - de viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprovning verksamhetsåret 2015; 2016.
7. Inspektionen för socialförsäkringen. Sjukvårdande insatser och personlig assistans. Stockholm; 2016.

Bilaga 1. Kvalitetsdeklaration

Datainsamling

Målpopulation och urval

Målpopulationen är den population som statistiken avser. I denna undersökning utgjordes målpopulationen av kommuner och stadsdelar. För Göteborg och Stockholm var populationen stadsdelar.

Då undersökningen avsåg egenvård utifrån ett LSS-perspektiv samt utifrån ett äldreomsorgsperspektiv genomfördes undersökning genom att två urval skapades via ett stratifierat obundet slumpmässigt urval. Stratifieringen var på landsting då undersökningen efterfrågade kommunernas samarbete med landsting. Urvalet genomfördes så 156 kommuner ingick i varje urval⁴¹. Region Gotland består av en kommun, Gotlands kommun, vilket ingår i undersökningen avseende LSS-området. Malmö är sedan 2017 inte uppdelat i stadsdelar. I urvalet ingår Malmö i undersökningen avseende LSS- området.

Tabell 1. Urval i enkätundersökningen.

	Totalt antal kommuner	Urval LSS	Urval Äldre
Blekinge Läns Landsting	5	3	2
Landstinget Dalarna	15	7	8
Region Gotland	1	1	0
Region Gävleborg	10	5	5
Region Halland	6	3	3
Region Jämtland Härjedalen	8	4	4
Region Jönköpings län	13	7	6
Landstinget i Kalmar län	12	6	6
Region Kronoberg	8	4	4
Region Norrbotten	14	7	7
Region Skåne	33	16	17
Stockholms Läns Landsting	39	19	20
Landstinget Sörmland	9	5	4
landstinget i Uppsala län	8	4	4
Landstinget i Värmland	16	8	8
Landstinget i Västerbotten	15	7	8
Landstinget Västernorrland	7	4	3
Region Västmanland	10	5	5
Västra Götalands län	58	28	30
Region Örebro Län	12	6	6
Region Östergötland	13	7	6
Total	312	156	156

⁴¹ Det stratifierade, obundna och slumpmässiga urvalet gjordes först för de kommuner som skulle besvara enkäter ur ett LSS-perspektiv, de kommuner som återstod ingick per automatik i det andra urvalet.

Frågor och variabler

Frågekonstruktören utformade frågorna i samarbete med projektledaren. Därefter testades enkäten av några kommuner som inkom med synpunkter. Även i samverkan med SKL inkom kommentarer. Enkäten omarbetades av frågekonstruktören och projektledaren.

Datainsamling

Datainsamlingen har genomförts via en webbenkät. Ett informationsbrev skickades till registratören i kommunen. I e-posten ombads registratören att vidarebefordra detta till den personen i kommunen med övergripande ansvar och kunskap om beslutande av insatser avseende egenvård inom LSS alternativt inom äldreomsorgen (se bilaga 1). I e-posten bifogades även enkätformuläret (se bilaga 1). Datainsamlingen pågick 28 augusti till 1 oktober 2017. Under insamlingsperioden skickades tre påminnelser.

Svarsfrekvens

Det var 101 kommuner som besvarade undersökningen avseende LSS, vilket ger en svarsfrekvens på 65 procent. För undersökningen inom äldreomsorgen var det något fler kommuner som svarade, 119 kommuner, vilket ger en svarsfrekvens på 76 procent.

Tabell 4. Kommunernas svarsfrekvens, äldreomsorg samt verksamheter enligt LSS

	LSS		Äldre	
	Antal	Andel svar	Antal svar	Andel svar
Stockholms Läns Landsting	15	79	16	80
landstinget i Uppsala län	2	50	3	75
Landstinget Sörmland	3	60	4	100
Region Östergötland	4	57	6	100
Region Jönköpings län	5	71	3	50
Region Kronoberg	3	75	3	75
Landstinget i Kalmar län	6	100	4	67
Region Gotland	1	100	-	-
Blekinge Läns Landsting	2	67	0	0
Region Skåne	8	50	15	88
Region Halland	3	100	3	100
Västra Götalands län	20	71	22	73
Landstinget i Värmland	6	75	8	100
Region Örebro Län	4	67	3	50
Region Västmanland	4	80	5	100
Landstinget Dalarna	4	57	4	50
Region Gävleborg	2	40	5	100
Landstinget Västernorrland	2	50	2	67
Region Jämtland Härjedalen	2	50	2	50
Landstinget i Västerbotten	2	29	7	88
Region Norrbotten	3	43	4	57
Totalt	101	65	119	76

Svarsfrekvensen skiljer mellan länen, lägst svarsfrekvens för undersökningen avseende LSS-området har Landstinget i Västerbotten, 29 procent, och högst Landstinget i Kalmar län Region Gotland samt Region Halland där alla besvarat enkäten. För undersökningen inom äldreomsorgen har ingen kommun inom Blekinge läns landsting besvarat enkäten medan inom sex landsting/regioner har alla kommuner besvarat enkäten.

Tillförlitlighet

Ramtäckning

Övertäckning förekommer då respondenter ingår i rampopulationen som inte ska ingå i målpopulationen. Undertäckning är det omvända, respondenter som bör ingå i rampopulationen finns med i urvalsramen.

Då undersökningen riktar sig till kommuner finns ingen över- eller undertäckning.

Bortfall

Bortfallet består dels av de kommuner som inte besvarat enkäten och av partiellt bortfall, dvs. att de inte besvarat vissa frågor i enkäten. Om bortfallet skiljer sig från de svarande, med avseende på undersökningsvariablerna, så kan skattningarna som grundar sig på enbart de svarande vara skeva.

Bortfallet för undersökningen avseende LSS-området är 35 procent och för undersökningen inom äldreomsorgen 24 procent. Då ingen besvarat enkäten inom äldreomsorg i Blekinge läns Landsting kommer bör resultaten tolkas med försiktighet. Svaren avser de svarande och går inte applicera på alla landsting/regioner i landet.

I denna undersökning finns inget partiellt bortfall då frågorna är obligatoriska⁴².

Mätfel

I samband med datainsamlingen kan slumpmässiga och systematiska fel uppstå, dessa kallas mätfel. De svar som ges kan vara osäkra eller felaktiga. De kan även bli fel på grund av att de som svarar har missuppfattat frågan. Det finns en rad olika källor till dessa fel, bl.a. mätinstrumentet, informationssystemet och insamlingssättet.

För att minska risk för mätfel har enkäterna skapats med hjälp av enkätkonstruktör, pilotundersökning samt i samråd med SKL.

Bearbetningsfel

Vid den manuella och maskinella bearbetningen av datamaterialet kan bearbetningsfel uppstå. Exempel på bearbetningsfel är registreringsfel och kodningsfel. Då insamlingen skett via en webbenkät med fasta alternativ bör registreringsfelet var litet.

⁴² Vid enstaka följdfrågor har det emellertid förekommit partiellt bortfall.

Beskrivning av tabeller

Resultaten redovisas endast för totalt avseende LSS-området och för undersökningen inom äldreomsorgen.

Jämförbarhet

Det är första gången Socialstyrelsen genomför denna undersökning riktad till dessa kommuner.