

*isf*

INSPEKTIONEN FÖR  
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

Rapport 2016:16

Sjukvårdande insatser  
och personlig assistans

*isf*



Rapport 2016:16

# Sjukvårdande insatser och personlig assistans

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Stockholm 2016

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har till uppgift att genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning värna rätts-säkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet.

Systemtillsyn innebär att granska om regelverket tillämpas korrekt och enhetligt. Effektivitetsgranskning innebär att granska om en verksamhet fungerar effektivt med utgångspunkt i det statliga åtagandet.

Publikationen kan läsas online, laddas ner och beställas på [www.inspsf.se](http://www.inspsf.se)

© Inspektionen för socialförsäkringen  
Tryckt av Elanders Sverige AB  
Stockholm 2016

ISBN: 978-91-88098-49-8

# Innehåll

Generaldirektörens förord .....	5
Sammanfattning .....	7
Summary .....	9
1 Inledning .....	13
1.1 Utgångspunkterna för granskningen .....	14
1.2 Tillvägagångssättet i granskningen .....	15
1.3 Rapportens disposition .....	17
2 Sjukvårdande insatser blir egenvård .....	19
2.1 Personlig assistans ett stöd i och utanför hemmet för delaktighet i samhällslivet .....	19
2.2 Avgränsningen mellan sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen och egenvård i assistansen .....	22
2.3 Systemet för egenvårdsbedömningar .....	22
2.4 Ansvarsfrågan vid hälso- och sjukvård .....	26
2.5 Ansvarsfrågan vid egenvård .....	27
2.6 Egenvårdens del av assistansersättningen är oklar .....	28
2.7 Försäkringskassans vägledning för handläggningen .....	29
3 Konsekvenser av ny praxis om egenvård .....	33
3.1 Stöd med grundläggande behov ska vara av privat och känslig karaktär .....	34
3.2 Enbart personer med psykisk funktionsnedsättning kan beviljas annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade .....	34
3.3 Egenvård är inte grundläggande behov .....	37
3.4 Försäkringskassans styrning med anledning av nya praxisen .....	38

4	Försäkringskassan och egenvårdsbedömningarna .....	41
4.1	Vägledningen som gällde under intervjuperioden .....	42
4.2	Intervjuer med tre av Försäkringskassans kontor .....	42
4.3	Några ärenden från Försäkringskassan .....	49
5	Assistansanordnarna i systemet.....	55
5.1	En privat assistansanordnare.....	56
5.2	Ett brukarkooperativ .....	57
5.3	En kommunal anordnare.....	60
6	Andra aktörer i egenvårdssystemet .....	63
6.1	Kommuner och landsting om egenvården .....	64
6.2	Samordning mellan kommunerna och landstingen kring egenvård.....	65
6.3	Tidigare avtal mellan Försäkringskassan i Stockholms län och Stockholms läns landsting.....	68
6.4	Inspektionen för vård och omsorg .....	69
6.5	Arbetsmiljöverket .....	70
7	Diskussion och slutsatser .....	73
	Referenslista.....	79

## Generaldirektörens förord

Möjligheten till personlig assistans har gett personer med stora funktionsnedsättningar ökad frihet och större självbestämmande. Detta är viktigt att värna, men det är även viktigt att tydliggöra gällande förutsättningar.

Personlig assistans beviljas för grundläggande behov och andra personliga behov av kommunerna eller Försäkringskassan. Men Försäkringskassan får inte bevilja assistansersättning för de sjukvårdande insatser som många assistansberättigade behöver, om inte legitimerad sjukvårdspersonal har bedömt att den aktuella sjukvården kan utföras av patienten eller någon annan, till exempel en personlig assistent, i form av så kallad egenvård.

I denna rapport undersöker ISF, på regeringens uppdrag, hur Försäkringskassan tolkar reglerna om egenvård och i vilken utsträckning ansvar kan utkrävas om något går fel. I samband med detta redovisas hur relevant domstolspraxis påverkar Försäkringskassans tillämpning av reglerna om assistansersättningen.

Granskningen visar att lagstiftningen är otydlig när det gäller olika huvudmäns ansvar och att det finns incitament för kommuner och landsting att vältra över ansvaret för sjukvårdande insatser på personliga assistenter som därmed ofta tvingas ta ett orimligt stort ansvar.

Av granskningen framgår även att Högsta förvaltningsdomstolen (HFD), i några centrala domar, har ändrat praxis gällande sjukvård i personlig assistans i en kraftigt åtstramande riktning. Dessa domar innebär att många brukare riskerar att bli av med sin assistans. Detta kan tillämpande myndigheter – i detta fall Försäkringskassan – inte ändra på, eftersom myndigheten är skyldig att följa den praxis som

fastställts av HFD. Om konsekvenserna av dessa domar inte överensstämmer med lagstiftarens intentioner bör regeringen tydliggöra detta och föreslå att gällande lagstiftning förändras.

Rapporten har skrivits av Tomas Agdalen (projektledare) och Malin Josephson (projektmedarbetare). Praktikant Anna Maria Karlsson har deltagit i arbetet.

Stockholm i december 2016

*Maria Hemström-Hemmingsson*



## Sammanfattning

Försäkringskassan får inte bevilja assistansersättning för sjukvårdande insatser som utförs enligt hälso- och sjukvårdslagen. Försäkringskassan kan däremot bevilja assistansersättning för insatsen om det bedöms att en sådan åtgärd kan utföras som egenvård, till exempel av en personlig assistent.

Bedömningen görs av en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården med stöd av Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift. Bedömningen sker då enligt ett strikt system som innehåller bland annat krav på systematisk uppföljning, planer och dokumentation. Bedömningen ska ta hänsyn till den kompetens som den som ska utföra egenvården har och utgår ifrån att åtgärden ska kunna utföras patientsäkert. Egenvården utförs utanför hälso- och sjukvårdens ansvarssystem.

Regeringen har gett Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) i uppdrag att bland annat undersöka hur Försäkringskassan tolkar reglerna om egenvård och i vilken utsträckning ansvar kan utkrävas om något går fel. ISF har dessutom undersökt domstolspraxis som berör egenvården och hur den påverkar hur Försäkringskassan tillämpar reglerna om assistansersättningen. Granskningens huvudresultat är att:

- Försäkringskassan uppfattar att det är svårt att få tillräckliga underlag från hälso- och sjukvården som grund för om en åtgärd ska betraktas som egenvård eller inte.
- I Försäkringskassans handläggning av assistansersättning är gränsdragningen otydlig och svår mellan om en åtgärd ska räknas som stöd som hör till brukarens dagliga liv eller ska räknas som en sjukvårdande åtgärd. Om åtgärden räknas som stöd i det dagliga livet kan den ingå i brukarens grundläggande behov.

- Försäkringskassan har inte följt en enhetlig struktur för att bedöma när eller för vilka åtgärder hälso- och sjukvården bör ta ställning till om åtgärden är sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller egenvård.
- Försäkringskassan har under år 2016 bestämt att egenvård inte kan vara grundläggande behov. Det motiverades av en dom från Högsta förvaltningsdomstolen. Det gör det svårare för personer att kvalificera sig för statlig assistansersättning. Effekten har förstärkts genom en dom som innebär att så kallad medicinsk tillsyn inte heller kan vara grundläggande behov. Det medför att personer med stort behov av sjukvårdande insatser, oavsett om insatserna utförs enligt hälso- och sjukvårdslagen eller som egenvård, riskerar att mista den statliga assistansersättningen.
- Det finns en oro hos dem som anordnar assistans över att de personliga assistenterna utför åtgärder där säkerheten för brukaren kan ifrågasättas.
- En åtgärd som utförs med stöd av en egenvårdsbedömning omfattas inte av hälso- och sjukvårdslagstiftningens ansvarssystem. Det innebär att den personliga assistenten kan bli skyldig att betala skadestånd om hon eller han orsakar en sak- eller personskada.

*ISF rekommenderar* att regeringen ser över möjligheterna att skapa ett system som förenklar bedömningarna och förtydligar vilket ansvar olika huvudmän har för de insatser som personliga assistenter gör.

*ISF rekommenderar* att regeringen när det gäller de grundläggande behoven överväger i vilken mån nu gällande praxis står i överensstämmelse med målen för den personliga assistansen och det uppdelade huvudmannansvaret. Om regeringen bedömer att det finns behov av en förändring i hur reglerna om personlig assistans tillämpas i dag bör regeringen föreslå lagändringar för att åstadkomma en sådan förändring.

*ISF rekommenderar* också att regeringen klargör vilken typ av stöd som i första hand ska ersättas av respektive huvudman.

# Summary

## Healthcare measures and personal care assistance

The Swedish Social Insurance Inspectorate (Inspektionen för socialförsäkringen, ISF) is an independent supervisory agency for the Swedish social insurance system. The objectives of the agency are to strengthen compliance with legislation and other statutes, and to improve the efficiency of the social insurance system through system supervision and efficiency analysis and evaluation.

The ISF's work is mainly conducted on a project basis and is commissioned by the Government or initiated autonomously by the agency. This report has been commissioned by the Government.

### *Background*

In Sweden, persons with major functional impairments and with an extensive need for support in their daily lives may be entitled to personally tailored benefits, one of which is Assistance Benefit (Assistansersättning). Certain conditions of need for help with specific, basic needs must be met in order to be eligible for Assistance Benefit. Examples of these needs include help with eating, dressing and undressing, personal hygiene, communicating with others and a range of other activities potentially requiring detailed knowledge of the person's specific functional impairment. If a person is entitled to more than, on average, 20 hours per week of assistance to meet these fundamental needs, the person is also entitled to, by the Social Insurance Code, other forms of personal support in their daily life.

The Swedish Social Insurance Agency (SSIA) cannot grant Assistant Benefit for healthcare measures carried out in accordance with the Health and Medical Services Act. The SSIA can, however, grant Assistant Benefit for a healthcare measure if it is assessed that the measure can be performed as self-care by a personal assistant. Self-care is performed outside the liability of the healthcare services.

The assessment whether a healthcare measure should be considered as self-care is carried out by the healthcare services, following the instructions for self-care by The Swedish National Board of Health and Welfare.

### *Objectives*

The Government has given a commission to ISF to examine how the Swedish Social Insurance Agency (SSIA) interprets the rules regarding self-care and the extent of liability if something goes wrong. ISF has also examined legal practice and how it affects application of the rules on assistance allowances by the SSIA.

### *The main findings of the study are that:*

- SSIA finds it difficult to obtain sufficient evidence from the healthcare services for judging whether a measure should be considered as self-care or not.
- In handling assistance allowances, it is difficult for SSIA to decide the distinction between whether a measure should be counted as support related to the individual's daily life or as a healthcare measure. If the measure is counted as support in everyday life, it can be included in the basic needs.
- SSIA has not followed a uniform structure for assessing which measures the healthcare services should assess as a measure for self-care or for healthcare in accordance with the Health and Medical Services Act.
- In 2016 SSIA decided that self-care is not classified as a basic need. It was justified by a judgement of the Supreme Administrative Court. This makes it harder for people to qualify for state assistance allowances. The effect has been reinforced by a judgement that means that medical supervision

is not part of a person's basic needs. This means that people in great need of healthcare measures, irrespective of whether they fall under the Health and Medical Services Act or self-care, risk losing their government assistance allowance.

- There is a concern among those who arrange assistance that personal assistants may perform measures in which the safety of the individual receiving them may be questioned.
- A measure performed under self-care assessment is not covered by the healthcare legislation's liability system. This means that the personal assistant may be required to pay damages if he or she causes damage or injury.



# 1 Inledning

Försäkringskassan beviljar statlig assistansersättning för personlig assistans för hjälp med brukares (de assistansberättigades) grundläggande behov och andra personliga behov. Många brukare av assistansersättning behöver också hjälp med sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Men Försäkringskassan får inte bevilja assistansersättning för sådan sjukvård.<sup>1</sup> Däremot kan Försäkringskassan bevilja ersättning för insatser som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt som egenvård. Det är ett detaljerat system som kräver individuella bedömningar, uppföljning och dokumentation.

Det har samtidigt betydelse för rätten till assistansersättning om Försäkringskassan bedömer egenvården som grundläggande behov eller som andra personliga behov. Den som får sin egenvård klassad som andra personliga behov kan förlora rätten till statlig ersättning eftersom de grundläggande behoven då inte blir tillräckligt omfattande. Dessa personer måste då i stället ansöka om personlig assistans i sin hemkommun.

I denna granskning används följande centrala begrepp:

*Egenvård* är i detta sammanhang en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv, eller exempelvis en personlig assistent, kan utföra på ett säkert sätt. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen.

---

<sup>1</sup> 51 kap. 5 § socialförsäkringsbalken (SFB).

*Hälso- och sjukvård* är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen omfattar sådan verksamhet som kräver personal med utbildning inom hälso- och sjukvård eller sådan personal i samarbete med annan personal.

*Grundläggande behov* inom assistans är brukarens behov av hjälp med personlig hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade. En förutsättning för att få rätt till personlig assistans är att brukaren behöver hjälp med något av de grundläggande behoven. Om brukaren behöver hjälp i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka kan Försäkringskassan bevilja henne eller honom statlig assistansersättning. Om behovet är mindre kan hemkommunen bevilja brukarens personliga assistans.

*Andra personliga behov* inom assistans är andra behov av ett personligt stöd för att ge brukaren möjligheter till att leva ett självständigt liv.

## 1.1 Utgångspunkterna för granskningen

Regeringen vill få bättre kunskap om hur bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård inom assistansersättningen görs. Därför har ISF i regleringsbrevet för år 2016 fått i uppdrag av regeringen att granska och analysera hur Försäkringskassan tolkar regelverket, hur planeringen görs och dokumenteras samt i vilken utsträckning ansvar kan utkrävas om något går fel.<sup>2</sup>

ISF har granskat dels de formella kraven för egenvårdsbedömningen som hälso- och sjukvården, utförarna av assistans och de personliga assistenterna ska följa, dels hur Försäkringskassan tillämpar reglerna. Därför har ISF både undersökt hur Försäkringskassan och olika assistansanordnare arbetar med tid som gäller sjukvårdande åtgärder. Det gäller både delegerad sjukvård som utförs av personliga assistenter enligt hälso- och sjukvårdslagen och sjukvårdsinsatser som hälso-

---

<sup>2</sup> Regeringsbeslut den 17 december 2015, S2015/07997/RS.



och sjukvården bedömt kan utföras av personliga assistenter som egenvård. Dessutom har ISF granskat hur anordnarna följer upp egenvården och i vilken mån de har kunskap i olika ansvarsfrågor.

Efter sommaren 2016 har det från olika håll förts fram kritik mot att Försäkringskassan räknar allt fler insatser som egenvård och att de faller under andra personliga behov i stället för under grundläggande behov. Det finns därför en farhåga om att många kan bli av med sin statliga assistansersättning eftersom behovet av stöd med grundläggande behov kan bli för litet. Olika exempel har dessutom lyfts fram (se kapitel 3).

Även Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att granska egenvården. De genomför en systematisk granskning av hur hälso- och sjukvården arbetar med att följa upp de egenvårdsbedömningar som gjorts. Socialstyrelsen ska redovisa resultatet från granskningen under våren 2017.

I Socialstyrelsens uppdrag ingår bland annat att kartlägga processen som leder till egenvårdsinsatser, till exempel när det gäller hur hälso- och sjukvården informerar om, bedömer, journalför och inhämtar samtycke i samband med ett beslut om egenvårdsinsatser. I Socialstyrelsens uppdrag ingår också att undersöka vilka säkerhetsaspekter som hälso- och sjukvården tar hänsyn till, samt hur vården försäkrar sig om att patienter och närstående verkligen kan genomföra insatserna. Det ingår också att kartlägga hur hälso- och sjukvården ordnar med nödvändig teknisk service av de apparater som finns i hemmet och hur de säkerställer att patienter eller närstående kan hantera apparaterna. Socialstyrelsen ska också kartlägga hur vanligt det är att hälso- och sjukvården beslutar om egenvårdsinsatser och hur vanligt det är med patientskador i samband med egenvårdsinsatser.

Inom ramen för sitt uppdrag har ISF samrått med Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

## 1.2 Tillvägagångssättet i granskningen

Denna rapport bygger på dokumentstudier, intervjuer med tjänstemän på Försäkringskassan och med anordnare av assistans. Dessutom innehåller rapporten exempel från Försäkringskassans ärendeakter på fall där frågor om egenvård varit aktuella. ISF har även intervjuat representanter för Sveriges kommuner och landsting (SKL), IVO och

Arbetsmiljöverket. Under granskningen har projektgruppen också haft en dialog med Socialstyrelsen och med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har behandlat och vårdat patienter som fått statlig assistansersättning. Underlaget för granskningen har huvudsakligen hämtats in under vintern och våren år 2016.

ISF har besökt tre av Försäkringskassans kontor som handlägger assistansersättning – ett kontor med få ärenden och två större kontor. Kontoren är spridda över landet. I december 2015 var antalet assistansberättigade i Sverige 16 142 personer enligt Försäkringskassans statistik. 1 861 av dessa personers ärenden har utretts och beslutats på något av de kontor som ISF besökte.<sup>3</sup> På varje ort har ISF även träffat en anordnare av personlig assistans. ISF har under granskningen träffat en privat anordnare, ett brukarkooperativ och en kommun som anordnar personlig assistans. Under granskningen har ISF även intervjuat centralt placerade tjänstemän på Försäkringskassan, bland annat försäkringsmedicinsk koordinator och verksamhetsansvariga för assistansersättningen.

Vid besöken på kontoren har Försäkringskassan på orten själva bestämt vilka som deltagit i intervjun. I intervjuerna deltog personliga handläggare, enhetschefer, specialister, försäkringsmedicinska rådgivare och verksamhetsutvecklare.

Inför ISF:s besök på Försäkringskassans kontor fick de handläggande tjänstemännen ta fram ärenden där det varit viktigt att skilja på om insatserna ska räknas som egenvård på den försäkrades ansvar eller som insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen under medicinskt yrkesansvar.<sup>4</sup> Ärendena har redigerats så att det inte ska gå att identifiera enskilda brukare.

Tillvägagångssättet i granskningen ger tillräckligt med underlag för att visa att det förekommer att Försäkringskassan utreder sjukvårdande insatser i assistansersättningen på det sätt som beskrivs i rapporten. Underlaget är också tillräckligt för att visa att det förekommer att anordnare arbetar på det sätt som observerats. Det går däremot inte att dra slutsatser om hur representativt eller vanligt förekommande det som observerats är.

---

<sup>3</sup> Totalt antalet ärenden gäller december 2105 medan antalet för kontoren gäller för februari 2016.

<sup>4</sup> Jämför Försäkringskassan (2015 a), s. 161.

### 1.3 Rapportens disposition

Rapporten har följande disposition.

Kapitel 2 tydliggör avgränsningen mellan sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen och egenvård och även systemet för egenvårdsbedömningar. Dessutom beskrivs vad hälso- och sjukvård och omvårdnad är och vilket ansvar som gäller vid egenvård.

Kapitel 3 beskriver hur ny rättspraxis om personlig assistans får direkt genomslag i Försäkringskassans tillämpning bland annat när det gäller brukarens grundläggande behov. Kapitlet beskriver också insatsen personlig assistans och det delade huvudmannskapet för insatsen.

Kapitel 4 redogör för hur och i vilken typ av ärenden som tjänstmännen på Försäkringskassan har utrett sjukvårdande åtgärder och egenvård.

Kapitel 5 beskriver assistansanordnarnas erfarenheter.

Kapitel 6 lyfter fram några andra aktörers syn på sjukvårdande åtgärder inom assistansen.

Kapitel 7 innehåller ISF:s avslutande diskussion och rekommendationer.



## 2 Sjukvårdande insatser blir egenvård

Numera kan många människor med omfattande funktionsnedsättningar bo i egna bostäder med hjälp av olika tekniska hjälpmedel och personlig hjälp av exempelvis personliga assistenter. Det var också ett av syftena med handikappreformen från år 1994. Dessa personer behöver ofta sjukvårdande insatser varje dag. För att de ska slippa besöka vårdinrättningar, eller undvika att hälso- och sjukvården behöver skicka ut sjukvårdspersonal, finns ett system för att låta exempelvis personliga assistenter utföra sjukvårdsåtgärder som ges som delegerad sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller som egenvård. I systemet ingår då en bedömning av att insatserna kan räknas som egenvård.

En sjukvårdsåtgärd enligt hälso- och sjukvårdslagen som har bedömts som egenvård är fortfarande en sjukvårdande åtgärd.

Detta kapitel tydliggör begreppet personlig assistans, lagstiftarens intentioner med insatsen personlig assistans och systemet för egenvårdsbedömningarna närmare. Dessutom behandlas frågan om vad hälso- och sjukvård är, patientsäkerhet och ansvarsfrågor.

### 2.1 Personlig assistans ett stöd i och utanför hemmet för delaktighet i samhällslivet

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) trädde i kraft den 1 januari 1994. Lagens tio insatser, varav personlig assistans är en, är en del av den så kallade handikapp-

reformen.<sup>5</sup> Ett av syftena med reformen var att avprofessionalisera handikappstödet och öka brukarnas inflytande över hur stödet genomförs.<sup>6</sup> Reformen var en fortsättning på den då pågående avinstitutionaliseringen.<sup>7</sup>

Målet med handikappreformen var att människor med omfattande funktionsnedsättning ska kunna leva ett värdigt liv, så likt andra människors som möjligt och i gemenskap med andra människor. Insatserna ska vara så utformade att de stärker brukarens möjligheter att leva ett självständigt och oberoende liv och att delta aktivt i samhällslivet.<sup>8</sup> Förarbetena till reformen lyfte särskilt fram att personlig assistans alltid bör övervägas som alternativ för barn och ungdomar till att bo utanför föräldrahemmet och för vuxna till att bo på en institution.<sup>9</sup> Stöd med personlig assistans i eget boende var ett sätt för lagstiftaren att förverkliga målet med reformen.

Som har beskrivits i inledningen kan personlig assistans beviljas för personlig assistans för brukarens grundläggande behov och för andra personliga behov.<sup>10</sup> Det är möjligt att ha personlig assistans enbart för grundläggande behov, men inte bara för andra personliga behov. Stödet var tänkt att ges till dem som har de mest omfattande behoven.

Grundläggande behov fördes in som begrepp och definierades i LSS först år 1996<sup>11</sup>, ett par år efter att lagen trädde i kraft. I de grundläggande behoven ingår hjälp med personlig hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om personen med funktionsnedsättning. Ursprungligen beskrevs detta, utan någon vidare precisering, som stöd i krävande eller i olika avseenden komplicerade situationer, i regel av mycket personlig karaktär.<sup>12</sup>

---

<sup>5</sup> Prop. 1992/93:159.

<sup>6</sup> Prop. 1992/93:159, s. 44.

<sup>7</sup> Den som på grund av funktionshinder tillhör någon av de tre personkretsarna i 1 § LSS kan beviljas insatser enligt lagen. Bedömningen av om någon tillhör personkretsarna görs utifrån medicinska diagnoser, bland annat utvecklingsstörning och autismlikande tillstånd (personkretsarna 1–2), eller utifrån en funktionsbedömning, baserad på de svårigheter personen har i sin dagliga livsföring, till exempel rörelsehindrade och psykiskt funktionshindrade personer (personkrets 3).

<sup>8</sup> Prop. 1992/93:159, s. 50.

<sup>9</sup> Prop. 1992/93:159, s. 64.

<sup>10</sup> 9 a § LSS.

<sup>11</sup> Prop. 1995/96: 146, SFS 1996:534.

<sup>12</sup> Prop. 1992/93:159, s. 64.

I samband med att de grundläggande behoven definierades i lagen slogs också fast att den som har rätt till personlig assistans för grundläggande behov även har rätt till assistans för andra personliga behov.<sup>13</sup> Ursprungligen beskrev förarbetena att andra personliga behov handlar om kvalificerad hjälp i andra situationer i det dagliga livet än de av mycket personlig karaktär. Det kan till exempel handla om att personen behöver hjälp för att komma ut i samhället, för att studera, för att delta i daglig verksamhet eller för att behålla ett arbete. På en övergripande nivå kan personlig assistans beskrivas som att den kan beviljas för hjälp med omsorg och hjälp att delta aktivt i samhällslivet.

De som behöver mindre hjälp med grundläggande behov kan få personlig assistans av sin hemkommun<sup>14</sup> enligt reglerna i LSS. Personer med ett större behov får i stället assistansersättning för personlig assistans av Försäkringskassan enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken (SFB).<sup>15 16</sup> Reglerna om utförande av och förutsättningarna för personlig assistans finns huvudsakligen i LSS.<sup>17</sup> Reglerna i SFB om assistansersättning fokuserar på administrativa och finansiella regler för Försäkringskassans handläggning. Det innebär att reglerna i LSS som behandlar utförandet av och förutsättningarna för att bevilja personlig assistans är tillämpliga också för Försäkringskassan.<sup>18</sup>

LSS och reglerna om personlig assistans i SFB är rättighetslagar. Det innebär bland annat att ett beslut kan överklagas till domstol. Domstolen kan då fatta ett beslut som ersätter det beslut som överklagats. Myndigheter ska följa rättspraxis, som i detta fall i första hand utföras av Högsta förvaltningsdomstolen (HFD).<sup>19</sup> Ett ställningstagande från HFD kan därför från den ena dagen till den andra ändra om en persons behov av stöd ska omfattas av lagstiftningen eller inte.

<sup>13</sup> 9 a § andra stycket LSS.

<sup>14</sup> Kommunen kan bevilja biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans, 9 § 2 LSS.

<sup>15</sup> Försäkringskassan kan bevilja assistansersättning med en timschablon för ett visst antal timmar för köp av personlig assistans eller kostnader för personlig assistans, 51 kap. 4, 9 och 11 §§ SFB.

<sup>16</sup> Personer som behöver hjälp med de grundläggande behoven i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan kan beviljas assistansersättning av Försäkringskassan, 51 kap. 3 § SFB.

<sup>17</sup> Ett undantag är förbudet i 5 § SFB mot att bevilja personlig assistans för sjukvårdande insats (se vidare avsnitt 2.3).

<sup>18</sup> 51 kap. 2 § andra stycket SFB.

<sup>19</sup> Kammarrätternas avgöranden är i viss mån vägledande, men enbart Högsta förvaltningsdomstolens (HFD:s) avgöranden är prejudicerande.

## 2.2 Avgränsningen mellan sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen och egenvård i assistansen

Assistansersättningen är på olika vis avgränsad gentemot andra huvudmäns ansvar för välfärdsinsatser. Några exempel är när brukaren vistas i skolan, på ett särskilt boende eller i hälso- och sjukvården. Då ansvarar respektive huvudman för stödbehovet. Kommunen kan ordna en elevassistent i skolan eller inom boendets ordinarie omvårdnad och landstinget ansvarar för stödet inom hälso- och sjukvårdens vanliga verksamhet medan en person är inlagd.<sup>20</sup>

Assistansersättning får inte heller beviljas för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen.<sup>21</sup> Avgränsningen mellan assistansersättningen och sjukvårdande insatser motiverades med att sjukvård kräver mer kompetens än vad personliga assistenter förutsattes ha.

För att personer som lever i egna bostäder med hjälp av personliga assistenter finansierade med statlig assistansersättning ska kunna sköta sin sjukvård utan dagliga kontakter med hälso- och sjukvården finns en möjlighet att utföra vissa sjukvårdande insatser som egenvård. I dessa fall kan Försäkringskassan ersätta den tid som personliga assistenter lägger ner på egenvård med assistansersättning. Även åtgärder som i de flesta fall kräver utbildad personal kan omvandlas till egenvård. Det kan till exempel gälla om den personliga assistenten har så pass stor kunskap att hon eller han kan utföra arbetsuppgiften på ett säkert sätt.

## 2.3 Systemet för egenvårdsbedömningar

Begränsningen för Försäkringskassan att bevilja assistansersättning för den tid som gäller sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjuk-

---

<sup>20</sup> Om det finns särskilda skäl kan assistansersättning lämnas även under tid när den funktionshindrade vårdas på sjukhus, 106 kap. 25 § SFL.

<sup>21</sup> I LSS finns ingen begränsning gentemot hälso- och sjukvården. Däremot förtydligas i de ursprungliga förarbetena att kommunerna ska ansvara för merparten av insatserna i LSS på grund av den allmänna utvecklingen som till dess inneburit att kommunerna fått ett allt tydligare och allt mer samlat ansvar för att tillgodose enskildas behov av boende, service och vård (prop. 1992/93:159, s. 93).



vårdslagen<sup>22</sup> infördes samtidigt som det tydliggjordes att assistans kan lämnas för grundläggande behov och andra personliga behov (se avsnitt 2.1). Förbudet motiverades med att det är nödvändigt att ta hänsyn till de särskilda kvalifikationer och den yrkeskunskap som personalen inom hälso- och sjukvården har, och som i många fall är viktig för insatsernas kvalitet.<sup>23</sup> Men motsvarande begränsning saknas i LSS. Kommunerna skulle därmed kunna bevilja personlig assistans även för en sjukvårdande insats enligt hälso- och sjukvårdslagen. Detta kan uppfattas som logiskt i och med att kommunerna har personer med sjukvårdsutbildning anställda och att brukaren enligt reglerna i LSS kan välja mellan att få insatsen utförd av en personlig assistent anställd av kommunen eller att få ersättning för sådan assistans och anställa denne på annat sätt.<sup>24</sup>

#### *Vad är sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen?*

Hälso- och sjukvård är enligt hälso- och sjukvårdslagen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.<sup>25</sup> Det omfattar sådan verksamhet som bedöms kräva personal med utbildning inom hälso- och sjukvård, eller sådan personal som samarbetar med annan personal.<sup>26</sup>

Hälso- och sjukvårdspersonal är de personer som är anställda av en vårdgivare, till exempel läkare, sjuksköterskor (så kallad legitimerad personal) och den som i annat fall biträder en legitimerad yrkesutövare, till exempel en undersköterska.<sup>27</sup>

En vårdgivare utför verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Insatser som hälso- och sjukvårdspersonal utför och åtgärder som är delegerade av hälso- och sjukvårdspersonal till en person som inte är sjukvårdspersonal ska räknas som insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast om delegeringen uppfyller kravet på en god och säker vård.<sup>28</sup> Den som delegerar en

<sup>22</sup> 51 kap. 5 § SFB, SFS 1995:535.

<sup>23</sup> Prop. 1995/96:146, s. 9.

<sup>24</sup> 9 § 2 punkten LSS, jämfört med prop. 1992/93:159, s. 68.

<sup>25</sup> 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

<sup>26</sup> Socialstyrelsen (2013).

<sup>27</sup> 4 § hälso- och sjukvårdslagen.

<sup>28</sup> 6 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659;PSL).

arbetsuppgift till någon annan, ansvarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften.<sup>29</sup> Insatser som utförs som delegerad sjukvård kan alltså inte ersättas med statlig assistansersättningen på grund av förbudet i SFB.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.<sup>30</sup> Hälso- och sjukvård omfattar även att ge patienten den omvårdnad som patienten behöver.<sup>31</sup> Syftet med omvårdnaden inom hälso- och sjukvården kan beskrivas som att ge stöd och hjälp till personer som på grund av sitt hälsotillstånd inte själva klarar att planera eller genomföra handlingar som hör till deras dagliga liv. Målet för omvårdnaden kan även beskrivas som att personen som vårdas, så långt det är möjligt, ska vara självständig och oberoende samt uppleva hälsa.<sup>32</sup> Begreppet omvårdnad förekommer också i LSS<sup>33</sup> och socialtjänstlagen.<sup>34</sup> Men det finns ingen allmänt vedertagen definition av begreppet omvårdnad.

Som redovisats tidigare i rapporten kan en sjukvårdande insats ersättas av Försäkringskassan med assistansersättning under förutsättning att insatsen har bedömts kunna utföras som egenvård.

### *Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift*

Socialstyrelsen har beslutat om särskilda föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, den så kallade egenvårdsföreskriften.<sup>35</sup> Där beskrivs egenvård som en sjukvårdsåtgärd som en behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har bedömt att en person själv kan utföra eller kan utföra med hjälp av någon annan. Egenvården kan till exempel utföras av en anhörig, en personlig assistent, någon anställd inom

---

<sup>29</sup> Se Socialstyrelsens allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården och tandvården (SOSFS 1997:14).

<sup>30</sup> 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

<sup>31</sup> 5 § hälso- och sjukvårdslagen.

<sup>32</sup> För ytterligare beskrivning av begreppet omvårdnad se till exempel Svensk sjuksköterskeförening (2014), och en beskrivning av universitetsämnet omvårdnad <http://www.his.se/om-oss/Utbildningar-och-amnen/Vard-och-halsa/Omvardnad/Amnesdefinition-omvardnad/>, hämtad november 2016-11-29.

<sup>33</sup> Se till exempel 6 § andra stycket LSS.

<sup>34</sup> Se till exempel 9 c § LSS och 2 a kap. 4 § 3 socialtjänstlagen (2001:453).

<sup>35</sup> Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6; egenvårdsföreskriften).

skolan eller omsorgen. Bedömningen är individuell och kan inte föras över till någon annan person utan att en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården gör en ny bedömning.

En och samma insats, exempelvis medicinering, kan utföras av hälso- och sjukvårdspersonal, av en personlig assistent som delegerad sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller som egenvård av personen själv eller med hjälp av en annan person. Ett exempel på en sådan person är den personliga assistenten.

Bedömningen av om en sjukvårdsinsats kan utföras som egenvård ska utgå från en analys av om utförandet av egenvården kan utgöra en risk för att patienten skadas. Bedömningen av egenvård sker genom en så kallad planering av sjukvårdshuvudmannen som ska göras i samråd med patienten och den eller de som ska hjälpa personen att utföra åtgärden. Den som gjort bedömningen ansvarar för att ompröva bedömningen om förutsättningarna ändras. Den som gjort bedömningen ansvarar också för att följa upp egenvården. Bedömningen ska dokumenteras och planeras av hälso- och sjukvården.

Assistansanordnare är skyldiga att ha ett ledningssystem innehållande de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs enligt egenvårdsföreskriften.

Både hälso- och sjukvården och anordnare av personlig assistans, det vill säga assistenternas arbetsgivare, ansvarar för att det finns ett sådant ledningssystem som innehåller de processer som behövs för att uppfylla lagens krav. Varje vårdgivare eller den som bedriver verksamhet enligt LSS ansvarar för att säkerställa att verksamheten uppfyller vissa krav på systematiskt kvalitetsarbete.<sup>36</sup>

Det finns ingen begränsning av vilka åtgärder som kan vara egenvård. I stället görs en individuell bedömning. Riskerna för att patienten skadas under egenvården står i centrum för bedömningen.

---

<sup>36</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

## 2.4 Ansvarsfrågan vid hälso- och sjukvård

Patientsäkerhetslagen (2010:659; PSL) syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården.<sup>37</sup> Med patientsäkerhet avses i lagen skydd mot vårdskada.<sup>38</sup> I lagen finns bestämmelser bland annat om vårdgivarens skyldighet att arbeta systematiskt med patientsäkerhet, behörighetsfrågor, begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att utföra vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal med flera, bestämmelser om Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, samt straffbestämmelser.

Vårdgivaren ska snarast informera en patient som har drabbats av en vårdskada att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada, vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen, möjligheten att anmäla klagomål till IVO, möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen eller från läkemedelsförsäkringen, samt om patientnämndernas verksamhet.<sup>39</sup> En vårdskada är lidande, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om hälso- och sjukvården hade utfört lämpliga åtgärder när patienten hade kontakt med vården.<sup>40</sup> Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten och årligen skriva en patientsäkerhetsberättelse.<sup>41</sup>

Patientsäkerhetslagen anger specifikt när andra än hälso- och sjukvårdspersonal som en del i sitt arbete inte får undersöka någons hälso-tillstånd eller behandla någon för sjukdom.<sup>42</sup> Det gäller exempelvis behandling av de smittsamma sjukdomar som enligt smittskyddslagen (2004:168) är anmälningspliktiga sjukdomar, cancer och andra elakartade svulster, diabetes, epilepsi eller sjukliga tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning.

---

<sup>37</sup> 1 kap. 1 § PSL.

<sup>38</sup> 1 kap. 6 § PSL.

<sup>39</sup> 3 kap. 8 § PSL.

<sup>40</sup> 1 kap. 5 § PSL.

<sup>41</sup> 3 kap. 9–10 §§ PSL.

<sup>42</sup> 5 kap. 1 § PSL.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.<sup>43</sup> Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur hon eller han fullgör sina arbetsuppgifter.<sup>44</sup>

## 2.5 Ansvarsfrågan vid egenvård

En åtgärd som utförs med stöd av en egenvårdsbedömning är inte en hälso- och sjukvårdsåtgärd enligt hälso- och sjukvårdslagen. Därför omfattas åtgärden inte av hälso- och sjukvårdslagstiftningens ansvarssystem.<sup>45</sup> Det innebär till exempel att skadeståndskrav kan riktas mot den personliga assistenten om hon eller han orsakar en sak- eller personskada i samband med egenvård<sup>46</sup>, även om det normalt sett är arbetsgivaren som får betala ett sådant skadestånd eftersom arbetsgivaren är skyldig att ersätta skador som en arbetstagare har vållat genom fel och försummelse i tjänsten.<sup>47</sup>

I LSS finns regler om rapportering av missförhållanden (så kallade lex Sarah) som gäller när Försäkringskassan beviljat assistansersättning och när en kommun eller en tillståndspliktig assistansanordnare utför den personliga assistansen. Bestämmelserna om lex Sarah gäller däremot inte om den assistansberättigade själv anställer de personliga assistenterna.<sup>48</sup>

Enligt lex Sarah-bestämmelserna i LSS<sup>49</sup> ska en anställd genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten. Den som bedriver verksamheten ska utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål. Om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, ska den som bedriver verksamheten snarast anmäla det till IVO. Missförhållanden kan vara både utförda handlingar och handlingar som någon har låtit bli att utföra och som innebär eller har inneburit

<sup>43</sup> 6 kap. 1 § PSL.

<sup>44</sup> 6 kap. 2 § PSL. Regeln innebär ingen inskränkning i vårdgivarens ansvar, se andra stycket i paragrafen.

<sup>45</sup> Socialstyrelsen (2013).

<sup>46</sup> 3 kap. 1 § skadeståndslagen (1972:207).

<sup>47</sup> Det följer av arbetsgivarens principalansvar för arbetstagaren.

<sup>48</sup> Socialstyrelsen (2015).

<sup>49</sup> Se 24 b–24 g §§ LSS och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5).

ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. En påtaglig risk för ett missförhållande ska också rapporteras. Det gäller när det är fråga om en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande.

## 2.6 Egenvårdens del av assistansersättningen är oklar

Det saknas en samlad kunskap om hur stor andel av assistansersättningen som går till insatser som utförs som egenvård.

En granskning av Försäkringskassans ärenden under år 2014 visar att 36 procent av de sökande fick assistansersättning för egenvård, med i genomsnitt 3 timmar per vecka.<sup>50</sup> I egenvården ingick då även tiden den personliga assistenten följer med brukaren på läkarbesök. Samma år beviljades i genomsnitt assistansersättning med 124 timmar per person och vecka.<sup>51</sup> Egenvård har därmed enligt Försäkringskassans ärendeakter utgjort en liten andel av assistanstimmarna.

År 2010 genomförde Försäkringskassan en enkätundersökning bland brukarna som får assistansersättning. Undersökningen visade att betydligt fler assistanstimmar användes till sjukvårdande åtgärder än vad som framkommer i Försäkringskassans ärendeakter. Enligt enkätsvaren fick ungefär 70 procent av brukarna regelbunden hjälp med medicinering, slemsugning och andra livsuppehållande åtgärder.<sup>52</sup> Undersökningen visade att det varit vanligt att de personliga assistenterna har medfört insatser som räknas som sjukvårdande insatser. Resultatet tyder också på att dessa insatser behövs för att brukaren ska kunna bo i sitt hem och att den personliga assistansen är ett alternativ till vårdhem och sjukhus för vissa brukare.<sup>53</sup>

ISF:s granskning av Försäkringskassans ärenden under år 2008 och år 2013 pekar på att antalet assistanstimmar för omvårdande insatser har ökat. Försäkringskassan beviljar allt mer tid för aktiviteter som

---

<sup>50</sup> Försäkringskassan (2015).

<sup>51</sup> Försäkringskassans statistikportal.

<sup>52</sup> Försäkringskassan (2011).

<sup>53</sup> Statistiska centralbyrån (2012). Tolkning av Försäkringskassans enkätundersökning.

handlar om hemliv och omvårdnad, snarare än för aktiviteter som handlar om delaktighet i samhället.<sup>54</sup>

## 2.7 Försäkringskassans vägledning för handläggningen

Försäkringskassan använder i huvudsak olika styrdokument för att styra tillämpningen av assistansersättningen. Exempel på sådana styrdokument är informationsmeddelande, domsnytt och vägledningar.<sup>55</sup> Vägledningarna ska vara ett stöd för handläggarna och redogör för relevant rättspraxis, lagar, förarbeten, förordningar och Försäkringskassans rättsliga ställningstaganden. Den första versionen av den nuvarande vägledningen publicerades år 2006. Sedan dess har vägledningen kontinuerligt uppdaterats, särskilt ofta efter år 2009.<sup>56</sup> I oktober 2016 publicerades den senaste versionen av vägledningen. Den versionen gällde inte under ISF:s intervjuperiod.

Av den vägledning som gäller nu framgår bland annat följande.<sup>57</sup>

Försäkringskassan konstaterar att det inte går att säga generellt vilka åtgärder som utgör egenvård. Det beror på omständigheter i varje enskilt fall och varje åtgärd ska alltid bedömas individuellt. För att fastställa om det rör sig om sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller egenvård ska Försäkringskassans handläggare ställa konkreta frågor till den legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården som har kontakt med brukaren. Handläggaren kan även vända sig till en försäkringsmedicinsk rådgivare för att få stöd. Försäkringskassan avgör därmed när de bereder assistansärendet vilka åtgärder som är sjukvård och som behöver bedömas som egenvård i hälso- och sjukvården.

Därefter hänvisar Försäkringskassans vägledning till de olika reglerna om egenvård i Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift (se avsnitt 2.3). Vägledningen konstaterar bland annat att det är den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården som inom sitt ansvarsområde ska bedöma om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan

---

<sup>54</sup> ISF (2015).

<sup>55</sup> I kapitel 3 ges exempel på för granskningen relevant styrning i olika dokument.

<sup>56</sup> ISF (2014), s. 32.

<sup>57</sup> Försäkringskassan (2016).

utföras som egenvård. Hon eller han ska också dokumentera i brukarens journal att åtgärden kan utföras som egenvård. Dessutom beskriver vägledningen att om patienten behöver stöd och hjälp i samband med egenvården eller behöver praktisk hjälp av till exempel en personlig assistent för att utföra egenvården ska det finnas en plan för egenvården om det inte är uppenbart onödigt.

Följande ska framgå av läkarutlåtandet för assistansersättning om sjukvårdande insatser som utförs i hemmet:

- vilka insatserna är
- insatsernas omfattning
- om insatserna utförs i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen eller i form av egenvård.

Om läkaren har skrivit i läkarutlåtandet att det inte utförs sjukvårdande insatser i hemmet, men utredningen med den försäkrade visar att hon eller han behöver hjälp av en personlig assistent med hälso- och sjukvårdsåtgärder ska Försäkringskassans handläggare kontakta läkaren och fråga om insatserna har bedömts som egenvård. I vissa fall kan det vara nödvändigt att handläggaren tar del av egenvårdsplaneringen. När handläggaren har klarlagt om åtgärden är hälso- och sjukvård, egenvård eller överhuvudtaget inte är en åtgärd för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador kan handläggaren ta ställning till om brukaren har rätt till assistansersättning.

Nytt i vägledningen jämfört med den tidigare är bland annat att den beskriver att egenvård aldrig kan vara grundläggande behov (se vidare i kapitel 3 om ny praxis som har fått genomslag i Försäkringskassans tillämpning).

#### *Läkarutlåtande för assistansersättning*

Försäkringskassan har under våren 2016 infört blanketten Läkarutlåtande för assistansersättning.<sup>58</sup> Blanketten är utformad för att ansöka om assistansersättning och ska underlätta för hälso- och sjukvården

---

<sup>58</sup> Blankett 7805.



att kunna ge det medicinska underlag som Försäkringskassan behöver för att kunna ta beslut.

En fråga i blanketten lyder ”Har patienten ett behov av omvårdnad som kräver sjukvårdande insatser?”. Läkaren ska även beskriva vilka insatser det är och i vilken omfattning brukaren behöver dem. Enligt Försäkringskassans anvisningar till hälso- och sjukvården ska det även framgå vem som utför åtgärden. Om det är planerat att personliga assistenter ska utföra sjukvårdsåtgärder på delegation ska det stå i utlåtandet. Det ska också framgå om läkaren som skriver utlåtandet eller någon annan legitimerad yrkesutövare har bedömt att en åtgärd kan utföras som egenvård.<sup>59</sup> Det står förtryckt på blanketten att assistansersättning inte kan lämnas för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Blanketten hänvisar även till Socialstyrelsens föreskrift om egenvård.

---

<sup>59</sup> Försäkringskassans ifyllningsanvisning för blankett 7805.



### 3 Konsekvenser av ny praxis om egenvård

Detta kapitel beskriver hur ny rättspraxis om personlig assistans får direkt genomslag i Försäkringskassans tillämpning. Praxis inom det förvaltningsrättsliga området utformas i första hand av HFD. För personlig assistans är i de flesta fall domar om LSS relevanta också för assistansersättning enligt SFB. Det beror på att de materiella förutsättningarna för att få personlig assistans oftast är lika oavsett om det är personlig assistans finansierad av kommunen eller staten.

Den praxis som är aktuell för granskningen handlar om att stöd med grundläggande behov ska vara av privat och känslig karaktär (avsnitt 3.1), att enbart personer med psykisk funktionsnedsättning kan tillgodoräkna sig tid för det grundläggande behovet ”annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade” (avsnitt 3.2) och att egenvård inte kan vara grundläggande behov (avsnitt 3.3).

Denna nya praxis har väckt oro i brukarkretsar, särskilt sedan Försäkringskassan börjat tillämpa den och klargjort den i olika styrdokument. Brukarna är oroliga för att många ska förlora sin statliga assistansersättning eftersom de kan komma att bedömas ha ett grundläggande behov som inte överstiger i genomsnitt 20 timmar per vecka. Än är omfattningen och effekterna av denna praxis inte klarlagd, men Försäkringskassan har påbörjat ett analysarbete. Vissa tolkningar innebär också att det blir svårare för personer att överhuvudtaget få personlig assistans.

### 3.1 Stöd med grundläggande behov ska vara av privat och känslig karaktär

Ett exempel på ett avgörande som påverkar brukare är ett HFD-avgörande från år 2009 om att grundläggande behov ska vara av privat och känsligt slag för att ge brukaren rätt till personlig assistans.<sup>60</sup> Domen gällde en kommuns beslut att inte bevilja personlig assistans enligt LSS. Försäkringskassan hade inte tillämpat reglerna om grundläggande behov så tidigare. Grundläggande behov är, som har beskrivits närmare i avsnitt 2.1, hjälp med den personliga hygien, måltider, klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade. HFD ansåg att behov av hjälp med att dela mat, tillreda maten och plocka fram och undan maten inte uppfyller kraven på grundläggande behov. Inte heller ansågs alla moment i en duschsituation vara av tillräckligt integritetskänsligt slag för att omfattas av det grundläggande behovet hjälp med hygien. Det innebar att det blev svårare att nå upp till ett sammanlagt hjälpbehov med grundläggande behov med i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka, som är gränsen för rätten till statlig assistansersättning.

### 3.2 Enbart personer med psykisk funktionsnedsättning kan beviljas annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade

Av de fem grundläggande behoven har, i förhållande till sjukvårdande insatser, annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade en särskild betydelse. Detta behov kom fram till år 2015 att omfatta sjukvårdande insatser genom så kallad medicinsk tillsyn, ofta i form av egenvård.

I en dom från år 2015 uttalade HFD att annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade enbart tar sikte på personer med psykiska funktionsnedsättningar.<sup>61</sup> HFD ansåg att en person med cystisk fibros inte tillhörde de som kan få sitt behov av

---

<sup>60</sup> RÅ 2009 ref. 57.

<sup>61</sup> HFD 2015 ref. 46.

hjälp bedömt som annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade eftersom hon inte hade en psykisk funktionsnedsättning. Den brukaren behövde tillsyn på grund av lungblödningar och behövde hjälp flera gånger om dagen med avancerad andningsgymnastik för att lossa och hosta upp slem från lungorna. Det framgår inte av lagtexten att det grundläggande behovet av hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade är begränsat till personer med psykisk funktionsnedsättning. HFD:s ställningstagande byggde i stället på ett uttalande från socialutskottet från år 1996 i samband med att regeringen föreslog att begreppet grundläggande behov skulle föras in i LSS. Enligt regeringens förslag skulle det finnas fyra grundläggande behov och hjälpen med de grundläggande behoven skulle vara begränsad till hjälp av ”praktiskt” slag.<sup>62</sup> Utskottet föreslog i sin tur att denna begränsning skulle tas bort och att ett femte grundläggande behov, ”annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade”, skulle läggas till. Utskottet skrev bland annat att:

”... personer med enbart psykiskt funktionshinder t.ex. bör även i fortsättningen vara berättigade till personlig assistans i vissa speciella fall, nämligen där karaktären och omfattningen av det psykiska funktionshindret medför behov av hjälp med de grundläggande behoven. En person kan t.ex. på grund av sitt psykiska funktionshinder vara helt ur stånd att själv klara sin hygien eller få i sig mat ...”.<sup>63</sup>

Över tid har en praxis utvecklats som innebär att tillsyn som har karaktären av övervakning för hindra att den enskilde skadar sig själv eller andra, så kallad aktiv tillsyn, kan ge rätt till assistansersättning.<sup>64</sup>

Efter 2015 års dom beskrev Försäkringskassan i ett svar på ett regeringsuppdrag att aktiv tillsyn av övervakande karaktär på grund av medicinsk problematik har ingått i det grundläggande behovet annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade, om det har handlat om egenvård.<sup>65</sup> Försäkringskassan skrev att det var ”RFV:s egen normering som låg till grund för detta behov”. Försäkringskassan konstaterade att ett embryo till denna tolkning kan skönjas redan i Riksförsäkringsverkets allmänna råd

<sup>62</sup> Prop. 1995/96:146.

<sup>63</sup> Socialutskottets betänkande 1995/96:SoU15.

<sup>64</sup> RÅ 2003 ref. 33.

<sup>65</sup> Försäkringskassan (2015), s. 43-44.

från år 1997. Där uttrycktes att medicinska skäl kan utgöra grund för detta behov, exempelvis shunt, epilepsi eller astma, men medicinska skäl uttrycks inte i förarbeten till regeländringen.<sup>66</sup> HFD underkände alltså den tolkningen.

Enligt Försäkringskassans granskning<sup>67</sup> utgjorde tillsyn av någon sort ungefär 40 procent av alla beviljade assistanstimmar under år 2014 bland de nya beviljade ärendena under året. Tillsyn av någon sort beviljades i ungefär 60 procent av alla ärenden, antingen som grundläggande behov eller som andra personliga behov. I ungefär 20 procent av alla nya beviljade ärenden beviljades timmar för aktiv tillsyn som krävde särskild kunskap om brukaren och tillsynen ingick därmed i de grundläggande behoven. Om tillsynen krävdes på grund av en psykisk funktionsnedsättning eller medicinsk problematik framgår inte av Försäkringskassans granskning.

Följande ärende från år 2013 är ett exempel på ett ärende där brukaren behövde tillsyn på grund av medicinska skäl och även behövde sjukvårdande insatser. Ärendet handlar om ett barn med en trakealkanyl, det vill säga ett rör som sitter från halsens framsida in i luftstrupen. Barnet behöver en aktiv tillsyn dygnet runt för att säkerställa att trakealkanylen fungerar. Det behövs även aktiva insatser som att rengöra och suga ur kanylen, men den allra största delen av tiden utgörs av tillsyn. De aktiva insatserna är i tid räknat väldigt begränsade. Den behandlande läkaren uppger att det handlar om sjukvårdsinsatser och att föräldrar och personal kommer att få specialistutbildning. I ärendet beviljade Försäkringskassan assistansersättning för tillsynen men inte för de aktiva insatserna. Tillsynen bedömdes som hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den som mottog insatsen. De aktiva insatserna bedömdes som sjukvårdsinsatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Försäkringskassan tog beslutet att de aktiva insatserna ska räknas som delegerad sjukvård och att de inte ska ingå i assistanstimmarna. I detta ärende beviljades alltså assistansersättning för medicinsk tillsyn.

Försäkringskassan gav med anledning av HFD:s dom år 2015 ut ett rättsligt ställningstagande.<sup>68</sup> Där tydliggörs att det numera enbart är

---

<sup>66</sup> Socialutskottet 1995/96:SoU15.

<sup>67</sup> Försäkringskassan (2015).

<sup>68</sup> Försäkringskassan (2015 b).

personer med psykisk funktionsnedsättning som kan tillgodoräkna sig tid för tillsyn som har bedömts som annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade.<sup>69</sup> Som en följd av detta skulle assistansersättning inte kunna beviljas under de förutsättningar som gällde i ärendet ovan från år 2013.

### 3.3 Egenvård är inte grundläggande behov

I samband med att Försäkringskassan tog fram det rättsliga ställningstagandet med anledning av 2015 års HFD-avgörande meddelade myndigheten även i ett informationsmeddelande att egenvård aldrig kan vara ett grundläggande behov.<sup>70 71</sup> Meddelandet stödde sig på ett HFD-avgörande från år 2012 som gällde barns rätt till personlig assistans enligt LSS för insatser i form av varma bad och massage.<sup>72</sup> Barnet hade en bindvävssjukdom som gav upphov till smärta och fick bad och massage för att lindra smärtan. Barnet hade även autism, vilket enligt föräldrarna innebar att baden och massagen måste ges av en person som har ingående kunskaper om barnet och att det därför rörde sig om grundläggande behov.

HFD framhöll att insatser som åvilar sjukvårdshuvudmännen ligger utanför LSS tillämpningsområde och att behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen principiellt inte beaktas vid bedömning av om rätt föreligger till personlig assistans enligt LSS. Sådana behov kan enligt domen därmed inte räknas till de grundläggande behoven.<sup>73</sup> HFD framhöll dock att sjukvårdande insatser i form av egenvård kan berättiga till personlig assistans för andra personliga behov.<sup>74</sup> Domslutet verkar också ha motiverats av den

<sup>69</sup> Ett rättsligt ställningstagande är bindande internt inom Försäkringskassan till dess Försäkringskassan beslutar om att det ska upphöra.

<sup>70</sup> Försäkringskassan (2016).

<sup>71</sup> Ett informationsmeddelande vänder sig till de som handlägger, beslutar, omprövar, processar i domstol eller ger stöd i olika förmåner som Försäkringskassan ansvarar för. Ett informationsmeddelande är bindande internt och gäller i högst ett år.

<sup>72</sup> HFD 2012 ref. 41.

<sup>73</sup> Här är det relevant att påpeka att avgörandet inte gällde tillämpningen av reglerna i SFB, där det finns ett förbud mot att bevilja assistansersättning för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Ett sådant förbud saknas i LSS. HFD gjorde alltså denna bedömning trots avsaknaden av ett sådant förbud.

<sup>74</sup> Domstolen hänvisade i den delen till slutbetänkandet av Utredningen om assistansersättningens kostnader Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättningen (SOU 2012:6), s. 124 och 299.

tidigare nämnda HFD-domen från år 2009. I direkt anslutning till domstolens bedömning att assistansen inte kunde beviljas för insatserna varma bad och massage redogjorde HFD nämligen också för att hjälpbehovet i form av varma bad och massage inte var av sådan karaktär att det kan räknas som ett grundläggande behov.

Det kan noteras att underinstanserna hade bedömt att åtgärderna varma bad och massage var medicinskt motiverade, men att det varken av HFD:s dom eller i underrätternas avgörande finns något resonemang angående om dessa insatser var att bedöma som sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller som egenvård. HFD verkar emellertid ha utgått från att insatserna var hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det finns inte heller, varken i lagtexten eller tydligt i förarbetena, något stöd för att egenvård inte skulle kunna vara grundläggande behov.

### 3.4 Försäkringskassans styrning med anledning av nya praxisen

Domarna och Försäkringskassans tillämpning av dem har lett till en oro inom brukarrörelsen för att många kan komma att mista rätten till statlig assistansersättning eller för att de aldrig ska komma in i systemet.

Försäkringskassan har uppgett att oron uppkommit sedan myndigheten i maj 2016 publicerade IM-meddelandet om 2012 års dom. Det går ännu inte att se om tillämpningen inneburit någon förändring i den riktningen, men Försäkringskassan har fått veta att hälso- och sjukvården fått fler förfrågningar om sjukvårdande åtgärder och egenvård. Det hänger troligen också samman med hur det nya läkarintyget ser ut.

Försäkringskassan har inlett ett arbete för att belysa hur förändringar i normeringen påverkar besluten om assistansersättning. Okunskapen om effekterna bekräftas av ett handikappförbund.<sup>75</sup> Detta förbund har uppgett att de ”inte har sett konsekvensernas fulla omfattning avseende den här domen förrän ganska nyligen.” De har börjat uppmärk-

---

<sup>75</sup> Förbundet kontaktade ISF i samband med att misstanken om eventuella negativa effekter av den nya praxisen blev medial.



samma detta under sommaren men har ännu inte analyserat frågan. Förbundet beskriver att Försäkringskassan under våren, utifrån sin tolkning av 2012 års dom, börjat utreda noggrant vilka behov som kan klassas som egenvård, bland annat genom den nya blanketten för läkarutlåtande som ska klargöra detta. Konsekvenserna har, enligt förbundet, blivit att barn med mycket stora behov har blivit av med sin assistansersättning.

Efter att HFD meddelat 2015 års dom gav Försäkringskassan ut ett domsnytt<sup>76</sup> där myndigheten bland annat har beskrivit att annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om personen med funktionsnedsättning inte är ett grundläggande behov som står för sig självt.<sup>77</sup> I stället anser Försäkringskassan att ett behov av hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den försäkrade (brukaren) bara är ett grundläggande behov om det kan kopplas till något av de andra grundläggande behoven. Den som klarar sina måltider, sin hygien, att klä av och på sig och att kommunicera anses därför inte ha några grundläggande behov även om personen har andra behov som förutsätter ingående kunskaper om henne eller honom. Bedömningen saknar stöd i lagen men har visst stöd i socialutskottets betänkande från år 1996 (se avsnitt 3.2).

---

<sup>76</sup> Domsnytt är en databas på Försäkringskassan för dess interna bruk där de lägger upp olika domar av vägledande och prejudicerande art med en kommentar.

<sup>77</sup> Försäkringskassan (2015 c).



## 4 Försäkringskassan och egenvårdsbedömningarna

Detta kapitel beskriver att Försäkringskassan inte har följt en enhetlig struktur när myndigheten har utrett för vilka åtgärder hälso- och sjukvården bör bedöma om åtgärden är sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller egenvård. Det finns däremot en gemensam uppfattning hos de tjänstemän på Försäkringskassan som ISF har intervjuat att det är svårt att få tillräckliga underlag från hälso- och sjukvården om en sjukvårdande åtgärd ska räknas som egenvård. Det framgår också att Försäkringskassans gränsdragning är otydlig vad gäller om en åtgärd ska räknas som en sjukvårdande åtgärd.

Nedan följer en sammanfattning av hur tjänstemännen på de tre kontoren ISF besökte beskrev hur och i vilka typer av ärenden de har utrett sjukvårdande åtgärder och även vilka svårigheter de har upplevt i samband med utredningarna. I kapitlet finns även en sammanställning av de ärenden som de handläggande tjänstemännen på Försäkringskassan valde ut för att ge exempel på ärenden som innehåller frågor om egenvård.

Intervjuerna genomfördes under vintern och våren 2016. Då hade Försäkringskassan ännu inte gått ut med informationsmeddelandet Assistansersättningen – hälso- och sjukvård eller egenvård (IM 2016:063) eller informationsmeddelandet om den nya blanketten för läkarutlåtande (IM 2016:065).

## 4.1 Vägledningen som gällde under intervjuperioden

Den version av Försäkringskassans vägledning för handläggningen av assistansersättning som var aktuell under intervjuperioden gällde fram till och med oktober 2016. I denna version finns ett avsnitt med rubriken Sjukvårdande insatser. I avsnittet framgår att Försäkringskassan inte ska bevilja assistansersättning för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, att det inte finns några undantag från denna bestämmelse och att personlig assistans inte ska ersätta den omvårdnad som sjukvårdshuvudmannen är skyldig att ge.<sup>78</sup>

I avsnittet finns även en punktlista på insatser som Försäkringskassan kan behöva utreda närmare för att fastställa hur insatsen ska betraktas. Punktlistan innehåller insatserna sondmatning, läkemedelshantering, såromläggning, hjälp med teknisk utrustning för till exempel andning, slemsugning, sugning av munhåla och övre del av trakealkanyl, kateter-spolning, omkuffning, byte av urinbag vid urostomi, ren intermitterent kateterisering, stomiskötsel, och byte av stomiplatta och stomipåse. I avsnittet finns förslag på frågor som kan ställas till hälso- och sjukvården när handläggaren utreder rätten till assistansersättning.

I utredningen kan handläggaren, utöver vägledningen, också ta hjälp av exempelvis en försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR) eller en specialist.

## 4.2 Intervjuer med tre av Försäkringskassans kontor

De tre kontoren inom Försäkringskassan som ISF:s besökt har i olika stor utsträckning utrett om insatser ska räknas som hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen, som egenvård eller om de ska räknas som en åtgärd som inte utförs för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Ett kontor hade utarbetade rutiner för att utreda sjukvårdande åtgärder och såg det som en naturlig del av handläggningen i varje ärende. De två andra kontoren utredde åtgärderna endast i enstaka fall.

---

<sup>78</sup> Försäkringskassan (2015 a), s. 161.

På de tre kontor som besöktes beskriver handläggarna att de vid sidan av de åtgärder som nämns i vägledningen i stor utsträckning använder egna erfarenheter och kunskaper när de tar initiativ till att utreda sjukvårdande åtgärder.

Nedan följer en sammanfattning av hur tjänstemännen på de tre kontoren beskrev hur och när de har utrett sjukvårdande åtgärder och även vilka svårigheter de har haft i utredningarna. Kontoren beskrivs i tur och ordning.

*Ett kontor som utreder hälso-och sjukvårdsinsatser i de flesta ärenden*

Kontoret tog under perioden augusti 2015–augusti 2016 beslut i 73 ärenden, varav 33 ärenden gällde en ny ansökan om assistansersättning.<sup>79</sup>

Enligt intervjun är det svårt att få tillräckliga underlag från hälso- och sjukvården när det gäller om en åtgärd ska räknas som egenvård. Det finns också en bristande kännedom inom hälso- och sjukvården om vad en bedömning om egenvård innebär. Kontoret uppfattar att distriktssköterskorna är de som har mest kunskap och erfarenhet av egenvårdsbedömningar. Intervjun visar också att det förekommer att hälso- och sjukvården har ändrat sin bedömning så att åtgärder gått från att ha varit bedömda som delegerad hälso- och sjukvård till att bedömas som egenvård. En närliggande tolkning, som också framkommer i intervjun, är att hälso- och sjukvården ändrar bedömningen för att åtgärderna ska kunna ingå i assistansersättningen.

Försäkringskassan på det här kontoret begär alltid in en bedömning av sådana åtgärder som skulle kunna vara en hälso- och sjukvårds insats. De begär främst bedömningar av de åtgärder som nämns i vägledningen, men även andra åtgärder som handläggarna kan ha kunskap om. Det är en del av handläggningen och det krävs att de utreder åtgärderna för att ärendet i ett senare skede ska gå igenom hos beslutsfattarna.

---

<sup>79</sup> Enligt Försäkringskassans databas Mälker.

Det har under flera år funnits en rutin för att kontrollera om ärenden innehåller åtgärder som ska undantas i bedömningen. Det gäller åtgärder som är hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen och inte kan räknas som egenvård.

I utredningen av ett ärende om assistansersättning som innehåller moment som är sjukvårdsåtgärder tar Försäkringskassan initiativ till att kontakta hälso- och sjukvården för att de ska bedöma om de aktuella åtgärderna är egenvård. Försäkringskassan behöver också veta hur lång tid egenvården tar att utföra. Handläggarna ställer då frågorna om sjukvårdande åtgärder till legitimerade yrkesutövare inom hälso- och sjukvården som har haft kontakt med brukaren, nästan alltid en distriktssköterska. Försäkringskassan har uppmärksammat att hälso- och sjukvården ibland gör schabloniserade tidsbedömningar. Det händer också att handläggarna själva behöver bedöma rimligheten i hur mycket tid det tar att utföra en åtgärd. Denna bedömning rör ofta ett sakförhållande och handläggarna har oftast inte utbildning för att kunna göra sådana bedömningar.

Handläggarna tar sällan upp frågor om sjukvård med någon försäkringsmedicinsk rådgivare. Det beror på att bedömningen av sjukvårdsåtgärden görs av hälso- och sjukvården och baseras på det individuella fallet.

Enligt intervjun har en distriktssköterska ofta redan bedömt om de aktuella åtgärderna är delegerad sjukvård eller egenvård när Försäkringskassan efterfrågar bedömningen. Det beror på att många av brukarna har olika kontakter inom primärvården. I en del fall, som till exempel när en brukare ska skrivas ut från en sjukhusvistelse, ska bedömningen göras av en läkare i slutenvården. Försäkringskassan upplever att personalen inom slutenvården ofta har mindre kännedom om begreppet egenvård och vad en egenvårdsbedömning innebär än vad personalen inom primärvården har. Försäkringskassans handläggare uppfattar bristen på kunskap om egenvårdsföreskriften som problematisk eftersom det är hälso- och sjukvården som ska göra bedömningen.

Rutinen på kontoret är att inte värdera den bedömning som hälso- och sjukvården gör. De följer alltid vårdens ställningstagande till om en insats är hälso- och sjukvård alternativt egenvård. Handläggarna frågar heller inte om bakgrunden till bedömningen. De undersöker inte vem som ska utföra åtgärderna och de följer inte upp insatserna.

Om det sker en förändring, till exempel om någon har haft en åtgärd som är bedömd som egenvård, och den åtgärden görs om till sjukvård, anser handläggarna på kontoret att det är brukaren som ska upplysa Försäkringskassan om detta.<sup>80</sup> Om så inte sker uppmärksammar Försäkringskassan förändringen ofta först vid den så kallade tvåårsomprövningen.<sup>81</sup>

*Ett kontor som nyligen börjat utreda hälso- och sjukvårdsinsatser*

Detta kontor tog under augusti 2015–augusti 2016 beslut i 588 ärenden om assistansersättning, varav 332 ärenden gällde en ny ansökan.<sup>82</sup>

Intervjun visar att sjukvårdande åtgärder börjat utredas nyligen och att det finns en osäkerhet om en åtgärd ska räknas som omvårdnad eller om den ska räknas som en sjukvårdande åtgärd.

Tidigare saknade kontoret rutiner för att utreda sjukvårdande åtgärder. Men handläggarna beskriver att de nu har kontakt med hälso- och sjukvården flera gånger per dag i både nya och gamla ärenden för att få sjukvårdsåtgärder bedömda.

Handläggarna diskuterar nu också sinsemellan, utifrån exemplen i vägledningen, vad som i teorin skulle kunna vara sjukvård och vilka åtgärder som skulle kunna vara aktuella att utreda. Gränsen för om åtgärden utreds eller inte har satts vid sådana åtgärder som endast beskrivs som omvårdnad.<sup>83</sup> För åtgärder som räknas som omvårdnad görs ingen utredning av om åtgärderna ska bedömas som egenvård eller sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vissa åtgärder, exempelvis träning, uppfattas som svåra att bedöma. Träning kan initieras av brukaren själv eller vara ett uttryck av ett träningsprogram från en sjukgymnast. Är det ett program från en sjukgymnast kan det räknas som en sjukvårdsåtgärd.

---

<sup>80</sup> Enligt 110 kap. 46 § SFB har den som ansöker om, har rätt till eller annars har en förmån enligt balken en skyldighet att anmäla ändrade förhållande som påverkar rätt till eller storleken av förmånen.

<sup>81</sup> 51 kap. 12 § SFB.

<sup>82</sup> Enligt Försäkringskassans databas Mälker.

<sup>83</sup> Om omvårdnad se avsnitt 2.3.

Frågor om egenvård kommer sällan upp när handläggarna ska använda bedömningsstödet.<sup>84</sup> Handläggarna funderar, vid sidan av den bedömning som styrs av bedömningsstödet, snarare på om en åtgärd ska utredas eller inte. Försäkringskassan beskriver att vissa åtgärder som tydligt indikerar att det kan röra sig om sjukvård utreds parallellt. Andra mindre åtgärder, såsom insmörjning, kommer ofta fram senare i handläggningen och utreds efterhand.

När handläggarna på kontoret utreder åtgärderna frågar de ibland brukaren om åtgärderna skulle kunna vara sjukvård. Handläggarna upplever då att begreppet delegation ibland används på fel sätt av brukare och assistenter. Exempelvis har delegerad sjukvård kallats för egenvård och tvärt om. Handläggarna menar därför att det inte alltid räcker att fråga brukaren eller assistenten – åtgärden kan även behöva kontrolleras med hälso- och sjukvården. I vissa fall har Försäkringskassan kontaktat hälso- och sjukvården direkt för en bedömning.

Beroende på vem i hälso- och sjukvården som kontaktas får handläggarna olika reaktioner. Några inom hälso- och sjukvården kan berätta direkt vad en åtgärd är bedömd som och andra vill återkomma för att kunna fatta beslut.

Det har förekommit att handläggare på kontoret ringt till hälso- och sjukvården och fått svaret att det inte finns någon bedömning av åtgärden i journalen, men att läkaren direkt beslutar att åtgärden är egenvård. Handläggarna menar att det i dessa fall troligen inte finns någon dokumentation, samtidigt som hälso- och sjukvården har tagit ställning. Därmed har handläggarna tolkat det som att deras och Försäkringskassans ansvar slutar där. Det har även förekommit att den sjukvårdspersonal som har bedömt att en åtgärd är sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen sedan återkommit och bedömt åtgärden som egenvård.

Handläggarna har också uppmärksammat att hälso- och sjukvården i fall med samma typ av hjälpbehov har gjort olika bedömningar beroende på assistenternas utbildning. I ett fall var den personliga

---

<sup>84</sup> Försäkringskassan använder sig av ett utarbetat instrument för behovsbedömning vid handläggningen av assistansersättningen.



assistenten också sjuksköterska och då bedömdes åtgärderna som sjukvård. I ett annat fall blev samma typ av åtgärder bedömda som egenvård eftersom assistenterna saknade sjukvårdsutbildning.

Handläggarna har inte ifrågasatt bedömningarna om delegerad sjukvård respektive egenvård, men undrar om de borde göra det. Men eftersom kontoret nyligen hade börjat utreda sjukvårdsåtgärder har de ännu inte sett så många bedömningar.

Vad Försäkringskassan dokumenterar i ärendena som handlar om sjukvårdande åtgärder skiljer sig åt. Det beror på att handläggarna ibland frågar brukaren om åtgärden, ibland begär in en bedömning och ibland gör en anteckning i ärendejournalen, om de har inhämtat information muntligt.

#### *Ett kontor som utreder hälso- och sjukvårdsinsatser i enstaka ärenden*

På det här kontoret togs under perioden augusti 2015 till augusti 2016 beslut i 311 ärenden om assistansersättning, varav 191 av ärendena gällde nya ansökningar.<sup>85</sup>

Kontoret utreder sjukvårdande åtgärder nästan uteslutande i de fall då barn har ansökt om assistans i skolan. Det beror på att det krävs att hälso- och sjukvården bedömer att skolans personal inte klarar åtgärden som egenvård för att brukaren ska få assistansersättning för den tid som den personliga assistenten använder för att utföra åtgärden. I dessa fall har handläggarna tagit för givet att assistenten redan har åtgärden som egenvård, och de har utrett om skolpersonalen kan utföra åtgärden. Tidigare utredde Försäkringskassan inte heller dessa ärenden utan hänvisade till skolans elevansvar. Men efter att ha utrett några ärenden insåg de att hälso- och sjukvården ofta bedömer att skolan inte kan utföra sjukvårdande åtgärder på ett patientsäkert sätt och att Försäkringskassan därför kan bevilja assistans. Kontoret har därefter fortsatt att utreda dessa ärenden.

Även i ärenden som handlar om palliativ vård har kontoret utrett sjukvårdande åtgärder i viss mån, liksom i ärenden som handlar om barn med stort hjälpbehov och behov av många avancerade åtgärder.

---

<sup>85</sup> Enligt Försäkringskassans databas Mälker.

Kunskapen om att en åtgärd kan vara sjukvård och bör utredas beskrivs som kunskap som handläggarna själva måste ha, och det är ingenting som diskuteras på kontoret.

För andra typer av ärenden saknar kontoret rutiner för att utreda sjukvårdande åtgärder i assistansen. Handläggarna beskriver att det finns en uppfattning på kontoret att alla åtgärder som utförs av en assistent är assistans. Detta grundar sig bland annat på att handläggarna inte skiljer på begreppen delegerad sjukvård och egenvård utan tolkar dem som synonyma om det är en personlig assistent som utför åtgärden. Exempelvis har sondmatning därför bedömts som assistans om det är assistenten som utför åtgärden, trots att handläggarna är medvetna om att det står i vägledningen att det är en åtgärd som kan behöva utredas närmare. Handläggarna förklarar att de inte har utrett åtgärderna med att de förutsätter att sjukvården redan har bedömt åtgärden som egenvård som assistenten kan utföra om den som ansöker om assistansersättning inte säger något om det i utredningen.

Åtgärderna har inte heller utretts när en person skrivs ut från till exempel en sjukhusvistelse för att bo hemma. Handläggarna har dragit slutsatsen att om personen kan lämna sjukhuset har hälso- och sjukvården bedömt att eventuella återstående åtgärder är egenvård. Det mesta har då tolkats som assistans och eventuella sjukvårdande åtgärder har inte utretts. Däremot har handläggarna frågat om någon extern person kommer hem till brukaren och utför en åtgärd, till exempel medicinsk fotvård eller såromläggning. Handläggarna säger att de då vet att det rör sig om sjukvård eftersom assistenten inte utför insatsen. Då har handläggarna räknat bort tid för dessa åtgärder.

Om en sjukvårdsåtgärd utreds konsulterar några av handläggarna den försäkringsmedicinska rådgivaren innan de skickar en förfrågan till hälso- och sjukvården. Andra handläggare skickar frågan direkt till en läkare och vissa frågar brukaren. Handläggarna beskrev att det ibland är lättare att själv kontakta hälso- och sjukvården än att gå via brukaren. Den generella upplevelsen är att det ofta saknas bedömningar hos hälso- och sjukvården och att bedömningen aktualiseras först om och när Försäkringskassan ber om den.

Vilken dokumentation kontoret kräver varierar. Några handläggare begär in en skriftlig bedömning av åtgärden, medan andra nöjer sig med ett svar över telefon. I vissa fall finns det överenskommelser

där landstinget går in och betalar för vissa åtgärder, eller där ansvaret för hälso- och sjukvården har delats upp mellan olika huvudmän.

### 4.3 Några ärenden från Försäkringskassan

Inför ISF:s besök på Försäkringskassan fick de handläggande tjänstemännen ta fram akter i ärenden som visar på svårigheterna med att avgöra vad som ska räknas som och utredas som en sjukvårdande insats. De fick också ta fram ärenden där det varit aktuellt för Försäkringskassan att särskilja på om insatserna ska räknas som egenvård på brukarens ansvar eller om de ska räknas som sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen under medicinskt yrkesansvar.<sup>86</sup>

Nedan följer en sammanställning av ärenden som de handläggande tjänstemännen på Försäkringskassan valde ut och som beskriver svårigheterna med att dra gränsen mellan vad som ska räknas som stöd och hjälp i brukarens dagliga liv eller en sjukvårdande insats. Ärendena visar också på gränsdragningen mellan sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen och vad som kan inrymmas i assistansersättningen.

#### *Egenvård eller sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen?*

Det första ärendet visar att hälso- och sjukvårdens bedömning av om vad som är egenvård eller sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen kan bero på om brukaren har personlig assistans. Ärendet gäller en brukare som får sin näring via PEG-slang/kateter, som går från magsäcken till bukväggen. Brukaren kan få näringen antingen som engångsdoser med hjälp av en spruta eller kontinuerligt med hjälp av en droppslang. Innan brukaren fick assistansersättning kopplade hemsjukvården på och av sondnäringen och skötte katetern. Försäkringskassan beslutade att inte ge assistansersättning för åtgärden utan att den skulle räknas som en sjukvårdsinsats enligt hälso- och sjukvårdslagen. Efter att Försäkringskassan beviljade assistans bedömde

<sup>86</sup> Ärendena är exempel på fall där handläggarna sett ett behov av ett ställningstagande om insatserna ska betraktas som hälso- och sjukvård. Ärendeakterna valdes ut av handläggarna innan Försäkringskassan skickat ut informationsmeddelandet avseende hälso- och sjukvård, egenvård och assistansersättning, IM 2016:063. I meddelandet klargörs att egenvård aldrig kan utgöra stöd som beräknas som ett grundläggande behov (Se avsnitt 3.3).

hälso- och sjukvården att åtgärden att koppla på och av sondnäringen och att sköta PEG-slang/katetern skulle utföras som egenvård. Försäkringskassan tog ett nytt beslut och beviljade ytterligare assistanstimmar.

Det andra ärendet är exempel på att hälso- och sjukvården, enligt de föreskrifter som finns, inte tagit ställning till om åtgärderna ska räknas som egenvård eller sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Däremot är hälso- och sjukvården tydlig när det gäller vilka insatser och åtgärder som assistenterna måste göra för brukaren. I de medicinska underlagen från hälso- och sjukvården i ärendet står att det krävs två personer som samverkar för att hantera livsviktiga åtgärder såsom slemsug, förflyttningar och ventilator. Det står även att brukaren är beroende av nattlig andningshjälp och att en person sitter vaken bredvid personen för att avstyra farliga situationer som kan uppstå.

Försäkringskassan har i ärendet haft telefonkontakt med hälso- och sjukvården för att få en bedömning om de åtgärder som krävs ska räknas som sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller om de ska räknas som egenvård. Enligt intervjun med handläggaren på Försäkringskassan har hälso- och sjukvården sagt i telefonsamtal att de inte formellt bedömt om de åtgärder som brukaren behöver är egenvård eller sjukvård, men att det ändå är egenvård.

#### *Egenvård eller grundläggande behov?*

Matning via sond är en insats som förekommer i flera av de ärenden som Försäkringskassan valt ut. En del av utredningen har då bestått i att klargöra om insatserna ska räknas som egenvård på brukarens ansvar. Sondmatning är ett av de exempel som nämnts i tidigare versioner av vägledningen när det gäller vilka insatser som kan behöva utredas av handläggaren för att fastställa om de ska räknas som egenvård eller sjukvård.

I något ärende har hälso- och sjukvården bedömt sondmatningen som delegerad sjukvård, i andra ärenden som egenvård och det förekommer även att det saknas en bedömning. Försäkringskassan centralt har uppgett att läkare även har sett sondmatning som måltidshjälp och att de därför i dessa fall betraktar åtgärden som omvårdnad.

En förklaring till att läkare beskriver sondmatning som måltidshjälp kan vara att de då tror att det kan ingå i det grundläggande behovet hjälp med måltider.

#### *Föräldrar som utför barnets egenvård*

För barn med funktionsnedsättning förekommer det att hälso- och sjukvården bedömer att insatserna ska räknas som egenvård om de görs av föräldrarna, men att de ska räknas som en sjukvårdande insats enligt hälso- och sjukvårdslagen om de görs i skolan eller på ett korttidsboende. Om föräldrarna är anställda som barnets assistenter och insatserna räknas som egenvård kan de ingå i de timmar som ersätts av assistansersättningen.

Nedan följer ett exempel på ett ärende där hälso- och sjukvården uppmanade föräldrarna att ta ställning till om åtgärderna skulle räknas som egenvård på föräldrarnas ansvar eller som sjukvårdsinsatser enligt hälso- och sjukvårdslagen när de utförs av andra än föräldrarna.

Föräldrarna sköter i detta fall barnets medicinering, inhalationer och matning via PEG genom egenvård. Det finns en egenvårdsbedömning från hälso- och sjukvården att föräldrarna kan utföra och ta ansvar för insatserna.

När barnet är i skolan eller på ett korttidsboende räknas dessa insatser som delegerad sjukvård. Innan Försäkringskassan beslutade om en ansökan om utökad ersättning tog de kontakt med hälso- och sjukvården för att få ta del av deras beslut angående om insatserna kan utföras som egenvård av assistenter som inte är barnets föräldrar. Hälso- och sjukvården kontaktade i sin tur föräldrarna för att kunna ta ställning till om den assistent som anställd kunde utföra egenvården eller om insatserna vid dessa tillfällen behövde delegeras som sjukvård. Detta innebär att föräldrarna inte bara skulle utföra egenvårdande åtgärder för barnet utan även ta ställning till om en personlig assistent kan utföra åtgärden patientsäkert.

Det finns även exempel på att hälso- och sjukvården bedömer att insatserna ska räknas som egenvård oavsett om de utförs av föräldrar eller i förskolan, skolan eller av personlig assistent. Det förekommer att det är föräldrarna som får informera skolan och de personliga

assistenterna om insatsen. Ett exempel på ett sådant ärende är ett förskolebarn med epilepsi som behöver medicineras med både en stående medicinering och akut medicinering vid anfall.

### *Omvårdnad för personer med allvarlig sjukdom*

Nedanstående ärenden illustrerar att Försäkringskassan beviljar assistansersättning för omvårdnad av personer som har insjuknat i en allvarlig sjukdom, har insatser från den avancerade hemsjukvården (ASiH) och där det krävs omfattande vård och omsorg. Ärendena finns med i rapporten för att visa vilka insatser som svårt sjuka brukare får inom assistansersättningen.

Det första ärendet är ett exempel på en brukare som är mycket svårt sjuk. I ärendet finns inget underlag som visar på någon delegerad sjukvård eller intyg om egenvård.

Brukaren behöver hjälp med alla aktiviteter i det dagliga livet, som personlig hygien, att äta och att kommunicera. Brukaren behöver även hjälp med att torka sekret från andningsvägarna. Det behövs en mekanisk rengöring av sekret i luftvägarna och i näsan, annars får brukaren svårt att andas. De personliga assistenterna hjälper även till med att vända brukaren i sängen på natten för att hen inte ska få liggsår. De hjälper även brukaren med att ändra läge i rullstolen för att motverka smärta. Brukaren behöver även hjälp med att flytta sig från sängen till rullstolen. Minst fem förflyttningar per dag krävs för att brukaren inte ska få liggsår. Brukaren behöver även hjälp med sin medicinering.

Ett annat ärende är ett exempel på en brukare med ett stort omvårdnadsbehov, där gränsen inte är tydlig för vad som ska räknas som sjukvårdande insatser. Personen behöver hjälp med grundläggande behov som hygien, toalettbesök och att klä på och av sig. Brukaren har urinkateter som behöver spolats ofta, får sondmatning och behöver mikrolavemang för att kunna tömma tarmen. Brukaren får depåmedicin samt mer kortvarigt aktiva morfinpreparat mot smärta. Personen behövde enligt en läkares utlåtande ständigt tillsyn på grund av medicinska skäl.

Försäkringskassan tog i ärendet kontakt med kommunens hemsjukvård för att fråga om spolningen av urinkatetern är delegerad sjukvård eller egenvård. Kommunens hemsjukvård uppgav först att det måste

vara delegerad sjukvård men uppgav sedan efter en kort diskussion att det är egenvård just i detta fall. Hemsjukvården bedömde i detta fall att brukaren själv har kunskap och ansvar för att spolningen utförs, även om hen behöver fysisk hjälp med uppgiften (enligt Försäkringskassans ärendeakt).

I de fall som är beskrivna ovan har brukarna även insatser från den avancerade hemsjukvården (ASiH). Den utgör ett komplement eller alternativ till slutenvården och utgår från den slutna vården med landstinget eller motsvarande som huvudman. Den är inte en del av primärvården eller den kommunala hemsjukvården. Insatser inom ASiH är ofta av liten omfattning i tid. Det kan till exempel handla om injektioner som patienten behöver.

När ASiH utför åtgärder är det tydligt för Försäkringskassan att det är hälso- och sjukvård som inte ingår i assistanstimmarna. I Försäkringskassans beslut om assistansersättning återkommer denna formulering: ”Du får inte assistansersättning för den vård som ASiH ger därför att Försäkringskassan bedömer att det är sjukvård.”





## 5 Assistansanordnarna i systemet

När Försäkringskassan har fattat beslut om personlig assistans anlitar de flesta brukare<sup>87</sup> en assistansanordnare. Det är anordnaren som anställer de personliga assistenter brukaren vill ha. Alternativt tillhandahåller de redan anställda personliga assistenter eller rekryterar personliga assistenter i samverkan med brukaren.

Assistansanordnare har ett ansvar för den systematiska uppföljningen av egenvården som ska ske enligt egenvårdsföreskriften. Det är dessutom assistansanordnaren som i sin roll som arbetsgivare för de personliga assistenterna ska klargöra olika ansvarsfrågor som gäller egenvården i förhållandet till brukaren.

Nedan presenteras hur en privat anordnare, ett brukarkooperativ och en kommunal anordnare hanterar sjukvårdande åtgärder i assistansen. Anordnarna har valts ut för att visa exempel på hur anordnarna uppfattar och hanterar egenvården.

I kapitlet framgår att det finns en oro över att de personliga assistenterna utför åtgärder där säkerheten för brukaren kan ifrågasättas. Anordnarna uppfattar att åtgärder där hälso- och sjukvården delegerat utförandet till den personliga assistenten innebär ett stöd och en trygghet för brukaren och för assistansanordnaren. Vidare framgår att det förekommer att anordnarna inte skiljer mellan åtgärder som är egenvård eller andra åtgärder i assistansen. Det är också tydligt att anordnarna anpassar sin planering efter hur förutsättningarna är på den ort där de är verksamma.

---

<sup>87</sup> Vissa brukare väljer att vara så kallade egna arbetsgivare genom att anställa sina personliga assistenter. Detta är i dagsläget en marginell företeelse.

## 5.1 En privat assistansanordnare

I det geografiska område där den privata anordnaren bedriver verksamhet begär Försäkringskassan så gott som alltid att hälso- och sjukvården bedömer de sjukvårdande insatserna när Försäkringskassan utreder brukarens behov av hjälp (se avsnitt 4.2). Det medför att Försäkringskassans beslut visar om det finns sjukvårdande åtgärder som är delegerade av hälso- och sjukvården och därför inte ska finansieras av assistansersättningen.

I intervjun framkom att egenvårdsföreskriften inte har någon central roll i verksamheten. Begreppet egenvård används inte i anordnarens verksamhet utan anordnaren delar upp åtgärderna i assistans eller åtgärder på delegation. Uppdelningen görs för att Försäkringskassan kräver att anordnaren skiljer på den tid som finansieras av hälso- och sjukvården och den tid som finansieras av Försäkringskassan.

### *Nya brukare*

Efter att Försäkringskassan har beviljat assistansersättningen samråder anordnaren med brukaren om hur assistansen ska utformas. Samrådet sker ibland även med anhöriga till brukaren eller med dennes gode man eller förvaltare. Tillsammans tar de fram en profil över vilken personal som behövs och olika kompetenskrav på assistansbemanningen utifrån brukarens hjälpbehov. Anordnaren beräknar också kostnaderna för den nya brukaren och vilka behov som kan behöva fyllas för att kunna säkra kvaliteten i utförandet. Exempelvis beräknar anordnarna introduktions- och utbildningskostnader för assistenterna innan de fattar beslut om att ta emot brukaren. När hjälpbehovet är kartlagt och kravprofilen för personalen är färdig börjar anordnarna att rekrytera assistenterna och att schemalägga dem.

### *Sjukvårdande insatser*

Anordnaren har flera ärenden där hälso- och sjukvården faktureras för sjukvårdsåtgärder som de personliga assistenterna utför på delegation. Det gäller främst åtgärder som är delegerade av distriktsköterskor och där kommunen är huvudman. Resterande timmar som de personliga

assistenterna utför hos brukaren får anordnaren betalt för från Försäkringskassan. Enligt anordnaren fungerar systemet relativt bra, förutom i de fall kommunernas schabloner<sup>88</sup> skiljer sig åt.

Beroende på brukarens hjälpbehov får assistenterna utbildning av hälso- och sjukvården för åtgärder som är delegerade. I vissa ärenden har anordnaren kontinuerlig kontakt med sjukhus och rehabilitering och det förekommer att assistenter utbildas på sjukhusen för att lära sig att utföra vissa åtgärder. Det förekommer också att assistenterna får instruktioner för åtgärder som inte är delegerade och som ingår i de åtgärder som assistansersättningen finansierar. Det är oftast distriktssköterskor som ger dessa instruktioner. Anordnaren beskriver att distriktssköterskan då avgör vilka instruktioner som assistenterna behöver.

### *Dokumentation*

Det finns viss dokumentation om varje brukare, exempelvis rapporteras avvikelser, men det förekommer inga egenvårdsintyg hos anordnaren. Anordnaren har ingen dokumentation som visar om det finns en egenvårdsbedömning från hälso- och sjukvården för åtgärderna som de personliga assistenterna utför. Det finns inte heller någon dokumentation hos anordnaren av vilka åtgärder som Försäkringskassan har bedömt som egenvård. Detta innebär att anordnaren saknar ett ledningssystem så som det är beskrivet i egenvårdsföreskriften. Däremot lägger anordnaren scheman för att se till att någon med delegation jobbar som assistent om passet innehåller sådana åtgärder.

## 5.2 Ett brukarkooperativ

Brukarkooperativet strävar efter att brukaren ska bestämma så mycket som möjligt. Varje brukare och dennes assistenter är en egen enhet inom kooperativet. Hos varje brukare finns en arbetsledare som kan vara brukaren själv, ett ombud, en vårdnadshavare eller en legal företrädare. Brukarkooperativet bedriver verksamhet i samma område som det kontor hos Försäkringskassa som nyligen har börjat utreda sjukvårdande åtgärder i assistansen (se avsnitt 4.2).

---

<sup>88</sup> Kommuner måste inte följa den statliga schablonen, utan kan själva bestämma hur hög ersättningen ska vara, se Inspektionen för socialförsäkringen (2014 a).

Oavsett om de insatser som assistenterna utför räknas som delegerad sjukvård, egenvård eller omvårdnad så påverkar det inte finansieringen. Assistansersättningen finansierar de åtgärder som de personliga assistenterna utför. Anordnaren finansierar i stort sett samtliga åtgärder med assistans och delar inte upp åtgärderna. Endast i något enstaka fall har kommunen betalat för sjukvårdande åtgärder som anordnaren har utfört på delegation.

### *Nya brukare*

När en brukare efter Försäkringskassans beslut kontaktar brukarkooperativet utarbetar brukaren tillsammans med brukarkooperativet en genomförandeplan. De utformar också ett uppdragsavtal som beskriver åtgärderna som ingår i assistansen, liksom vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Brukaren gör också en kravprofil för assistenterna. Slutligen schemalägger brukarkollektivet assistansen.

Brukarkooperativet tar del av Försäkringskassans beslut som gäller timmarna för assistansen. Brukarkollektivet begär att ta del av själva utredningen endast om de ska överklaga beslutet.

### *Sjukvårdande insatser*

Brukarkooperativet uttrycker i intervjun att de ser fördelar med att åtgärder utförs som delegerad sjukvård. Delegation av en sjukvårdande åtgärd görs vanligen direkt till assistenterna. Om det uppstår problem med åtgärden kan assistenterna diskutera saken med den ansvariga sjuksköterskan som har det medicinska ansvaret.

Vid andra åtgärder, oavsett om det finns en egenvårdsbedömning eller inte, är det otydligare vem assistenterna ska kontakta om det uppstår medicinska problem. Då gäller inte heller patientsäkerhetslagen. Anordnaren menar att det därför är tryggare för assistenten om en åtgärd är delegerad än om den räknas som egenvård. Det beror på att patientsäkerhetslagen gäller vid delegering och att assistenterna då kan kontakta hemsjukvården vid frågor. Det är också så, enligt anordnaren, att assistenten vid delegation får rapportera händelser och avvikelser, medan vid egenvård så gäller tystnadsplikten. Brukarkooperativet efterfrågar vägledning i dessa frågor eftersom de som arbetsgivare är intresserade av ansvarsfrågan.

I verksamheten skiljer brukarkollektivet på åtgärder som utförs som direkt egenvård och som förlängd egenvård. Direkt egenvård innebär att brukaren själv utför eller instruerar om hur en åtgärd ska genomföras. Förlängd egenvård innebär att någon annan än brukaren utför eller instruerar om åtgärden.

Förlängd egenvård är vanligast på brukarkollektivet. Cirka två tredjedelar av brukarna har en vårdnadshavare eller ställföreträdare och de ansvarar därför inte själva för att utföra åtgärden. Brukarkooperativet strävar efter att den personliga assistenten inte ska ansvara för egenvården utan att det ska ligga på brukaren, en anhörig eller en legal företrädare. Om inte någon av dessa kan ta ansvar för åtgärden och åtgärden ska utföras av en personlig assistent bör den inte bedömas som egenvård, enligt brukarkooperativet. I verksamheten är många av de personliga assistenterna anhöriga till brukarna och de utför den förlängda egenvården utanför sitt assistansuppdrag.

Frågor om egenvård blir aktuella att ta ställning till först när assistenterna ifrågasätter en åtgärd utan delegation som de utför. Det är också först under år 2016 som anordnaren har reagerat på att flera assistenter utför svåra och komplicerade åtgärder av sjukvårdande karaktär utan delegation eller egenvårdsbedömning.

Det har också förekommit att brukare med egenvård, som vanligen kan instruera assistenten om mediciner de ska ta, har varit okontaktbara. Det har även förekommit att brukaren har skrivit en lapp till den personliga assistenten med instruktioner om hur medicineringen ska skötas om brukaren inte är kontaktbar. Om assistenterna i en sådan situation ringer och ber om vägledning rekommenderar brukarkooperativet att de ska ringa 112 eller sjukvårdsupplysningen, för att det då blir en fråga för hälso- och sjukvården.

Om någon med egenvård blir sämre ska vårdcentralen kontaktas, enligt brukarkooperativets rutiner. Assistenten kan då förklara att brukaren inte klarar egenvården, men bedömningen ligger fortfarande på sjukvården. Ibland kopplar brukarkollektivet in hemsjukvården om brukaren inte längre klarar egenvården. Men det händer också att den gode mannen eller anordnaren får försöka lösa frågan.

### *Dokumentation*

Anordnaren saknar ledningssystem i den mening som beskrivs i Socialstyrelsens föreskrift. Planeringen och dokumentationen förekommer huvudsakligen i genomförandeplanen. Den patientansvariga sjuksköterskan ansvarar för att de som jobbar har delegation. Arbetar en vikarie utan delegation är rutinen att delegationsåtgärden ska utföras av hemsjukvården.

## 5.3 En kommunal anordnare

Kommunen vars företrädare intervjuades ligger i ett geografiskt område där Försäkringskassan endast utreder sjukvårdande åtgärder i enstaka fall (se avsnitt 4.2). Att Försäkringskassan bara utreder i enstaka fall bekräftas av intervjun med den kommunala anordnaren och även av intervjun med tjänstemän på Försäkringskassans kontor. Det innebär att alla insatser i Försäkringskassans beslut om assistansersättningen är bedömda som assistans och finansieras av assistansersättningen. Enligt kommunen har de aldrig sett att Försäkringskassan räknat bort tid för sjukvårdande insatser i besluten om assistanstimmar.

### *Nya brukare*

En ny brukare kommer till kommunen via biståndshandläggaren eller Försäkringskassan. Om brukaren tillåter det får kommunen då tillgång till Försäkringskassans utredning.

Det tar olika lång tid att utforma assistansen på rätt sätt vilket beror på i vilken utsträckning Försäkringskassan har utrett brukarens behov och om det finns tidigare dokumentation hos biståndshandläggare inom kommunen. Kommunen går igenom de insatser som är aktuella och utreder hur dessa ska skötas. I den planeringen ingår att hälso- och sjukvården bedömer vad som är egenvård och vilka åtgärder som ska utföras som delegerad sjukvård. Därefter bemannas och schemaläggss assistansen av kommunen.

### *Sjukvårdande insatser*

Eftersom endast få brukare kan ansvara för sin egenvård strävar kommunen efter så lite egenvård som möjligt. Kommunen uppger att brukarna som kommer till dem idag ofta är svårt sjuka och behöver mycket omvårdnad.

Kommunen kräver att hälso- och sjukvården har bedömt om en åtgärd ska räknas som egenvård eller som delegerad sjukvård. Detta gäller oavsett om den personliga assistenten är en anhörig eller inte. Assistenterna får inte utföra åtgärden om det saknas en bedömning, till exempel får assistenterna då inte hantera medicin.

Kommunen har gjort en checklista som används i utredningen av om en åtgärd är möjlig att hantera som egenvård. Visar checklistan att brukaren inte kan hantera egenvården meddelas detta till läkaren som ska bedöma åtgärden. Detta minskar risken för att åtgärden skulle kunna innebära en fara för brukaren.

Om något sedan tidigare är bedömt som egenvård begär kommunen att få in bedömningen från läkaren. Kommunen kräver att de som får utföra egenvård ska vara utpekade i egenvårdsbeslutet. Kommunen ser till att assistenterna är utbildade, dokumenterar egenvårdsbesluten och ser till att bedömningarna förnyas.

Företrädarna från kommunen upplever att det är svårare att följa upp egenvårdsbesluten än att följa upp besluten om delegerad sjukvård. Vid egenvård kan ingen kontrollera att åtgärden utförs på rätt sätt eftersom varken chefen inom kommunen eller assistenten är sjukvårdsutbildad. Blir det fel kan det bero på att assistenten har fått fel utbildning eller på att chefen inte har vetat hur åtgärden ska utföras. Men det är lättare för de personliga assistenterna att utföra åtgärden om brukaren kan instruera. Det kan också förekomma att brukaren inte själv vet hur åtgärden ska utföras på rätt sätt.

Vid delegerad sjukvård är det alltid hälso- och sjukvården som utbildar och följer upp att åtgärden utförs på rätt sätt. Då är det den kommunala sjukvården som genomför utbildningen av assistenterna så att de kan utföra de delegerade åtgärderna. Det är också sjuksköterskor inom den kommunala sjukvården som delegerar sjukvårdande åtgärder till den personliga assistenten. Allt assistenterna gör bekostas av assistansersättningen, men däremot betalar assistansen inte för att sjuksköterskorna instruerar och skriver delegationer.

Företrädarna för kommunen beskriver att alternativet till att assistansen finansierar åtgärder på delegation är att dra bort tid från assistansen och i stället låta sjukvårdspersonal utföra åtgärderna. Det uppfattas inte som något alternativ att hälso- och sjukvården skulle finansiera att den delegerade uppgiften utförs av en personlig assistent.

### *Dokumentation*

Kommunen dokumenterar beslut om egenvård och beslut om delegerad sjukvård. Om en assistent är sjuk sätts en vikarie in och vikarien ska då också ha beslut på delegation eller egenvård. Om detta inte är möjligt kommer en sjuksköterska och utför åtgärden. Det samma gäller om assistenten ännu inte har hunnit få sin utbildning. Det finns även ett system för att dokumentera avvikelser, det vill säga allt som inte stämmer med de normala rutinerna och det förväntade vårdförloppet.



## 6 Andra aktörer i egenvårdssystemet

Detta kapitel beskriver hur Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Arbetsmiljöverket uppfattar assistansersättning och egenvård. Det framgår bland annat att det finns en risk för att personliga assistenter får utföra åtgärder de inte har tillräcklig utbildning och kunskap för. Det kan få till konsekvens att brukarna inte får en patientsäker sjukvård och bidra till en utsatt arbetssituation för de personliga assistenterna, inte minst i förhållande till deras ansvar om något går fel.

SKL har markerat för kommunerna att om den personliga assistenten behöver särskild utbildning för uppgiften bör insatsen inte bedömas som egenvård. Kommunerna och landstingen har också överenskommelser om egenvård för att tydliggöra hur bedömning och planering ska genomföras när en hälso- och sjukvårdsuppgift kan utföras som egenvård. Syftet med överenskommelserna är även att främja brukarens integritet och egen beslutsförmåga samtidigt som en hög patientsäkerhet eftersträvas.

IVO har uppmärksammat brister när det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser för barn och unga med funktionsnedsättningar. Däremot har IVO inte dokumenterat eller uppgett i intervjuer att de utfört tillsyn angående sjukvårdande åtgärder inom assistansen.

Arbetsmiljöverket har tidigare uppmärksammat att de personliga assistenterna kan ha en utsatt arbetssituation där det kan vara svårt att utföra vad man som assistent bör eller inte bör utföra.

## 6.1 Kommuner och landsting om egenvården

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har arbetat fram riktlinjer för bedömning, planering och uppföljning av egenvård.<sup>89</sup> SKL är också en arbetsgivarorganisation för kommunalt anställda, åtminstone när det gäller att sätta löner.

Enligt SKL ska bedömningen om egenvård göras i samråd med patienten. Det innebär inte att patienten har rätt till hälso- och sjukvård i stället för egenvård. Om patienten behöver praktisk hjälp av en annan huvudman för att utföra egenvården ska den legitimerade yrkesutövaren samråda med den aktuella huvudmannen. Utgångspunkten ska då vara de generella förutsättningar som gäller för huvudmannen, det vill säga vad huvudmannen normalt har kompetens att utföra samt skyldighet att hantera.

Bedömning av egenvård ska enligt SKL göras i två steg. Den legitimerade yrkesutövaren ska först besvara frågan om åtgärden normalt sett kan bedömas som egenvård, eller normalt sett bör utföras av hälso- och sjukvårdspersonal. Men det går inte att generellt bestämma vilka åtgärder som kan bedömas som egenvård eftersom bedömningen kan förändras över tid och påverkas av omständigheterna i varje enskilt fall. Därefter ska den legitimerade yrkesutövaren ta ställning till omständigheterna i det enskilda fallet, samt eventuella regelverk och göra en riskbedömning av om egenvårdsinsatsen kan utföras på ett säkert sätt av den enskilde eller med hjälp av närstående, anhörig eller anställd personal. Omständigheterna kan göra att en åtgärd som normalt bör utföras av hälso- och sjukvårdspersonal kan bedömas som egenvård. Då är det avgörande för bedömningen vem som utför åtgärden.

Om den enskilde, en närstående eller en anställd behöver *viss* instruktion eller handledning för att kunna utföra uppgiften kan insatsen ändå bedömas som egenvård. Om en anställd däremot behöver *särskild* utbildning för uppgiften bör insatsen inte bedömas som egenvård.

SKL poängterar att det är skillnad på om åtgärden ska utföras av en anställd eller av en anhörig. En åtgärd som bedöms som avancerad och som normalt utförs av hälso- och sjukvårdspersonal kan i vissa fall bedömas som egenvård om åtgärden kan utföras av brukaren själv

---

<sup>89</sup> Sveriges Kommuner och Landsting (2009).

eller av en närstående. Men om åtgärden ska utföras av en anställd bör den inte bedömas som egenvård.<sup>90</sup> Det beror på patientsäkerhets-skäl och på arbetsgivarens ansvar, enligt SKL.

Arbetsgivaren ansvarar för att den anställda har den kompetens som behövs och att den anställda fullgör sina arbetsuppgifter. Eftersom hälso- och sjukvård inte ingår i arbetsuppgifterna bör anställd personal endast utföra en sådan åtgärd om den har delegerats av hälso- och sjukvårdspersonal.

Om brukaren har en nedsatt kognitiv förmåga ska åtgärden alltid bedömas som en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Men då bör åtgärden ändå kunna bedömas som egenvård om en närstående som inte är anställd kan hjälpa brukaren med läkemedelshandlingen<sup>91</sup> förutsatt att riskbedömningen visar att brukaren inte utsätts för risk eller skada. Behöver brukaren praktisk hjälp för att kunna ta läkemedlen, men själv kan instruera och ansvara för att det blir rätt, kan läkemedelshandling bedömas som egenvård. Åtgärden kan då även utföras av en anställd.

Enligt SKL:s riktlinjer är delegering av en hälso- och sjukvårdsuppgift endast möjlig om den som ska utföra uppgiften också får tillåtelse att utföra uppgiften från sin arbetsledning. Det får inte finnas en bestämmelse om att uppgiften är förbehållen en viss yrkesgrupp eller att något liknande formellt eller praktiskt hinder föreligger.

## 6.2 Samordning mellan kommunerna och landstingen kring egenvård

Det är vanligt att det finns överenskommelser mellan kommunerna och landstingen när det gäller egenvård.

Överenskommelsen mellan Landstinget Västernorrland och Kommunförbundet Västernorrland ger ett tydligt exempel på innehållet i ett sådant dokument.<sup>92</sup> Syftet med överenskommelsen är att tydliggöra hur bedömning och planering ska genomföras när en hälso- och

<sup>90</sup> Detta gäller även om det är en närstående som är anställd.

<sup>91</sup> Socialstyrelsen (2013).

<sup>92</sup> Kommunförbundet i Västernorrland och Landstinget i Västernorrland (2012). <http://www.lvn.se/For-vardgivare/Egenvardsbedomning/>, hämtat 2016-11-23.

sjukvårdsuppgift kan utföras som egenvård. I dokumentet framgår även att syftet med att fatta beslut om egenvård är att främja brukarens integritet och egen beslutsförmåga samtidigt som en hög patient-säkerhet eftersträvas.

Överenskommelsen behandlar frågor om

- gränsdragningen mellan egenvård och hälso- och sjukvård
- ansvarsfrågor
- hur den individuella bedömningen om egenvård ska göras
- flödesschema för när en patient skrivs ut från sjukhus eller inom hemsjukvården
- när och hur och vilka som ska vara delaktiga för att upprätta en individuell planering för patienten.

Dokumentet innehåller också en processbeskrivning för att bedöma och planera egenvård, både från hälso- och sjukvårdens sida men även vad kommunen ska göra. Det finns en intygsmall för egenvårdsbedömning och det finns fallbeskrivningar som vänder sig till sjukvårdspersonal. Dessa fallbeskrivningar åskådliggör när det kan vara aktuellt med en egenvårdsbedömning. Det finns även rutiner för när till exempel hemtjänstpersonal eller personliga assistenter uppmärksammar brister vid egenvård och försämringar i en patients förmåga att ansvara eller utföra egenvården. I överenskommelsen mellan Landstinget Västernorrland och Kommunförbundet Västernorrland framgår att det är hälso- och sjukvården som i huvudsak ansvarar för kostnader för att instruera personliga assistenter som ska utföra egenvård.

Samverkan mellan landsting och kommun berör framförallt personer som behöver praktiskt hjälp med att utföra egenvården men själva kan ta ansvar för sin egenvård. Men samverkan berör även de fall där brukaren inte har kognitiva förutsättningar att ansvara för åtgärder som bedömts som egenvård. I dessa undantagsfall betonas vikten av samråd mellan hälso- och sjukvården och den verksamhet som ska utföra egenvården. När brukaren inte själv kan ta ansvar för egenvården så är det extra viktigt att analysera om den eller de som ska

utföra egenvården, till exempel anhöriga eller personliga assistenter, kan utföra åtgärderna på ett säkert sätt.<sup>93</sup>

Det är inte alltid tydligt hur rutinerna ser ut för bedömning och utförande av egenvård i väntan på beslut om hjälp med att utföra egenvården eller om en person får avslag på sin ansökan om assistans. I exempelvis Malmö stads rutiner för egenvård framgår att den hälso- och sjukvårdsinstans som har beslutat om åtgärden har ansvaret för att åtgärden utförs i väntan på beslutet om assistansersättning eller beslutet om stöd från kommunen.<sup>94</sup> Dokument från andra delar av landet visar att en person som får avslag om bistånd från kommunen inte kan kräva att hälso- och sjukvården ska utföra åtgärden.<sup>95</sup>

Om detta i praktiken är ett problem är svårt att säga. Enligt Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift ska inte ett beslut om egenvård tas förrän det är klart vem som ska utföra åtgärden. Å andra sidan behöver beslutet ha tagits innan Försäkringskassan kan bedöma behovet av assistansersättning.

Nedan följer ett exempel på bedömningar om vad som är sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen respektive egenvård när patienter förflyttas från sjukhus till kommunalt boende. Dessa bedömningar kallas för hemsjukvårdsbeslut och avser vilken kompetens som behövs för olika insatser och även hur mycket tid som behövs. Bedömningarna används i planering av patientens vård och som underlag för fakturering mellan kommunen och hälso- och sjukvården. Bedömningar i ett hemsjukvårdsbeslut kan se ut på följande sätt:

”Tappning av urinblåsan via kateter 4 ggr dag/0,40 tim/dag utförs av sjuksköterska eller delegerad vårdpersonal.

Användning av andningsmask för att ge ett motstånd under utandningen. Det är för att förhindra lunginflammation, för att underlätta upphostning av slem och för att stärka andningen. 3ggr/dag, 0,30 timmar per dag. Kan utföras av vårdpersonal.”

<sup>93</sup> Tydliga exempel är överenskommelsen mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län (2015) och överenskommelsen mellan Västra Götalandsregionen och Västsvenska kommunförbundens samorganisation (2013).

<sup>94</sup> Malmö stad (2014).

<sup>95</sup> Till exempel Kommunförbundet i Västernorrland och Landstinget i Västernorrland (2012) <http://www.lvn.se/For-vardgivare/Egenvardsbedomning/>, hämtat 2016-11-23.

Ovanstående utlåtande var även ett underlag för Försäkringskassans beslut när patienten skulle flytta till eget boende, och då ansökte om assistansersättning. Försäkringskassan bedömde då att de insatser som enligt hemsjukvårdsbeslutet kunde utföras av vårdpersonal skulle kunna ingå i assistansersättningen.

### 6.3 Tidigare avtal mellan Försäkringskassan i Stockholms län och Stockholms läns landsting

Innan Försäkringskassan bildades år 2006 upprättades ett avtal mellan Stockholms läns allmänna försäkringskassa och Stockholms läns landsting om att landstinget i vissa fall skulle ersätta den personliga assistans som omfattade sjukvård. Landstinget hade samma avtal med Kommunförbundet Stockholms län. Det avtalet gällde andningsstöd i hemmet. Överenskommelsen sades ensidigt upp av Försäkringskassan i juni 2016 efter den dom som HFD meddelade år 2015 och som beskrivs närmare i avsnitt 3.2.

I nuläget finansierar Stockholms läns landsting vissa insatser för andningsstöd i hemmet. Det gäller de fall när hälso- och sjukvården bedömer att personen inte själv eller med hjälp av någon annan kan utföra andningshjälpen. Då delegerar hälso- och sjukvården de sjukvårdande uppgifterna till assistenter som får grundläggande utbildning via landstinget.

Stockholms läns landsting har beskrivit att de skriver avtal med det assistansbolag som brukaren eller föräldern valt när de kommit överens med Försäkringskassan och kommunen om fördelningen av kostnaderna för den personliga assistansen. Assistansbolaget fakturerar sedan Stockholms läns landsting för deras del av finansieringen.

Efter det att överenskommelsen med Försäkringskassan sagts upp uppger Stockholms läns landsting att de har fått ta en större del av assistanskostnaden. Det gäller framför allt för små barn, som tidigare haft assistansersättning från Försäkringskassan. Det är fortfarande oklart för Stockholms läns landsting hur Försäkringskassan kommer att bedöma vad som kan ingå i assistansersättningen vid tvåårsomprövningar för vuxna patienter.

## 6.4 Inspektionen för vård och omsorg

Hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO).<sup>96</sup> Om IVO får kännedom om att någon har brutit mot en bestämmelse som gäller verksamhet som står under inspektionens tillsyn, ska myndigheten vidta åtgärder så att bestämmelsen följs och göra anmälan till åtal, om det behövs.<sup>97</sup> Detta gäller även för de egenvårdsbedömningar som görs inom hälso- och sjukvården.

Patientsäkerhetslagen beskriver vilka åtgärder som kan vidtas mot vårdgivare.<sup>98</sup> I första hand ska IVO försöka få vårdgivaren att rätta sina brister genom frivilliga åtgärder. Många olika faktorer kan orsaka att ett misstag begås eller att vården inte bedrivs så att kravet på god vård uppfylls. Det kan därför många gånger vara tillräckligt att IVO för en dialog med vårdgivaren utan att besluta om några sanktioner, till exempel att IVO påpekar vikten av att rutiner ändras eller att en viss individ får råd och stöd. Om det däremot är nödvändigt för att trygga patientsäkerheten ska ytterligare åtgärder vidtas, till exempel genom ett föreläggande om att vidta rättelse eller, som en sista åtgärd, ett förbud mot att bedriva verksamheten.

IVO utfärdar tillstånd att bedriva assistansverksamhet och har även ett tillsynsansvar när det gäller kvaliteten i utförandet av assistansen. ISF har i tidigare rapporter konstaterat att det saknas regler för vad kvalitet i assistansen innebär. Det medför att IVO har små möjligheter att underkänna kvaliteten, utom i uppenbara fall.<sup>99</sup>

I sin tillsynsrapport för verksamhetsåret 2015 lyfter IVO fram att det finns stor oreda när det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser för barn och unga med funktionsnedsättningar.<sup>100</sup> Sjukvårdande åtgärder utförs utan att en legitimerad yrkesutövare har bedömt om det ska räknas som egenvård eller inte. Enligt IVO saknar många verksamheter helt kontakt med hälso- och sjukvården. Konsekvensen blir att det medicinska ansvaret är oklart. IVO har sett dessa risker både i verksamheter där barn och unga bor under lång tid och i korttidsboenden.

<sup>96</sup> 7 kap. 1 § PSL.

<sup>97</sup> 7 kap. 23 § PSL. Detsamma gäller om någon som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonal har brutit mot någon av bestämmelserna i 5 kap. 1 § 1–7 PSL.

<sup>98</sup> 7 kap. 24–28 §§ PSL.

<sup>99</sup> Se Inspektionen för socialförsäkringen (2015), s. 29.

<sup>100</sup> Inspektionen för vård och omsorg (2016), s. 23.

Däremot har inte IVO i sina tillsynsrapporter någon beskrivning av sjukvårdande åtgärder inom assistansen.

Tillsynsrapporten för år 2015 tar även upp att personer som bedömts som olämpliga att anordna personlig assistans fortsätter med samma verksamhet fast i nya bolag.

Intervjun med IVO bekräftar det som sägs i tillsynsrapporten om att sjukvårdande åtgärder ibland utförs utan att en legitimerad yrkesutövare har bedömt åtgärderna. I samband med tillsynen av hälso- och sjukvårdsinsatser för barn och unga med funktionsnedsättningar uppmärksammades att egenvårdsföreskriften inte alltid efterföljs i praktiken, i de fall där det finns en bedömning. Ett exempel är att ändrade förhållanden inte alltid återkopplas till den legitimerade yrkesutövaren som har gjort egenvårdsbedömningen. Det kan innebära att en ny bedömning inte görs trots de ändrade förhållandena. IVO har också noterat att användningen av begreppet egenvård i verksamheter där IVO har ett tillsynsansvar inte alltid överensstämmer med Socialstyrelsens definition av begreppet.

Vid IVO:s tillsyn av assistansanordnares verksamhet ställs frågor om exempelvis läkemedelshantering. Om det finns egenvård i verksamheten frågar IVO om det finns egenvårdsbedömningar på åtgärderna. Men IVO begär inte att få se bedömningarna eller den eventuella dokumentationen om egenvården. IVO framhåller att de saknar kunskap om hur mycket assistansanordnarna känner till om egenvård och i vilken utsträckning legitimerade yrkesutövare gör egenvårdsbedömningar. IVO har heller inte gjort någon specifik tillsyn av sjukvårdande åtgärder i assistansen, men myndigheten har fått signaler om att hälso- och sjukvården ibland inte vill göra egenvårdsbedömningar, att bedömningar inte dokumenteras samt att bedömningar ibland hamnar mellan stolarna.

## 6.5 Arbetsmiljöverket

När Arbetsmiljöverket granskar äldreomsorg, hemtjänst och personlig assistans ligger fokus på att riskbedöma olika arbetsmoment. Arbetsmiljöverket undersöker då inte risken för brukaren, utan risken för den som utför åtgärden.

Det som särskiljer den personliga assistentens arbetsmiljö mot annat omsorgsarbete är att den enskilde brukaren kan bestämma dag för dag



vilka arbetsuppgifter som ska ingå i arbetet.<sup>101</sup> Det gör att arbetsuppgifterna delvis är oförutsägbara och att det även varierar var arbetsuppgifterna ska utföras. Det är samtidigt viktigt att assistansanordnare som arbetsgivare har kännedom om de arbetsuppgifter som brukaren ber assistenten om att utföra. Annars är det inte möjligt för anordnaren att bedöma riskerna för olycksfall och ohälsa i arbetet.

Assistansanordnaren har som arbetsgivare ansvar för arbetsmiljön. Men Arbetsmiljöverket ser problem med att det förekommer att assistansanordnare låter brukarna ansvara för att de personliga assistenterna har en hälsosam arbetsmiljö. Brukarna väger då in sina egna behov samtidigt som de ska ta hänsyn till de personliga assistenternas behov av en bra arbetsmiljö. Detta kan innebära en rollkonflikt för brukaren och en otydlighet för den personliga assistenten. Det blir oklart till vem den personliga assistenten kan vända sig för att påtala och åtgärda risker och problem i arbetsmiljön.<sup>102</sup>

I en rapport från år 2003 bedömde Arbetsmiljöverket att:

”... assistansarbetet relativt ofta kan vara psykiskt påfrestande. Påfrestningarna kan handla om arbetsuppgifter i gränslandet mellan egenvård och medicinsk vård, som upplevs svåra och med risk att skada om man gör fel.”<sup>103</sup>

Arbetsmiljöverket uppger att frågan om egenvård också har diskuterats under senare år.<sup>104</sup> Diskussionerna har bland annat handlat om att assistenterna haft svårt att utföra egenvårdsinsatserna eftersom de har varit så komplicerade. Det har förekommit att de har varit rädda för att utföra insatserna. Det har varit situationer då både den personliga assistenten och de anhöriga varit oroliga. Gränsdragningen mellan egenvård och insatser där hälso- och sjukvårdslagen gäller upplevdes då som svår. De personliga assistenterna hade svårt att förstå varför gränsen dragits som den dragits i olika fall. Arbetsmiljöverket tar också upp att det har skett en förskjutning så att allt fler medicinska åtgärder numera görs i brukarnas hem.

<sup>101</sup> [https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/omsorg--och-sociala-tjanster/arbetsmiljon-for-personliga-assistenter/?hl=personlig assistans](https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/omsorg--och-sociala-tjanster/arbetsmiljon-for-personliga-assistenter/?hl=personlig+assistans). Webbsidan senast uppdaterad 2015-06-17.

<sup>102</sup> Arbetsmiljöverket (2014).

<sup>103</sup> Arbetsmiljöverket (2003), s. 13.

<sup>104</sup> Intervju på Arbetsmiljöverkets huvudkontor 2016-04-01.



## 7 Diskussion och slutsatser

Lagstiftaren har valt att dela huvudmannaansvaret för personlig assistans mellan kommunerna och staten. Inledningsvis var det tydligt vad som skulle avgöra vilka som skulle få sin personliga assistans av kommunerna och vilka som kvalificerade sig för statlig assistansersättning beslutad av Försäkringskassan. Efterhand stod det klart att vattendelaren skulle vara i hur stor utsträckning brukaren behöver hjälp med de grundläggande behoven. Enskilda med mindre stödbehov avseende grundläggande behov kom att omfattas av den kommunala personliga assistansen och de med större stödbehov avseende grundläggande behov kom att omfattas av den statliga assistansersättningen. Utöver stöd för grundläggande behov kan kommunerna och Försäkringskassan också bevilja stöd för andra personliga behov. Detta stöd ska i första hand syfta till att de med personlig assistans aktivt ska kunna delta i samhällslivet och leva ett självständigt liv.

Försäkringskassan får inte lämna statlig assistansersättning för personlig assistans för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, men om hälso- och sjukvården bedömer att en sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, till exempel av en personlig assistent, kan Försäkringskassan bevilja assistansersättning för den tiden. Enligt ny praxis på Försäkringskassan kan egenvården inte innefattas i stödet för de grundläggande behoven men den kan ingå som stöd för andra personliga behov.

Utgångspunkten för att sjukvård ska kunna utföras som egenvård är att åtgärden kan utföras patientsäkert. Hälso- och sjukvården kan bedöma att en sådan sjukvårdande insats kan utföras av brukaren själv eller av någon annan, till exempel en personlig assistent, enligt det system för egenvårdsbedömning som regleras av Socialstyrelsens

egenvårdsföreskrift. Egenvård faller dessutom under ett annat ansvarssystem än sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen.

I denna granskning beskrivs systemet för bedömningen av om en sjukvårdande insats kan utföras som egenvård inom assistansersättningen och ansvarsfrågan för om det går fel. Dessutom granskas hur Försäkringskassan tolkar och tillämpar regelverket. Nedan följer en diskussion av dessa två områden.

### *Systemet för egenvårdsbedömningen i assistansen är otydligt*

När Försäkringskassan beslutar om assistansersättning är det nästan alltid oklart under vilka tider assistansen ska utföras eller vad den i detalj ska innehålla. Det är ofta inte bestämt vilka som ska vara personliga assistenter, åtminstone i de fall där andra än anhöriga till brukaren ska vara det. Brukaren eller brukarens anhöriga har svårt att redan i ansökningen, ens på en övergripande nivå, veta hur vardagen ska se ut. Brukaren ansöker om ett tänkt schabloniserat stöd som omfattar ett antal timmar per dag. Det är först när brukaren planerar assistansen med sin anordnare som innehållet blir tydligt, liksom de verkliga behoven. Dessutom finns det egentligen ingen koppling mellan beslutet och verkställandet, utöver ett visst bestämt antal timmar per vecka i assistansersättning. Det gör att assistansen kan komma att se helt annorlunda ut i verkligheten jämfört med beslutet. Innehållet bestämmer anordnaren och brukaren helt över.

Många brukare behöver mycket omvårdnad, det vill säga praktisk hjälp med att genomföra handlingar i sina dagliga liv. Innan det fanns en statlig assistansersättning bodde de flesta personer med stort omvårdnadsbehov i anslutning till eller på en institution. Numera har många ett eget boende. Dessutom ges stödet för det flesta brukarna via privata utförare. Dessa verksamheter har sällan sjukvårdsutbildad personal anställd i sin organisation.

Ett av syftena med hela assistansreformen var att lagstiftaren genom personlig assistans skulle avprofessionalisera det vardagliga samhällsstödet. Det har därför varit nödvändigt att skapa ett system utanför hälso- och sjukvården för att lösa brukarnas hela stödbehov. Sjukvårdsåtgärder som till exempel den personliga assistenten kan utföra patientsäkert bedöms därför kunna utföras som egenvård. Vid denna egenvård har brukaren ansvaret men kan inte själv utföra åtgärden.

Därför ställs stora krav på den personliga assistenten och på anordnaren.

Sammantaget indikerar granskningen att det finns en oreda ifråga om sjukvårdande insatser inom assistansen när det gäller Försäkringskassan, anordnare av assistans, men även inom hälso- och sjukvården. Men i den här rapporten är beskrivningen begränsad till hur Försäkringskassan och anordnare tillämpar regelverket.

Granskningen visar exempel på att anordnarna inte känner till eller inte följer det regelsystem som finns för egenvårdsbedömningarna. Granskningen visar också tydligt att det förekommer att anordnarna inte skiljer på egenvård och annan assistans, utan ser ersättningen som en ren finansiering av vilken personlig assistans som helst. Det framkommer också att ansvaret vid delegerade sjukvårdsåtgärder uppfattas som tydligare än för de egenvårdsåtgärder som utförs av den personliga assistenten.

Granskningen visar vidare att Försäkringskassan på olika orter har olika rutiner för att utreda sjukvårdande insatser. Ett litet kontor med relativt få ärenden har haft som rutin att i alla ärenden utreda om det förekommer sjukvårdande insatser. Två kontor med betydligt fler ärenden har i stället endast i enstaka fall utrett detta. Det finns på Försäkringskassan en uppfattning om att hälso- och sjukvården inte har haft det underlag och den planering av hälso- och sjukvårdsinsatser som behövs inför en utredning och beslut om assistansersättning.

Vid ansökan om assistansersättning vill brukaren få personlig assistans för att kunna ha ett liv så likt andra människors som möjligt. Om assistanstimmarna täcker alla moment i vardagen brukaren vill ha hjälp med ger det en trygghet och förutsägbarhet både för brukaren och för anordnaren. Detta gäller under förutsättning att det finns finansierad tid för att utföra hjälpen.

Samtidigt strävar de anordnare som ISF intervjuat efter patientsäkerhet och att hälso- och sjukvården ska ta ansvar för de sjukvårdande insatserna. Det förekommer att assistansersättningen finansierar insatser som är delegerade av hälso- och sjukvården därför att anordnare anser att det är till det bästa för brukaren. Det förekommer också att assistenter utför vad som kan räknas som sjukvårdande åtgärder utan att vare sig assistenten eller anordnaren vet om det finns en bedömning om egenvård eller inte. Det kan innebära risker för patientsäkerheten och sämre arbetsförhållanden för assistenten.

### *Samspelet mellan huvudmännen för assistans och för hälso- och sjukvård*

En skillnad mellan huvudmännen staten och kommunerna är att staten inte har någon verksamhet kring personlig assistans. Försäkringskassan bedömer stödbehovet och betalar ut ersättning, utan något direkt ansvar för hur stödet utförs. Till skillnad från detta har kommunerna i sina verksamheter socialt stöd av olika slag och de flesta kommuner utför hemsjukvården inom primärvården.

Det finns också överenskommelser om egenvård mellan vissa landsting och kommuner för att göra det tydligt hur bedömning och planering ska genomföras när en hälso- och sjukvårdsuppgift kan utföras som egenvård. Det är särskilt värdefullt för kommunerna i deras roll som utförare av personlig assistans och kommer väl till pass när brukaren behöver mycket omvårdnad. Det finns också exempel på hur Försäkringskassan och landsting skapat rutiner för att landstinget ska kunna finansiera delegerade sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen som en personlig assistent utför.

### *Ny praxis om grundläggande behov*

HFD:s dom från år 2015 medför att enbart personer med psykisk funktionsnedsättning har rätt till stöd för det grundläggande behovet annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om personen med funktionsnedsättning.

I samband med att Försäkringskassan anpassade styrningen till domen från år 2015 började Försäkringskassan att tillämpa en annan av HFD:s domar. Det handlar om den dittills inte tillämpade domen om varma bad och massage från 2012. Denna dom har medfört en ny syn på vilka stödbehov som kan räknas som grundläggande behov. Försäkringskassan anser nu att egenvård inte kan vara grundläggande behov. Egenvård faller därför under andra personliga behov, vilket gör att enskilda med stort behov av hjälp och stöd med att utföra egenvård riskerar att falla utanför den statliga assistansersättningen.

Samtidigt tydliggjorde Försäkringskassan att annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om personen med funktionsnedsättning inte är ett självständigt grundläggande behov. Det syftar enligt Försäkringskassan snarare på hjälp med något av de andra fyra grundläggande behoven.

De två förstnämnda ställningstagandena baseras på HFD:s praxis. För det tredje ställningstagandet, att annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om personen med funktionsnedsättning inte är ett självständigt grundläggande behov, finns visst stöd i förarbetena. Samtidigt ligger det en motsägelse i att detta grundläggande behov enligt praxis omfattar så kallad aktiv tillsyn, utan krav på att det ska finnas någon koppling till andra grundläggande behov.

Det är också värt att notera att lagtexten inte ger stöd för något av dessa ställningstaganden, utan att de bygger på förarbetsuttalanden eller domstolspraxis som i sin tur bygger på förarbetsuttalanden. Det är naturligt att rättsutvecklingen baseras på förarbetsuttalanden och på domstolarnas tolkning av dessa, men i detta fall innebär domstolarnas och Försäkringskassans tolkningar en mycket kraftig insnävning av rätten till personlig assistans i förhållande till vad som framgår av lagtexten. När det, som här, handlar om rättighetslagstiftning riskerar en sådan diskrepans att skapa osäkerhet om vilken rätt som egentligen finns till förmånen.

De tre ställningstagandena innebär även vissa gränsdragningsproblem. Det är till exempel juridiskt svårt att avgränsa en insats som direkt faller under något av de fyra andra grundläggande behoven enbart på den grunden att det ska räknas som egenvård. Ett exempel är att sondmatning inte ingår i det grundläggande behovet av hjälp vid måltider när det räknas som egenvård, samtidigt som det de facto är en måltidshjälp.

Det finns heller inget i lagen, förarbetena eller praxis som hindrar att psykiskt funktionsnedsatta personer får medicinsk tillsyn bedömd som annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om personen med funktionsnedsättning, under de nu givna förutsättningarna.

I denna diskussion är det också angeläget att överväga skillnaden mellan huvudmännens ansvar och att ta ställning till om det är motiverat att ett förbud mot att bevilja personlig assistans för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen saknas i LSS. Det är särskilt viktigt eftersom kommunerna har sjukvårdsutbildad personal i verksamheten.

Vidare finns anledning att överväga om fokuseringen på grundläggande behov för att få rätt till den statliga assistansersättningen är en ändamålsenlig avgränsning, oavsett effekterna av den nya praxisen. Den har inneburit att personer med stort behov av hjälp med åtgärder

som sjukvårdsinsatser och omvårdnad har lättare att få statlig assistansersättning. Personer med stort behov av i första hand annan personlig hjälp kan nu riskera att bli av med sin statliga assistansersättning eller inte beviljas assistansersättning i framtiden.

#### *Rekommendationer*

*ISF rekommenderar* att regeringen ser över möjligheterna att skapa ett system som förenklar bedömningarna och förtydligar vilket ansvar olika huvudmän har för de insatser som personliga assistenter gör.

*ISF rekommenderar* att regeringen när det gäller de grundläggande behoven överväger i vilken mån nu gällande praxis står i överensstämmelse med målen för den personliga assistansen och det uppdelade huvudmannaansvaret. Om regeringen bedömer att det finns behov av en förändring i hur reglerna om personlig assistans tillämpas i dag bör regeringen föreslå lagändringar för att åstadkomma en sådan förändring.

*ISF rekommenderar* också att regeringen klargör vilken typ av stöd som i första hand ska ersättas av respektive huvudman.



## Referenslista

Arbetsmiljöverket (2014): *Yttrande över betänkandet "Förändrad assistansersättning - en översyn av ersättningsystemet"* (SOU 2014:9), från den 6 maj 2014.

Arbetsmiljöverket (2003): *Personliga assistenters arbetsmiljö – rapport om AI Stockholms arbete och erfarenheter inom ett riksövergripande projekt april 2001– maj 2003*.

Försäkringskassan (2016): *Assistansersättning Vägledning 2003:6* Version 14.

Försäkringskassan (2016 a): *Informationsmeddelande Assistansersättning – hälso- och sjukvård eller egenvård*. IM 2016:063.

Försäkringskassan (2016 b): *Informationsmeddelande Nya blanketter för läkarutlåtande*. IM 2016:065.

Försäkringskassan (2015): *Assistansersättningens utveckling orsaker till ökningen av antalet assistansmottagare och genomsnittligt antal timmar* (Socialförsäkringsrapport 2015:13).

Försäkringskassan (2015 a): *Assistansersättning Vägledning 2003:6* Version 13.

Försäkringskassans (2015 b): *Rättsligt ställningstagande Psykisk funktionsnedsättning vid bedömningen av grundläggande behov*.

Försäkringskassan (2015 c): *Domsnytt 2015:041*, gällande Högsta förvaltningsdomstolens dom 2015 ref. 46, beslutad den 18 december 2015.

Försäkringskassan (2011): *Statlig personlig assistans – resultat från undersökning av gruppen assistansberättigade*. (Socialförsäkringsrapport 2011:18).

Inspektionen för socialförsäkringen (2015): *Assistansersättningen, Brister i lagstiftning och tillämpning* (Rapport 2015:9).

Inspektionen för socialförsäkringen (2014): *Assistansersättning och kommunalt stöd till personer med funktionsnedsättning* (Rapport 2014:19).

Inspektionen för socialförsäkringen (2014 a): *Kommunernas kostnader för assistansverksamhet* (Rapport 2014:23).

Inspektionen för vård och omsorg (2016): *Tillsynsrapport – De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015*.

Malmö stad (2014): *Rutin egenvård*.

Prop. 1995/96:146 *Vissa frågor om personlig assistans*.

Prop. 1992/93:159 *Stöd och service till vissa funktionshindrade*.

Socialstyrelsen (2015): *Lex Sarah*, Meddelandeblad Nr 1/2015.

Socialstyrelsen (2013): *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård*, Meddelandeblad Nr 6/2013.

Socialutskottets betänkande 1995/96:SoU15 *Vissa frågor om personliga assistans*.

SOU 2012:6: *Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättningen*.

Statistiska centralbyrån (2012): *Välfärd*, Nr 3/2012.

Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län (2015): *Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård*.

Svensk sjuksköterskeförening (2014): *Omvårdnad och god vård*.

Sveriges Kommuner och Landsting (2009): *Cirkulär 09:17*.

Västra Götalandsregionen och Västsvenska kommunförbundens samorganisation (2013): *Samverkansrutin för tillämpning av SOSFS 2009:6, bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*.



*isf*  
INSPEKTIONEN FÖR  
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

*adress* Box 202, 101 24 Stockholm *besöksadress* Fleminggatan 7  
*telefon* 08 58 00 15 00 *fax* 08 58 00 15 90 *e-post* [registrator@inspsf.se](mailto:registrator@inspsf.se) *webb* [www.inspsf.se](http://www.inspsf.se)

ISBN 978-91-88098-49-8