

Egenvård eller hälso- och sjukvård?

**Om samverkan mellan landstingsfinansierad sjukvård
och kommunal socialtjänst**

Anders Nordlund

Juni 2012

Nestor FoU-center ägs gemensamt av Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nykvarns, Nynäshamn, Salems, Södertälje, Tyresö, Värmdö kommuner samt Stockholms läns landsting. Vi vill genom praktisk forskning och utveckling bidra till en bättre kvalitet inom vården och omsorgen om äldre människor.

Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
Hemsida: www.nestor-foucenter.se
tel: 08-777 99 16
e-post: nestor@haninge.se

Rapporten kan laddas ner på
www.nestor-foucenter.se

Nestor FoU-center 2012

Anders Nordlund
Egenvård eller hälso- och sjukvård? Om
samverkan mellan landstingsfinansierad sjukvård
och kommunal socialtjänst

© Nestor FoU-center
Citera oss gärna, men ange källan.

Förord

Nestor FoU-center har under de senaste åren arbetet med flera utvecklingsprojekt där utvecklad samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst varit ett uttalat mål. Två av dessa projekt var projektet *Samverkan Hemsjukvård Hemtjänst Värmdö* projektet *Samverkan Sjukvård Äldreomsorg Nynäshamn*. Det som utmärkte dessa två projekt från andra projekt om samverkan var att det i båda projekten blev aktuellt att arbeta med implementering av Socialstyrelsens föreskrift *Bedömning om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård* (SOSFS 2009:6).

Arbetet med egenvård har omväxlande varit svårt och givande beroende på bristen på bakgrundmaterial för tolkning av begreppet egenvård. Denna rapport ska betraktas som en reaktion på denna brist. Vår förhoppning är att vårt arbete ska kunna ge ett bidrag till ett fortsatt arbete med hur begreppet egenvård bör definieras och tolkas och hur dessa definitioner och tolkningar ska kunna omsättas i praktiskt vård- och omsorgsarbete. Vi är därför mycket tacksamma om vi får återkoppling på hur begreppet egenvård definieras och tolkas i denna rapport. Om du har synpunkter eller förslag på hur egenvård bör förstås teoretiskt och tillämpas praktiskt är du mycket välkommen att kontakta Anders Nordlund (anders.nordlund@haninge.se). Anders var projektledare för de ovan omnämnda projekten och har även författat denna rapport.

Vi vill tacka alla projektdeltagare i Värmdö och Nynäshamn för mycket gott samarbetet och stort engagemang!

Haninge 2012-06-18

Britt Almberg
FoU-chef
Nestor FoU-center

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
1. INLEDNING	6
EGENVÅRD OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	7
2. HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	8
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL.....	8
BESLUT OM BEHANDLING (ORDINATION).....	10
UTFÖRANDE AV BEHANDLINGAR INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	10
3. EGENVÅRD.....	12
EGENVÅRD SOM ORDINERATS AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL	13
4. SJUKVÅRD, SOCIALTJÄNST OCH EGENVÅRD	18
5. SAMVERKAN MELLAN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD OCH SOCIALTJÄNST	20
REFERENSER.....	23

Sammanfattning

Denna rapport behandlar erfarenheter från två projekt där Nestor FoU-center arbetat med att utveckla samverkan mellan hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Projektet *Samverkan Hemsjukvård Hemtjänst Värmdö* pågick mellan december 2008 och juni 2010. Det andra projektet *Samverkan Sjukvård Äldreomsorg Nynäshamn* pågick från juni 2010 och december 2011. I båda projekten visade det sig nödvändigt att försöka tydliggöra hur lagar och föreskrifter skapar en formell struktur för samarbete mellan äldreomsorg och hälso- och sjukvården. Centralt i det arbetet har visat sig behovet av att förstå regelverket för vård- och omsorg utifrån begreppen *egenvård, hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

Medan hälso- och sjukvård respektive socialtjänst kanske inte uppfattas entydigt av alla, så vållar de två begreppen sällan någon större språkförbistring. Begreppet *egenvård* används däremot i olika betydelser i det svenska språket. I projekten *Samverkan Hemsjukvård Hemtjänst Värmdö* och *Samverkan Sjukvård Äldreomsorg Nynäshamn* kom begreppet *egenvård* att bli centralt för att utveckla samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Denna rapport beskriver resultatet av Nestor FoU-centers arbete med att tolka begreppet *egenvård* och att relatera begreppet till hälso- och sjukvård och socialtjänst, samt att sätta begreppen i relation till samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

I rapporten föreslås följande definition av begreppet *egenvård*:

Egenvård omfattar aktiviteter och behandlingar – som en person själv kan ordinera och utföra – som syftar till förbättrad eller bibehållen hälsa. När behandlingar är ordinerade av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal avser begreppet *egenvård* endast patientens eget utförande av behandlingar.

Orsaken till förslaget till den ovanstående definitionen är att *egenvård* av många förknippas med både produkter och aktiviteter som inte ordinerar av hälso- och sjukvårdspersonal. Samtidigt definierar Socialstyrelsen *egenvård* som en: "hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)". Rapporten ifrågasätter inte Socialstyrelsens definition, men erfarenheter från de två projekt som rapporten bygger på visade entydigt på att Socialstyrelsens definition är svår att använda i praktiken. Socialstyrelsens definition krockade med den allmänna förståelsen av begreppet *egenvård*.

Rapporten lyfter fram olika orsaker till att samverkan mellan hälso- och socialtjänst inte sällan är komplicerad och tålamodsprövande för inblandade parter. En central erfarenhet från de utvecklingsprojekt som rapporten bygger på är nödvändigheten av att företrädare för olika yrkesgrupper har grundläggande eller goda kunskaper om den formella organisationsstruktur för hälso- och sjukvård och socialtjänst som finns fastslagen i olika författningar. Inte sällan är missförstånd och konflikter mellan representanter för olika yrkesgrupper kopplade till begränsade kunskaper om de lagar och föreskrifter som reglerar den egna och samarbetspartners verksamhetsområden.

1. Inledning

Att försöka upprätthålla eller förbättra den egna hälsan är en naturlig del av livet. Det kan göras på många olika sätt. Att träna den egna kroppen både fysiskt och psykiskt är ett sätt att vårda sin hälsa. Att tänka på vad och hur mycket vi äter är ett annat sätt. Ibland behöver vi läkemedel för att bli friska. En del läkemedel kan vi själva köpa receptfritt på ett apotek, medan andra läkemedel måste ordinerats av en läkare. Ibland är sjukdomar så allvarliga eller så är behandlingar så komplicerade att utförandet måste ske av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Ibland är det även nödvändigt att en patient vårdas inom slutenvården eftersom behandlingar förutsätter medicinsk kompetens och tekniska resurser som endast finns på sjukhus. För många patienter fortsätter behandlingen långt efter sjukhusvistelser och ibland är behandlingar livslånga. För många patienter uppstår därför frågan vem som ska utföra medicinska behandlingar; patienten själv eller hälso- och sjukvårdspersonal? Om patienter har förutsättningar att själv ta ansvar för behandlingar är tanken att utförandet av behandlingar ska ske i form av egenvård (se Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2009:6).

Egenvård kan ibland vara komplicerat eller omöjligt att utföra för personer med funktionsnedsättningar. Ett alternativ är då att en närstående är behjälplig och ett annat är bistånd från socialtjänsten. Om personen endast har fysiska funktionsnedsättningar kan exempelvis en personlig assistent eller personal från hemtjänsten hjälpa till med enklare aktiviteter och behandlingar. För personer med kognitiva funktionsnedsättningar – exempelvis orsakade av demenssjukdomar – är det ofta inte möjligt att patienten utför behandlingar som egenvård. I sådana fall kan det krävas att både ordination och utförande sker inom ramen för hälso- och sjukvården för att minimera risker för vårdskador.

Eftersom personer med kognitiva funktionsnedsättningar ofta behöver hjälp från både sjukvården och socialtjänsten är det ofta nödvändigt med ett nära samarbete mellan personal från hälso- och sjukvården och personal från kommunal socialtjänst. Även när det handlar om egenvård med praktisk hjälp måste utförare av socialtjänst samverka med hälso- och sjukvården, även om utförandet inte tillhör hälso- och sjukvården. I sådana samverksansituationer kan det ibland uppstå oklarheter om vem som har ansvar för vad och vem som ska göra vad. Ofta beror oklarheterna på att hälso- och sjukvårds personal respektive omsorgspersonal styrs av olika lagar och föreskrifter. Det finns goda skäl för att det finns olika lagar och föreskrifter som reglerar vård och omsorg. Det är dock fel om kvaliteten på vård och omsorg påverkas av att personal upplever oklarheter med de regler som styr det egna arbetet och samverkan med annan personal.

Nestor FoU-center har i två projekt arbetat med att utveckla samverkan mellan hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Det första projektet *Samverkan Hemsjukvård Hemtjänst Värmdö* (SHHV) pågick mellan december 2008 och juni 2010. Det andra projektet *Samverkan Sjukvård Äldreomsorg Nynäshamn* (SSÄN) pågick mellan juni 2010 och december 2011. I båda projekten visade det sig nödvändigt att försöka tydliggöra hur lagar och föreskrifter skapar en formell struktur för samarbete mellan äldreomsorg och hälso- och sjukvård. Centralt i det arbetet har visat sig behovet av att förstå regelverket för vård- och omsorg utifrån begreppen *egenvård*, *hälso- och sjukvård*, och *socialtjänst*. Denna rapport beskriver resultatet av Nestor FoU-centers arbete med att tolka begreppet egenvård och att relatera begreppet till hälso- och sjukvård och socialtjänst, samt att sätta begreppen i relation till samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst

Egenvård och hälso- och sjukvård

Det måste sägas direkt att ordet egenvård används i olika betydelser i det svenska språket. I Nationalencyklopedin definieras egenvård så här:

egenvård, de åtgärder som den enskilde själv kan vidta vid enkla och vanliga sjukdomar och skador, t.ex. huvudvärk, snuva, nästäppa, mensvärk, tillfällig förstoppning och gasbesvär samt vrickningar och mindre sårskador.¹

Den ovanstående definitionen överensstämmer säkert med de flestas förståelse av begreppet. Ordet egenvård används dock i en delvis annorlunda betydelse av Socialstyrelsen i föreskriften *Bedömning om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård* (SOSFS 2009:6):

egenvård, hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Socialstyrelsen definition skiljer sig från Nationalencyklopedins genom att den dels handlar om hälso- och sjukvårdsåtgärder som privatpersoner inte kan ordinera själva och dels inriktar sig på utförandet av hälso- och sjukvårdsåtgärder. För att underlätta förståelsen av begreppet är det bra om båda definitionerna kan relateras till varandra. För att det ska vara möjligt krävs att vi också definierar begreppet hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen definierar hälso- och sjukvård i sin termbank enligt följande:

hälso- och sjukvård, 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.²

I figur 1 har vi satt samman begreppen egenvård och hälso- och sjukvård, men även delat dem i beslut om behandling respektive och utförande av behandling. Nationalencyklopedins definition av egenvård passar in på punkterna 3 och 4.1 i figur 1. Socialstyrelsens definition av egenvård passar in på punkten 4.2. Nedan kommer vi att behandla de olika kombinationer som beskrivs i figur 1. Alla de olika kombinationerna är mer eller mindre reglerade av lagar och föreskrifter (författningar) och därför kommer vi nedan att koppla kombinationerna till relevanta författningar. Därefter behandlas egenvård i relation till hälso- och sjukvård och socialtjänst. Slutligen diskuteras egenvård, hälso- och socialtjänst i perspektivet av samverkan mellan personalgrupper som arbetar för olika huvudmän.

¹ <http://www.ne.se/lang/egenvård>, Nationalencyklopedin, hämtad 2012-01-23.

² <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?TermID=112>

	Beslut om behandling (ordination)	Utförande av behandling
Hälso- och sjukvård	1. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal beslutar om behandling, exempelvis: • receptbelagda läkemedel • medicinskteknisk utrustning • etc	2. Patienten utför ej behandlingen: Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utför själva eller delegerar utförande av behandling.
Egenvård	3. Personen själv beslutar om behandling, exempelvis: • receptfria läkemedel • mat • motion • etc	4. Personen utför behandlingen själv: 4.1 Behandling beslutad av personen själv 4.2 Behandling ordinerad av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Figur 1. Egenvård och hälso- och sjukvård

2. Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvård är en komplex verksamhet och kan delas in och studeras utifrån många perspektiv. När sammanhanget handlar om egenvård är det dock som ovan nämnts lämpligt att dela in hälso- och sjukvård i två delar: beslut om behandling (ordination) och utförande av behandling. Innan vi behandlar den indelningen kommer vi nedan att först börja med hur olika författningar definierar och strukturerar hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) fastställer rättigheter och organisation för hälso- och sjukvård. I 1 § i HSL definieras hälso- och sjukvård:

1 § Med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna.

I 3 § fastslås att det är varje landstings ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. HSL föreskriver också att hälso- och sjukvård ska indelas i sluten och öppen vård:

5 § För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Begreppet hälso- och sjukvård inbegriper alltså både sjukvård på sjukhus och sjukvård som utförs inom primärvården. Hälso- och sjukvård kan också ske hemma i patienters bostäder. Det finns olika organisatoriska lösningar för sjukvård i hemmet och de mest allmänt kända är hemsjukvård och ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet). Hälso- och sjukvård begränsas dock inte till om en patient är inskriven i hemsjukvård eller ASIH. Dessa två former av hälso- och sjukvård i hemmet är inte reglerade i lag utan är organisatoriska lösningar designade av politiska beslut inom landsting. Därför kan hälso- och sjukvård organiseras på andra sätt än att

patienter skrivs in i hemsjukvård eller ASHI. Den avgörande frågan är egenvårdsbeslutet. Om en behandlande legitimerad yrkesutövare har bedömt att en patient inte kan utföra vården som egenvård kvarstår ansvaret för utförandet av behandlingar hos hälso- och sjukvården. Det blir då ytterst vårdgivaren som har att avgöra vilken organisatorisk lösning som kan uppfylla olika författningars krav på god och säker vård.

Hälso- och sjukvård är inte begränsad till sluten vård och primärvård. Kommuner har enligt 18 § HSL ansvar för hälso- och sjukvård – som inte omfattar läkarinsatser – i särskilt boende och dagverksamheter. Landsting har alltid ansvar för hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. För kommunmedborgare som inte har lägenhet i särskilt boende eller som inte har ett biståndsbeslut för dagverksamhet är den juridiska utgångspunkten i HSL att landstinget har ansvaret för all hälso- och sjukvård. Enligt 18 § HSL får dock landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård om landstinget och kommunen kommer överens om det. Två tredjedelar av Sveriges kommuner har helt eller delvis övertagit huvudmannaskapet för hemsjukvård i ordinärt boende (Prop. 2009/10:116).

Patientsäkerhetslagen (2010:659) ger bestämmelser för bland annat skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal. I första kapitlet patientsäkerhetslagen definieras vem som kan anses som hälso- och sjukvårdspersonal:

4 § Med hälso- och sjukvårdspersonal enligt denna lag avses

1. den som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården,
2. personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter,
3. den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare, [...]

Läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister och annan legitimerad personal är alltid hälso- och sjukvårdspersonal oavsett var de arbetar. En undersköterska eller ett vårdbiträde som arbetar på ett sjukhus är också alltid hälso- och sjukvårdspersonal. Detta gäller dock inte för undersköterskor och vårdbiträden som arbetar i hemtjänsten, på ett särskilt boende eller en dagverksamhet i kommunen. Personal inom socialtjänsten arbetar huvudsakligen utifrån socialtjänstlagen och äldreboenden är en bostad och inte ett sjukhus eller annan vårdinrättning i lagens mening. Personal inom kommunal socialtjänst är således inte hälso- och sjukvårdspersonal såvida de inte har yrkeslegitimation som grund för sin anställning. Däremot kan omsorgspersonal anses biträda legitimerad personal när en arbetsuppgift utförs efter delegering från legitimerad personal. Utredningen *I den äldre tjänst* (SOU 2008: 126) gjorde en tolkning av innebörden av begreppet *biträda*:

Inom kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre handlar det i praktiken om omsorgspersonal som biträder legitimerad personal [...]. Det är i stora delar oklart vad som avses med att biträda. I de ursprungliga förarbetena beskrivs detta som en individuellt anpassad åtgärd som görs på anvisning. Detta utvecklas i praxis, bl.a. genom att Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) driver disciplinärenden. Att utföra en arbetsuppgift på delegation i den äldre ordinära boende eller i ett särskilt boende anses vara att biträda. (sid 91)

Den som biträder en legitimerad yrkesutövare blir alltså själv hälso- och sjukvårdspersonal när en delegerad uppgift utförs. Patientsäkerhetslagen ställer också upp villkor för när hälso- och sjukvårdspersonal kan delegera en arbetsuppgift. I sjätte kapitlet Patientsäkerhetslagen framgår följande:

3 § Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård.

Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan, ansvarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften.

Beslut om behandling (ordination)

Behandlingar inom hälso- och sjukvården kan vara av många olika slag. Socialstyrelsens termbank ger följande exempel: läkemedelsbehandling, medicinteknisk behandling, funktions- och aktivitetsträning, manuell behandling, psykologisk och psykosocial behandling och förebyggande behandling. Vem som under eget yrkesansvar får besluta om medicinska arbetsuppgifter styrs om hälso- och sjukvårdspersonal har formell kompetens för en uppgift (Socialstyrelsen, 2004). Med formellt kompetent avser Socialstyrelsen: ”legitimation för yrket eller godkänd högskoleutbildning som leder till yrkesexamen enligt särskild examensbeskrivning. Utöver sådan utbildning kan för vissa arbetsuppgifter formell kompetens förvärvas genom för yrket fastställd specialistutbildning eller genom särskilda kurser inom yrket.” (SOSFS 1997:14). Vissa uppgifter är även i författningar förbehållna vissa yrkesgrupper. För enkelhetens skull behandlar vi i detta sammanhang endast förskrivning av läkemedelsbehandlingar och vissa förbrukningsartiklar.

Det finns stora skillnader mellan olika yrkesgrupper i rätten att föreskriva receptbelagda läkemedel och vissa förbrukningsartiklar. I Läkemedelsverkets föreskrift om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit anges vilka yrkesgrupper som har rätt att förskriva läkemedel (LVFS 2009:13). Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2008:1 reglerar användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Vi kommer inte här att i detalj redovisa olika yrkesgruppers förskrivningsrätt. Allmänt kan dock sägas att endast läkare har en generell rätt att förskriva läkemedel och förbrukningsartiklar som används vid inkontinens, stomi, för att tillföra kroppen ett läkemedel och för egenkontroll av medicinering. Vissa andra yrkesgrupper har en begränsad rätt att förskriva läkemedelsbehandlingar, t.ex. sjuksköterskor med särskild utbildning i farmakologi och sjukdomslära samt barnmorskor. Om vissa förutsättningar är uppfyllda får barnmorskor, sjuksköterskor och sjukgymnaster förskriva förbrukningsartiklar som används vid inkontinens och sjuksköterskor kan även vara behöriga att förskriva förbrukningsartiklar som behövs vid stomi, för att tillföra kroppen ett läkemedel och för egenkontroll av medicinering (ibid.).

Utförande av behandlingar inom hälso- och sjukvård

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska i normalfallet utföra behandlingar inom hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdsuppgifter får dock under vissa förutsättningar delegeras till personal som tillhör andra yrkesgrupper. En grundförutsättning är att den hälso- och sjukvårdsuppgift som är aktuell för att delegeras inte enligt författningar är förbehållen en viss yrkesgrupp (Socialstyrelsen, 2004). En annan grundförutsättning är att patientsäkerhetslagens krav om delegeringar är uppfyllda, det vill säga att delegeringar måste vara förenliga med god och säker vård samt att den som mottar en delegerad arbetsuppgift har förutsättningar för att fullgöra uppgiften. Det är verksamhetschefen som ansvarar för att delegeringar är förenliga med lagar och föreskrifter (SOSFS 1997:14).

Socialstyrelsen betonar att delegeringar måste vara motiverade utifrån ett helhetsperspektiv och att delegeringar inte får användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter kan ske över organisatoriska gränser, exempelvis från en landstingsanställd distriktssköterska till omsorgspersonal inom kommunalt

finansierad hemtjänst. För att en sådan delegering ska kunna utföras krävs att mottagaren av uppgiften har tillåtelse från sin arbetslednings att utföra arbetsuppgiften.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård* (1997:14) är det frågan om delegering när: ”någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och som är formellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift överlåter denna till en annan person som saknar formell kompetens för uppgiften” (SOSFS 1997:14). Den som delegerar en arbetsuppgift måste även vara reellt kompetent, vilket innebär att personen själv måste kunna utföra arbetsuppgiften praktiskt i alla dess delar. Vad som ska och kan delegeras i ett enskilt fall är en bedömning som endast den enskilde yrkesutövaren som är ålagd arbetsuppgiften kan bedöma och besluta. Enligt Socialstyrelsen är det vanligt att sjuksköterskor delegerar: läkemedelshantering i olika former, såromläggningar, hantering av olika sonder, hantering av urinkateter, provtagning och analys av blodsocker, kontrakturprofylax och funktionsträning (Socialstyrelsen, 2008). Även annan hälso- och sjukvårdspersonal än sjuksköterskor kan delegera medicinska arbetsuppgifter om yrkesutövaren är formellt och reellt kompetent för arbetsuppgiften.

Den som delegerar en hälso- och sjukvårdsuppgift ska för uppgiftsmottagaren beskriva den arbetsuppgift som delegeringen omfattar samt vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att kunna fullgöra arbetsuppgiften på ett fullgott sätt. Den som delegerar ska också säkerställa att uppgiftsmottagaren har tillräcklig utbildning och erfarenhet för uppgiften. Detta bör ske genom kontroll av de praktiska och teoretiska färdigheterna. Uppgiftsmottagaren skall i sin tur upplysa den som delegerar uppgiften om sin förmåga att fullgöra denna. Det är inte tillåtet att delegera en hälso- och sjukvårdsuppgift om mottagaren inte anser sig ha tillräckliga kunskaper och erfarenheter för uppgiften. När väl en delegering är utförd ansvarar den som delegerat en uppgift för att följa upp om mottagaren fullgör uppgiften på ett korrekt sätt. Den som mottagit en delegerad arbetsuppgift blir också själv ansvarig för att utföra arbetsuppgiften med ett eget lagstadgat ansvar för hur uppgiften utförs och kan också ställas till ansvar om uppgiften utförs på ett felaktigt sätt.³

Föreskriften SOSFS 2000:1 reglerar läkemedelshantering i hälso- och sjukvården. I inledningen av föreskriften – 1:a kapitlet, 1 § – avgränsas föreskriftens giltighet:

1 § Dessa föreskrifter ska tillämpas på läkemedelshantering inom sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125). Vaccinationsverksamhet ingår som en del i läkemedelshanteringen.

[...] I Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:10) om förordnande och utlämnande av läkemedel m.m. (receptföreskrifter) ges föreskrifter om rekvisition eller ordination enligt recept av läkemedel eller teknisk sprit, samt om märkning och expediering av läkemedel på apotek.

[...] Om en patient själv har ansvaret för att hantera sina läkemedel, ska föreskrifterna inte tillämpas. Detta gäller även om patienten behöver viss praktisk hjälp. (SOSFS 2006:24).

Det sista stycket är centralt för bedömning av egenvård när ordinationer handlar om läkemedelsbehandlingar. Om patienten själv har ansvaret att hantera sina läkemedel (egenvård), då är föreskriften inte aktuell, med andra ord handlar det då inte om läkemedelshantering inom ramen för hälso- och sjukvård.

³ Patientsäkerhetslag (2010: 659), 6 kap. 2 § och 7 kap. 29 §

I 1:a kapitlet definierar Socialstyrelsen även läkemedelshantering inom hälso- och sjukvård:

2 § Med läkemedelshantering avses i dessa föreskrifter ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel.

I denna rapport utelämnar vi för enkelhetens skull de delar i läkemedelshantering som handlar om iordningställande, rekvisition och förvaring av läkemedel. Läkemedelsadministrering avser enligt Socialstyrelsens termbank både när patienten ger sig själv ett läkemedel och när hälso- och sjukvårdspersonal tillför läkemedlet. När läkemedelsadministrering sker inom slutenvård är det i föreskriften angivna yrkesgrupper som iordningställer och administrerar läkemedel. Inom annan hälso- och sjukvård än ambulanssjukvård och slutenvård kan iordningställande och administrering av läkemedel delegeras under förutsättningar att verksamhetschefen har beslutat om vad som får delegeras och att delegeringen utförs av en sjuksköterska.

3. Egenvård

Som diskuterades i början av denna rapport används begreppet egenvård i olika betydelser i det svenska språket. För att undvika missförstånd finns det således ett behov av en allmän definition som kan inrymma de mest använda betydelserna av begreppet. Som utgångspunkt för en allmän definition utgår vi från Nationalencyklopedins definition av egenvård:

Egenvård: de åtgärder som den enskilde själv kan vidta vid enkla och vanliga sjukdomar och skador, t.ex. huvudvärk, snuva, nästäppa, mensvärk, tillfällig förstoppning och gasbesvär samt vrickningar och mindre sårskador.⁴

Den ovanstående definitionen är alltför snäv eftersom den inte öppnar upp för egenvård i form av exempelvis goda matvanor och motion. Definitionen inrymmer inte heller Socialstyrelsens definition av egenvård (SOSFS 2009: 6):

Hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

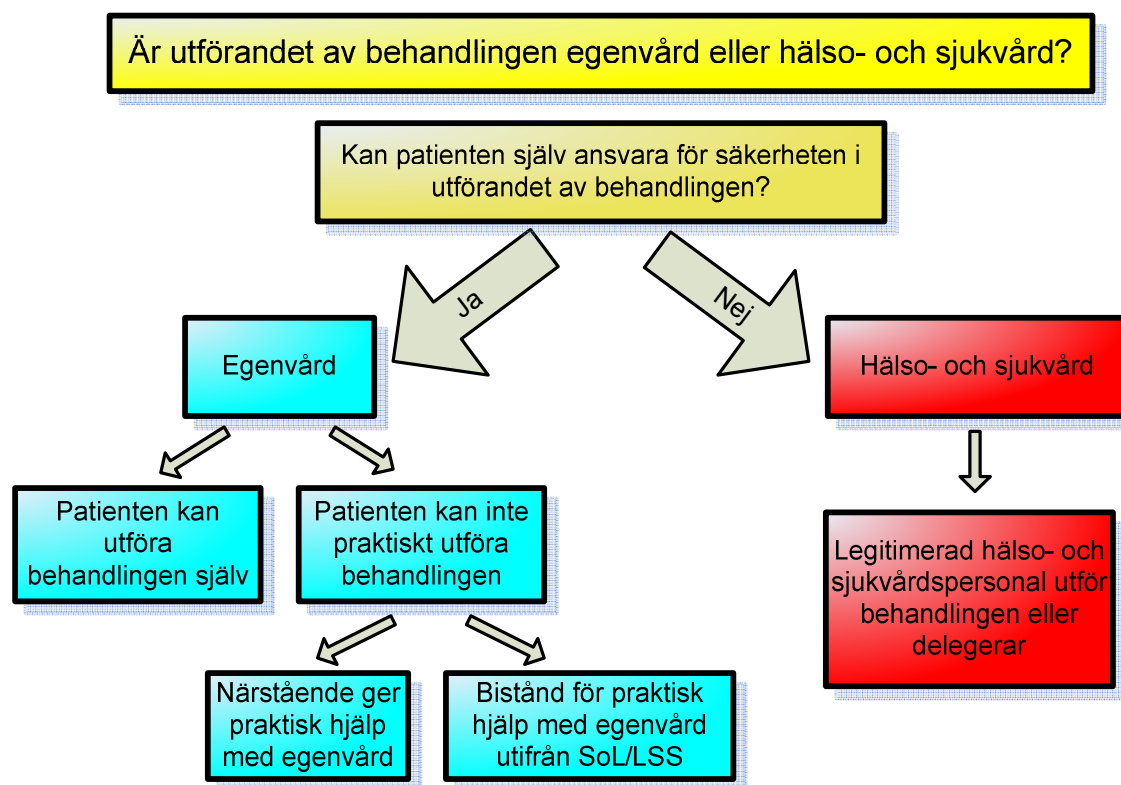
En allmän definition av egenvård överensstämmer bättre med egenvård i praktiken om definitionen får följande ordalydelse:

Egenvård omfattar aktiviteter och behandlingar – som en person själv kan ordinera och utföra – som syftar till förbättrad eller bibehållen hälsa. När behandlingar är ordinerade av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal avser begreppet egenvård endast patientens eget utförande av behandlingar.

Utanför hälso- och sjukvården kan alltså alla aktiviteter och behandlingar som en person kan vidta och som syftar till förbättrad hälsa eller bibehållen hälsa räknas in i begreppet egenvård. Enskilda personer diagnostiserar sig själva, ordinerar en aktivitet eller behandling till sig själva och utför aktiviteten eller behandlingen själva med eller utan hjälp av närstående. Personer som utför egenvård ansvarar också själva för säkerheten i utförandet av aktiviteten eller behandlingen.

⁴ <http://www.ne.se/lang/egenvard>, Nationalencyklopedin, hämtad 2012-01-23

Inom hälso- och sjukvård har begreppet egenvård en snäv betydelse i jämförelse hur begreppet oftast förstås i dagligt tal. Som berörts ovan avser Socialstyrelsens föreskrift om egenvård endast utförande av en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra (SOSFS 2009: 6). Figur 2 sammanfattar olika vägar som ett egenvårdsbeslut kan ta när beslutet sker av en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården.



Figur 2. Alternativ i samband med egenvårdsbeslut.

Egenvård som ordinerats av hälso- och sjukvårdspersonal

Behandlande legitimerade yrkesutövare ska enligt Socialstyrelsens föreskrift om egenvård ta ställning till om hälso- och sjukvårdsåtgärder kan utföras som egenvård.⁵ Alternativet är att hälso- och sjukvården fortsättningsvis ansvarar för åtgärden i alla dess delar. Alla legitimerade yrkesutövare som ordinerar hälso- och sjukvårdsåtgärder omfattas av detta ansvar inom sitt eget ansvarsområde. Om bedömningen sker i samband med vårdplanering vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård är det dock alltid den behandlande läkaren som gör bedömningen.⁶

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om egenvård ska bedömningen göras i samråd med patienten och utifrån respekten för dennes självbestämmande och integritet samt behov av trygghet

⁵ SOSFS 2009: 6, 4 kap. 1 §

⁶ SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §

och säkerhet.⁷ Bedömningen ska utgå från patientens fysiska och psykiska hälsa samt dennes livssituation.⁸

En egenvårdsbedömning ska även innehålla en riskbedömning. Föreskriften behandlar denna aspekt av egenvårdsbedömningen i kapitel 4:

5 § Som en del i bedömningen ska det ingå en analys av, om utförandet av egenvården kan innebära att patienten utsätts för risk att skadas.

I förekommande fall ska en utredning göras för att avgöra om patienten själv eller med hjälp av någon annan på ett säkert sätt kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd som egenvård.

7 § En hälso- och sjukvårdsåtgärd får inte bedömas som egenvård, om analysen enligt 5 § visar att det föreligger en risk för att patienten skadas.

Som framgår av 7 § får inte en hälso- och sjukvårdsåtgärd bedömas som egenvård om det leder till risk för vårdskada. Den legitimerade yrkesutövaren måste således göra en riskbedömning innan ett beslut om egenvård. Om patienten förstår uppgiften och själv fortsättningsvis kan ansvara för att åtgärden kan utföras på ett säkert sätt – det vill säga egenvård – återstår frågan om patienten själv också kan utföra uppgiften praktiskt. Om patienten själv kan ansvara för säkerheten i utförandet av behandlingen, men inte praktiskt utföra åtgärden måste den legitimerade yrkesutövaren väga in om patienten kan få praktisk hjälp från exempelvis närstående eller personal från socialtjänsten. Om praktisk hjälp av personal från socialtjänsten är ett lämpligt alternativ är det viktigt att komma ihåg att det är patienten själv som måste söka bistånd för hjälp med egenvård från den kommunala socialtjänsten. Det kan givetvis i vissa fall dröja innan patienten ansöker om bistånd för praktisk hjälp med egenvård och det kan också dröja innan socialtjänstpersonal har fått nödvändig information och utbildning. I ett sådant fall måste en legitimerad yrkesutövare avvakta med beslutet om egenvård tills alla praktiska detaljer är lösta.

Hälso- och sjukvårdsåtgärder kan alltså bedömas som egenvård om patienten själv kan ansvara för säkerheten i utförandet av behandlingen. Egenvård innebär att utförandet av den fortsatta behandlingen inte omfattas av hälso- och sjukvårdsförfattningar (Socialstyrelsen, 2009). Hälso- och sjukvården har dock ansvar för att egenvårdsbedömningar som utförts av behandlande legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är riktigt gjord och att den omprövas när förutsättningar ändras. Egenvårdsbedömningar sker under samma yrkesansvar som andra bedömningar inom ramen för hälso- och sjukvård. Om patienten inte kan ansvara för att åtgärden utförs på ett säkert sätt kan den *inte* bedömas som egenvård, vilket innebär att utförandet av den fortsatta behandlingen omfattas av hälso- och sjukvårdslagsförfattningar och ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan personal som fått åtgärden delegerad från hälso- och sjukvårdspersonal.

Om personen skadas av läkemedel vid utförande av egenvård som ordinerats av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal gäller samma juridiska regler som om personen använder receptfria läkemedel. Om det föreligger övervägande sannolikhet för att en vårdskada är orsakad av en felaktig bedömning av behandlande legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan det bli aktuellt med patientskadeersättning enligt patientskadelagen (1996:799) (Socialstyrelsen, 2009). En patient som drabbats av en vårdskada på grund av ett läkemedel

⁷ SOSFS 2009: 6, 4 kap. 3 §

⁸ SOSFS 2009: 6, 4 kap. 4 §

kan under vissa förutsättningar få ersättning från läkemedelsförsäkringen. Det spelar ingen roll om läkemedlet intagits inom ramen för egenvård eller hälso- och sjukvård, men en rad olika villkor måste vara uppfyllda för att ersättning ska kunna bli aktuell. Den som anser sig drabbats av en vårdskada på grund av ett läkemedel kan givetvis även driva ett ersättningsanspråk i allmänna domstolar.

Beslut om en patient kan utföra en behandling som egenvård är alltså kopplat till svar på frågorna: (1) kan patienten själv *ansvara* för säkerheten i egenvården? (2) kan patienten själv *utföra* olika praktiska moment i behandlingen? Figur 3 visar hur olika svar på de två frågorna leder till olika beslut.

		Kan patienten själv <i>ansvara</i> för säkerheten i egenvården?	
		Ja	Nej
Kan patienten själv <i>utföra</i> alla olika praktiska moment i behandlingen?	Ja	Beslut: Egenvård	Beslut: Ej egenvård
	Nej	Beslut: Egenvård med praktisk hjälp. Under förutsättning att hjälp med åtgärden kan utföras av en annan person på ett säkert sätt.	Beslut: Ej egenvård

Figur 3. Beslutsalternativ utifrån en patients förutsättningar att utföra egenvård.

Beslut om egenvård ska enligt Socialstyrelsens föreskrift om egenvård alltid dokumenteras i patientens journal.⁹ Den som gjort bedömning om egenvård ska alltid informera patienten om vad egenvården innebär för patienten.¹⁰ Socialstyrelsen föreskriver att egenvård ska planeras om det inte är uppenbart obehövligt och om patienten: har behov av stöd och hjälp i samband med egenvården, behöver praktisk hjälp av en närstående, socialtjänsten eller någon annan aktör för att utföra egenvården, av något annat skäl har behov av planeringen.¹¹

Om det är aktuellt med planering av egenvården ska det i patientens journal framgå vilken åtgärd som bedömts som egenvård och om patienten själv eller med hjälp av någon annan ska utföra egenvården.¹² Vidare ska även följande saker dokumenteras: hur information och instruktioner om egenvården ska ges, vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas om patienten har drabbats av eller har utsatts för risk för vårdskada, vilka åtgärder och vem som ska kontaktas om patientens situation förändras, hur och när bedömningen av egenvården ska följas upp och när det blir aktuellt med omprövning av beslutet om egenvård.

Praktisk hjälp med egenvård

Som redan nämnts ovan kan det i de fall där en person själv kan ansvara för sin egenvård men inte praktiskt kan utföra den bli aktuellt med "egenvård med praktisk hjälp". Närstående till vuxna patienter har inte någon skyldighet att hjälpa till med egenvård om de själva inte vill (Socialstyrelsen, 2009). Bistånd från socialtjänsten aktualiseras därför om anhöriga

⁹ SOSFS 2009:6, 4 kap. 8 §

¹⁰ SOSFS 2009: 6, 4 kap. 9 §

¹¹ SOSFS 2009: 6, 5 kap. 1 §

¹² SOSFS 2009: 6, 5 kap. 4 §

till vuxna patienter inte vill eller inte på ett säkert sätt kan ge praktisk hjälp med egenvård. Både socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) kan bli aktuella vid biståndsbedömning avseende praktisk hjälp med egenvård. För att inte göra texten alltför komplicerad kommer fokus nedan att vara på bistånd enligt Socialtjänstlagen.

Socialtjänstlagen (2001:453) är den lag som reglerar verksamheten för kommunal socialtjänst. I andra kapitlet föreskrivs att "Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver.". I fjärde kapitlet beskrivs rätten till bistånd:

1 § Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. [...]

Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Rätten till bistånd i form av äldreomsorg – exempelvis hemtjänst – definieras alltså i lagstiftningen av den allmänt hållna formuleringen: "för sin livsföring i övrigt". Begränsningen i rätten till bistånd är att personen inte själv ska kunna tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt. En annan begränsning är att biståndet ska tillförsäkra en skälig levnadsnivå.

Socialtjänstlagen är inte detaljerad vad gäller rätten till bistånd "för sin livsföring i övrigt". Vad som innefattas i begreppet "livsföring i övrigt" har inte heller preciserats i förarbeten. Formuleringen ger rätt till hjälp och stöd för att klara sin livsföring oavsett vad som har orsakat livsproblemen och är inte begränsad till äldreomsorg. Givet att innebörden "för sin livsföring i övrigt" inte har preciserats i lagtext eller förarbeten finns det utrymme för olika tolkningar. I denna rapport följer vi ett synsätt för bedömningen av rätt till exempelvis hemtjänst och särskilt boende som utgår från tre begrepp: funktionsnedsättning, funktionshinder och omgivning (miljö). Med *funktionsnedsättning* avses nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. I relation till omgivningen kan funktionsnedsättningen innebära att en person får sitt liv begränsat i jämförelse med en person som inte har samma funktionsnedsättning. Denna begränsning brukar kallas för ett *funktionshinder*.

Vad som orsakat funktionsnedsättningen saknar betydelse för rätten till bistånd enligt Socialtjänstlagen. Det som är centralt för bedömningen är hur biståndet ska kunna mildra funktionshindret så att en skälig levnadsnivå ska kunna uppnås. Information om orsaken till funktionsnedsättningen kan däremot vara viktig för att omsorgspersonal ska kunna utforma omsorgen med respekt för personens rätt till självbestämmande och integritet, och för att omsorgen ska kunna utformas så att den ger möjligheter att leva ett självständigt liv.

Egenvård med praktisk hjälp innefattas enligt Socialstyrelsen i rätt till bistånd enligt Socialtjänstlagen och LSS:

I vissa fall kan patienten behöva ansöka om en insats från socialtjänsten för att få hjälp med att utföra egenvården. Det är viktigt att tänka på att det är den enskilde själv som ansöker om insatser enligt SoL och LSS samt, att socialtjänsten inte har ansvar för att utföra åtgärder som vilar på en annan huvudman till exempel hälso- och sjukvården. I avvaktan på att patienten får ett beslut ligger ansvaret för åtgärden kvar på hälso- och sjukvården. Om patienten redan är beviljad en insats kan åtgärden i vissa fall rymmas inom insatsen. Den aktuella åtgärden ska överlämnas på ett säkert sätt så att patienten inte riskera att vara utan stöd. (Socialstyrelsen, 2009, sid. 4)

Biståndshandläggare gör på uppdrag av en politisk nämnd – namn på nämnden varierar mellan kommuner – bedömningen av rätten till bistånd och handlägger biståndsärenden. Biståndshandläggaren har en myndighetsfunktion och ett biståndsbeslut kan överklagas. När biståndsärendet är handlagt skickar biståndshandläggaren en beställning till en utförare som kan tillhöra den kommunala organisationen eller en privat organisation. Bistånd för praktisk hjälp med egenvård har inte någon karaktär som på något avgörande sätt skiljer sig från andra typer av bistånd, exempelvis hjälp och stöd med att äta frukost, lunch eller middag.

Socialstyrelsens föreskrift om egenvård, 4:e kapitlet, 6 § föreskriver att ett beslut om praktisk hjälp med egenvård måste föregås av samråd med den eller de som ska hjälpa till med egenvården:

6 § Om patienten behöver praktisk hjälp för att utföra egenvården, ska den behandlande legitimerade yrkesutövaren samråda med

1. den eller de närstående som ska hjälpa patienten,
2. ansvarig nämnd inom socialtjänsten, eller
3. ansvarig befattningshavare hos en annan aktör.

Bistånd enligt Socialtjänstlagen kan endast beslutas av en biståndshandläggare – på uppdrag av en kommunalpolitisk nämnd – och endast legitimerad hälso- och sjukvårdspersonalen kan besluta om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Detta innebär att hälso- och sjukvården måste samråda med kommunal socialtjänst när bistånd för praktisk hjälp med egenvård är ett alternativ. I förekommande fall ska även den legitimerade behandlande yrkesutövaren samråda med närstående eller andra möjliga utförare av praktisk hjälp. För att hälso- och sjukvården ska kunna samråda med exempelvis närstående, biståndshandläggare, personal inom hemtjänst, personliga assistenter krävs att det finns ett medgivande från patienten om att det är tillåtet utifrån patientens sida att överföra information till representanter för socialtjänsten.

I avvaktan på att patienten ansökt och fått ett beslut från sin hemkommun om praktisk hjälp egenvård ligger ansvaret kvar på hälso- och sjukvården, med andra ord ett beslut om egenvård kan i en sådan situation inte fattas innan det finns ett biståndsbeslut (Socialstyrelsen, 2009). Biståndshandläggare från socialtjänsten kan också behöva skälig tid för att utreda och besluta om bistånd med egenvården enligt Socialtjänstlagen. Beroende på situationen kan det därför bli nödvändigt att först besluta ”ej egenvård” i avvaktan på samverkan med anhöriga eller socialtjänsten för att kunna besluta ”egenvård med praktisk hjälp”.

Egenvård med praktisk hjälp ska planeras.¹³ Patienten ska delta i planeringen av egenvården och bestämmer själv om närstående ska delta i planeringen av egenvården.¹⁴ Socialstyrelsen föreskriver att planering ska göras i samråd med den som ska hjälpa till med egenvården, biståndshandläggare och andra aktörer som kan komma att beröras av egenvården.¹⁵

Patienten ska få en kopia av dokumentationen av planeringen.¹⁶ Om patienten av socialtjänsten har beviljats eller kommer att beviljas hjälp med egenvården, ska en kopia av dokumentationen av planeringen sändas till socialtjänsten för att föras till personakten eller mot-

¹³ SOSFS 2009; 6, 5 kap. 1 §

¹⁴ SOSFS 2009; 6, 5 kap. 2 §

¹⁵ SOSFS 2009; 6, 5 kap. 3 §

¹⁶ SOSFS 2009; 6, 5 kap. 5 §

svarande. Den eller de som ska hjälpa patienten med egenvårdsåtgärden kan lämpligen också få dokumentation av planeringen. Det är den behandlande legitimerade yrkesutövarens som ansvarar för att egenvården omprövas om förutsättningarna ändras och – om det inte är uppenbart obehövt – följs upp regelbundet.¹⁷

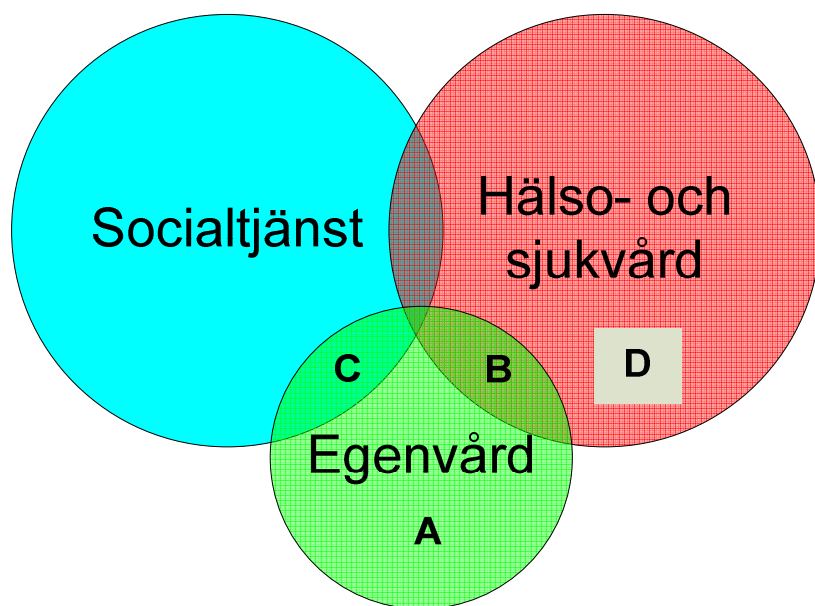
4. Sjukvård, socialtjänst och egenvård

Som framgått ovan definierar vi i denna rapport egenvård på följande sätt:

Egenvård omfattar aktiviteter och behandlingar – som en person själv kan ordinera och utföra – som syftar till förbättrad eller bibehållen hälsa. När behandlingar är ordinerade av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal avser begreppet egenvård endast patientens eget utförande av behandlingar.

Egenvård enligt första meningen i definitionen ovan är något som en privatperson helt och hållet beslutar om och utför. Det kan exempelvis handla om att använda receptfria läkemedel, fysisk motion och kostvanor. Bistånd för hjälp med utförande av egenvård – som inte berör en ordination utfärdad av en legitimerad yrkesutövare – kan givetvis bli aktuellt om det är förenligt med socialtjänstlagen.

När bedömning av egenvård sker inom ramen för hälso- och sjukvård (andra meningen i definitionen ovan) blir ytterligare ett lagområde aktuellt. Figur 4 visar egenvård i ett hälso- och sjukvårdsperspektiv.



Figur 4. Egenvård i ett hälso- och sjukvårdsperspektiv

Området med rubriken "Hälso- och sjukvård" är tänkt att symbolisera författningar som reglerar hälso- och sjukvården. Detta område har det huvudsakliga perspektivet – som ges av 1 § HSL – att hälso- och sjukvård handlar om åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Centralt för hälso- och sjukvårdsåtgärder är således att behandla sjukdomen eller skadan som leder till en funktionsnedsättning. Utförandet av

¹⁷ SOSFS 2009; 6, 4 kap. 10 §

hälso- och sjukvård sker i normalfallet av hälso- och sjukvårdspersonal. Hälso- och sjukvårdsuppgifter kan emellertid under speciella omständigheter delegeras till omsorgspersonal. Innan en sådan delegering kan ske måste arbetsledning inom socialtjänsten godkänna att omsorgspersonal mottar delegeringar för att utföra vissa specificerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Om en kommun inte har övertagit ansvaret för hemsjukvård handlar ett sådant godkännande om en bedömning att kvaliteten i biståndsinsatserna vinner på att personalen även utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Exempelvis kan det handla om att personalens arbete kan uppnå en högre kvalitet och effektivitet om de inte behöver koordinera sitt arbete med personal från primärvården och att det blir mindre ”spring” hemma hos den som beviljats bistånd.

Området med rubriken ”Socialtjänst” är tänkt att symbolisera författningar som reglerar kommunal socialtjänst. Centralt för bistånd – i form av hemtjänst och särskilt boende – från socialtjänsten är att förmedla stöd och hjälp för att lindra funktionshindret så att den som ansökt om bistånd kan uppnå skälig levnadsnivå. Den funktionsnedsättning som leder till att personen upplever ett funktionshinder är viktigt för kvaliteten i biståndet, men inte för ett beviljande av bistånd. Det är så klart viktigt för personal i socialtjänsten att känna till en persons sjukdom och funktionsnedsättningar för att kunna uppnå ett bra bemötande och för att kunna planera insatser på ett bra sätt. Den typ av socialtjänst som är aktuell för praktisk hjälp med egenvård handlar emellertid inte om att ta ansvar för behandling av en persons sjukdomar. Det kan dock anses som inom ramen för skälig levnadsnivå att kunna utföra sin egen egenvård. Bistånd för ”egenvård med praktisk hjälp” handlar alltså om praktisk hjälp och stöd för att en person själv ska kunna utföra sin egenvård så personen ska kunna uppnå skälig levnadsnivå. Området med rubriken ”Egenvård” är tänkt att symbolisera alla författningar som reglerar egenvård. Inom detta område hamnar framförallt Socialstyrelsens föreskrift *Bedömning om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård* (SOSFS 2009: 6).

I figur 4 finns även fyra delområden som är markerade med bokstäver A till D. Område A symboliserar författningar som reglerar enskilda personers utförande av egenvård. I detta område hör också hjälp med egenvård från närstående i de fall en patient kan ansvara för säkerheten i utförandet men inte själv praktiskt kan utföra egenvården. Område B symboliserar hälso- och sjukvårdens ansvar för bedömning om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Område C symboliserar författningar som är relevanta för bistånd från socialtjänsten med praktisk hjälp med egenvård. Slutligen symboliserar område D författningar som reglerar utförande av hälso- och sjukvårdsåtgärder, exempelvis relevanta delar av patientsäkerhetslagen och föreskrifter från Socialstyrelsen och Läkemedelsverket som reglerar olika yrkesgruppers behörighet att själva utföra eller delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter. Det finns också två överlappande områden i Figur 4 som inte är markerade med bokstäver. Dessa överlappande områden symboliserar att det inte är praktiskt möjligt att uppnå en styrning med lagar och föreskrifter utan att det blir en viss överlappning mellan olika områden. Vad som omfattas av dessa två områden varierar från situation till situation och kan därför inte definieras utan hänsynstagande till en specifik situation.

Figur 4 kan fungera som en modell för att visualisera viktiga gränser mellan hälso- och sjukvård och omsorg som måste hanteras för att samverkan ska kunna fungera på ett bra och effektivt sätt. Ett exempel på en samverkanssituation som hamnar i olika delar av figur 4 är när hemtjänstpersonal har delegering för att sätta på kompressionsstrumpor. Kompressionsstrumpor är till för att medicinskt förebygga sjukdom och tillhör därmed som fysisk produkt området hälso- och sjukvård. Ordinationen för kompressionsstrumpor görs av behörig hälso- och sjukvårdspersonal och tillhör därmed också området för hälso- och sjukvård. Bedöm-

ningen av den behandlande legitimerade yrkesutövaren om påtagning av kompressionsstrumpan kan ske som egenvård kan placeras i område B. Själva påtagning av kompressionsstrumpan kan dock placeras på olika ställen i figuren. Om personen som behöver kompressionsstrumpan inte själv kan ansvara för när den ska tas på och av, så kan det inte handla om egenvård. Om hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för på- och avtagande av kompressionsstrumpan är vi i område D. Samma sak gäller om på- och avtagning av strumpan är delegerad till hemtjänstpersonal; hemtjänstpersonalen är att anse som hälso- och sjukvårdspersonal när de utför delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Om personen som behöver kompressionsstrumpan själv kan ansvara för när strumpan ska tas på eller av, men inte själv ta på eller av strumpan kan det bli aktuellt med bistånd enligt socialtjänstlagen. I det fallet hamnar vi i område C. Om patienten däremot själv kan ansvara för behandlingen och själv eller med hjälp av en närstående utföra den, så kan det utförandet placeras i område A. Ett annat sätt att illustrera samverkan mellan hälso- och sjukvård och kommunalt finansierad hemtjänst återfinns i figur 5. I respektive ruta anges även kopplingar till figur 4.

		Hälso- och sjukvård eller egenvård?	
		Hälso- och sjukvård	Egenvård
Har patienten hemtjänst?	Ja	Omsorgspersonal kan utföra delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Förutsätter arbetsledningens godkännande. Område D i figur 4	Omsorgspersonal ger hjälp och stöd till en person – efter biståndsbeslut – att själv utföra medicinsk behandling. Område C i figur 4
	Nej	Distriktssköterskor och undersköterskor från primärvården utför alla hälso- och sjukvårdsåtgärder. Område D i figur 4	Patienten utför själv behandlingen eventuellt med hjälp från närstående. Område A i figur 4

Figur 5. Samverkan mellan hälso- och sjukvård och hemtjänst i samband med utförande av ordinerad behandling av legitimerad yrkesutövare.

Hemtjänsten kan i två fall bli engagerad i utförandet av hälso- och sjukvårdsuppgifter när behandlingar är beslutade av legitimerade yrkesutövare. Om arbetsledning tillåter att omsorgspersonalen mottar delegeringar kan personalen utföra delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Omsorgspersonalen blir hälso- och sjukvårdspersonal när de utför de delegerade uppgifterna. Det andra fallet där hemtjänstpersonal kan utföra behandlingar är i samband med egenvård om patienten själv kan ansvara för säkerheten men inte själv praktiskt kan utföra behandlingen. Hemtjänstpersonal kan – efter biståndsbeslut – då utföra den medicinska behandlingen enligt patientens instruktioner. Hemtjänstpersonalen är då inte att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal.

5. Samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst

Egenvård handlar i en betydande utsträckning om samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Samverkan mellan sjukvård och socialtjänst upplevs ofta som problematisk i många länder. Därför finns det en hel del forskning publicerad om denna typ av samverkan. Ambitionen med denna rapport är dock inte att presentera en heltäckande bild av forskning om samverkan. Därför kommer vi nedan att endast diskutera erfarenheter från de två utvecklingsprojekt som denna rapport bygger på i relation till ett mycket snävt urval av

publicerad forskning; forskning med särskilt stor relevans för erfarenheterna från utvecklingsprojekten.

Anders Anell och Ola Mattisson pekar ut tre olika nivåer för samverkan inom offentligt finansierad verksamhet: interprofessionell samverkan (mellan olika professioner/yrkesgrupper), interorganisatorisk samverkan (mellan organisatoriska enheter) och intersektoriell samverkan (mellan huvudmän) (Anell och Mattisson, 2009). De två utvecklingsprojekt som denna rapport behandlar stämmer mycket väl in Anell och Mattissons beskrivning. Den interprofessionella samverkan handlar om samverkan mellan läkare, distriktssköterskor, biståndshandläggare och hemtjänstpersonal. På den interorganisatoriska nivån handlar samverkan om samverkan mellan specialiserad sjukvård och primärvård inom hälso- och sjukvården och samverkan mellan beställarenhet och utförarenheter inom kommunalt finansierad socialtjänst. På den intersektoriella nivån handlar samverkan om samverkan mellan huvudmän för hälso- och sjukvård och kommuner. När samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst betraktas utifrån dessa tre nivåer är det kanske inte så konstigt att samverkan i praktiken inte sällan är en komplicerad aktivitet.

Är problem med samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst endast kopplade till att samverkan ofta sker på flera nivåer? Bob Hudson menar att problemet för kvalitetsutveckling av vård och omsorg framförallt handlar om samverkan mellan yrkesgrupper (Hudson, 2002). Hudson anser att det finns ett pessimistiskt och ett optimistiskt perspektiv på interprofessionell samverkan. I det pessimistiska perspektivet finns bland annat farhågorna att yrkesmässig identitet, statusskillnader och lojalitet med egna yrkesgrupper gör att samverkan mellan yrkesgrupper inom och mellan sjukvård och socialtjänst aldrig kan fungera särskilt bra. Yrkesmässig identitet handlar om hur erfarna kollegor socialiserar mindre erfarna kollegor till att anta de erfarna kollegornas ”praktiska visdom”. Denna ”praktiska visdom” styr hur olika vardagliga problem förstås och hanteras och används inte endast som stöd för att lösa problem utan även för att definiera vad som ska anses vara problem som är värda att lösa.

Statusskillnader mellan olika yrkesgrupper kan också påverka samverkan. Yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård och socialtjänst har olika historier, olika utbildningslängd, olika lön, olika befogenheter, etcetera. Utifrån lång tradition är det läkarna som har den längsta yrkeshistorien, längsta utbildningen, de högsta lönerna och i många fall större yrkesmässiga befogenheter än andra yrkesgrupper. Enligt Hudson kan upplevda statusskillnader mellan personer från olika yrkesgrupper skapa problem för samverkan. Lojalitet med den egna yrkesgruppen är den tredje faktorn som kan försvåra samverkan mellan yrkesgrupper. Utbildning och socialisering till en yrkesgrupp kan skapa en lojalitet som skiljer sig från den formella beslutshierarkin inom organisationer vilket innebär att medlemskap i starkt sammansvetsade yrkesgrupper:

... utvecklar en lydnad till en ideologi och till en uppsättning av ideologiska normer, snarare än till organisatoriska riktlinjer och rutiner. Detta har konsekvensen för interprofessionell samverkan att myndigheter som beslutar om en politik för samverkan inte nödvändigtvis har auktoriteten eller kapaciteten att få personalen engagerad i att genomföra politiken. (Hudson, 2002, sid. 9)

Hudson presenterar dock även ett kontrasterande positivt perspektiv på samverkan mellan yrkesgrupper. I det positiva perspektivet finns argumenten att samverkan helt enkelt är ett måste för att skapa en bra vård och omsorg för medborgare (normativt argument), att det finns en politisk samsyn på behovet att olika yrkesgrupper samverkar (politiskt argument)

och att inom organisationsforskning faktiskt finns välgrundade ”optimistiska” hypoteser som är värda att utforska (akademiskt argument).

Rosemary Rushmer och Gillian Pallis kan anses tillhöra det positiva perspektivet, även om de inte själva använder det begreppet (Rushmer och Pallis, 2002). De anser att det finns en hel del forskning som visar att olika yrkesgrupper kan arbeta tillsammans, men att det krävs speciella förutsättningar för att det ska lyckas. Rushmer and Pallis huvudpoäng är att väl fungerande samverkan kräver tydliga gränser mellan olika yrkesgruppers verksamhets- och kompetensområden. Det måste finnas en respekt för att samarbetspartners både bär på delar av den egna kunskapen, men även unik kunskap. För att en respekt för andra yrkesgruppers kompetens måste det finnas tydliga gränser där den egna kunskapen tar slut och där samarbetspartners kunskaper tar vid. Otydliga gränser är däremot en katastrof för väl fungerande samverkan enligt Rushmer och Pallis. Om denna diskussion överförs till figur 4, så fokuserar figuren på formella regler (formell struktur) som olika samarbetspartners har att utgå ifrån i sitt arbete. Ett tydligt resultat från de projekt som denna rapport bygger på är att det är en nödvändig förutsättning – om än inte en tillräcklig förutsättning – att samtliga yrkesgrupper som ska samverka över huvudmannagränser måste känna till åtminstone centrala lagrum och föreskrifter inom områdena A, B, C, D i figur 4.

Det är alltså viktigt – enligt vår erfarenhet utifrån de två projekt som denna rapport bygger på – att det finns en kunskap om både den formella strukturen som styr det egna arbetet, men även grundläggande kunskap om den formella struktur som styr samarbetspartners arbete. Om det inte finns en grundläggande kunskap om regler som styr samarbetspartners arbete, går det inte heller att vara medveten var det egna verksamhetsområdet slutar och var samarbetspartners verksamhetsområde tar vid. Om gränserna är otydliga eller obefintliga är det lätt hänt att samverkan inte alls blir samverkan utan istället ett tillstånd av missförstånd, konflikter, misstro och ibland illa dolt förakt.

Är då det positiva perspektivet på samverkan ett realistiskt perspektiv? Nej, på goda grunder finns det anledning att utgå från att företrädare för de olika yrkesgrupperna i själ och hjärta vill samverka för att personer som är i behov av vård och omsorg ska kunna bli hjälpta på bästa sätt. Och det måste tilläggas att samverkan sker ofta och inte sällan med bra resultat. Samtidigt fungerar samverkan ibland dåligt och ibland blir det ingen samverkan alls. I olyckliga fall når konflikter en sådan nivå att en utpräglad suboptimering uppstår som gör att samlade resurser används på ett påtagligt ineffektivt sätt.

Ofta framförs synpunkter om att brister i samverkan mellan hälso- och sjukvård och kommunal omsorg beror på ett oklart regelverk (se exempelvis Nilsson Bågenholm, 2010). De erfarenheter vi på Nestor FoU-center har fått från de två utvecklingsprojekt som denna rapport bygger på är att huvudproblemet inte är att det befintliga regelverket är oklart. Dessa erfarenheter stärks också av erfarenheter förmedlade av Barbro Westerholm – läkare, före detta generaldirektör för Socialstyrelsen och numera riksdagsman. Westerholm ger följande förslag för att utveckla samverkan mellan hälso- och sjukvård och omsorg:

Hälso- och sjukvård och omsorg för äldre kräver teamarbete. Vilka som ingår i teamet beror på vilka behov den äldre har. Teamarbete fordrar kunskap hos de ingående yrkesgrupperna om var gränserna går för den ens och andres kompetens och ansvar. Detta måste förmedlas både i grund- och vidareutbildning. (Westerholm, 2010)

Hur ska problem med samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst bäst hanteras? Det är självklart att det inte finns någon enkel lösning på dessa problem. Om lösningen hade varit enkel hade så klart problemen redan varit lösta. En aspekt av Hudsons (2002) politiska

argumentet är dock att det tveklöst finns en politisk samsyn mellan alla politiska partier på behovet att olika yrkesgrupper samverkar inom och mellan hälso- och sjukvård och omsorg. En annan aspekt på det politiska argumentet är att hälso- och sjukvård och kommunal socialtjänst är olika delar av redan lagstiftad socialpolitik. Även om vissa representanter för olika yrkesgrupper kanske anser att vissa författningar inte kan tillämpas av olika skäl, så har tveklöst alla som arbetar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst en skyldighet att följa lagar och föreskrifter. Våra erfarenheter från de två utvecklingsprojekt som denna rapport bygger på är också att föreskrifter från Socialstyrelsen generellt sett är väl övervägda och att när alla aspekter på problem är beaktade är det svårt att hitta andra bättre lösningar än de som finns i föreskrifterna.

Det är dock givetvis så att föreskrifter inte alla gånger praktiskt kan tillämpas till punkt och pricka. Den praktiska verkligheten är inte sällan alltför komplex för det. Problemet är dock sällan att författningar som reglerar samverkan mellan hälso- och sjukvård och omsorg inte tillämpas till punkt och pricka. Problemet är istället att det inte är ovanligt att yrkesutövare som direkt eller indirekt samverkar med andra yrkesgrupper inte känner till centrala lagrum och föreskrifter som är avsedda att styra och att underlätta samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Tyvärr är vår erfarenhet att missförstånd och konflikter mellan representanter för olika yrkesgrupper ofta kan kopplas till begränsade kunskaper om lagar och föreskrifter som är avsedda att ge stöd för samverkan eller som styr samarbetspartners verksamhet.

Om företrädare för yrkesgrupper behöver grundläggande eller goda kunskaper om författningar beror givetvis på arbetsuppgifter och utbildningsnivå. Personal som ofta samverkar över huvudmannagränser behöver emellertid – enligt vår erfarenhet på Nestor FoU-center – goda kunskaper om lagar och föreskrifter för de sysslor som samarbetet handlar om. Kompetensutveckling för olika yrkesgrupper om den juridiska ”regelboken” för sin och samarbetspartners verksamhet kommer dock inte att komma igång av sig själv. Det förefaller därför nödvändigt att beställare av sjukvård på ett annat sätt än idag följer upp sina avtal med vårdgivare avseende följsamhet till lagar och föreskrifter. Det förefaller också helt centralt att verksamhetschefer för hälso- och sjukvård är tydliga i sin kommunikation till sina medarbetare att relevanta författningar är en del av organisationens formella struktur och inte något som endast är relevant i samband med granskning av tillsyningsmyndigheter.

Referenser

- Anell, A. och Mattisson, O. (2009). *Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt*. Lund: Studentlitteratur.
- Hudson, B. (2002). Interprofessionalism in Health and Social care: the Achilles' Heel of Partnership? *Journal of Interprofessional Care*, 16 (1), 8-17.
- Nilsson Bågenholm, E. (2010) Läkare behövs i äldreården. *Läkartidningen*, nr. 45, 2771.
- Rushmer, R. och Pallis, G. (2002). Inter-Professional Working: The Wisdom of Integrated Working and the Disaster of Blurred Boundaries, *Public Money and Management*, 23 (1), 59-66.
- Socialstyrelsen (2004). Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008). Hemsjukvård i förändring: en kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag på indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009). Meddelandeblad: Socialstyrelsens föreskrifter om bedömning av egenvård. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2008:126. I den äldres tjänst: Äldreassistent – ett framtidsyrke. Stockholm, Socialdepartementet.
Westerholm, B. (2010). Reformera utbildningen inom hälso- och sjukvården samt omsorgen för äldre. *Äldre i centrum – tidskrift för aktuell äldreforskning*, nr. 3, 34 – 35.

Lagar, föreskrifter och propositioner

1982:763. Hälso- och sjukvårdslag.
1996:799. Patientskadelag.
2001:453. Socialtjänstlagen.
2010:659. Patientsäkerhetslagen.
LVFS 2009:13. Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Uppsala, Livsmedelsverket.
Proposition 2009/10:116. Värdigt liv i äldreomsorgen. Stockholm, Socialdepartementet
SOSFS 1997: 14. Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård. Stockholm, Socialstyrelsen.
SOSFS 2001:1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården. Stockholm, Socialstyrelsen.
SOSFS 2005:27. Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. Stockholm, Socialstyrelsen.
SOSFS 2008:1. Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården
SOSFS 2009:6. Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Stockholm, Socialstyrelsen.



Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
hemsida: www.nestor-foucenter.se
tel: 070-814 59 31
e-post: nestor@haninge.se