

# Egenvårdsintyg inom primärvård och äldreomsorg i Stockholms län – en kartläggning

Sara Ahrén<sup>1</sup>, Karin Högstedt<sup>2</sup>, Elin Jakobsson<sup>3</sup> och Lina Palmlöf<sup>3</sup>

**ABSTRACT.** Egenvård är centralt i omställningen till en nära vård. Hälso- och sjukvårdspersonal kan skriva ett egenvårdsintyg för ansökan om praktiskt stöd från hemtjänsten för att utföra egenvård. Vi undersökte primärvårdens och kommunens användning av egenvårdsintyget, och samverkan för att stödja äldre personers egenvård i Stockholms län.

Vi samlade in data från journalsystem, samt genomförde intervjuer med primärvård och kommuner. Egenvårdsintyg inkom till samtliga kommuner i Stockholms län och antalet utfärdanden ökade mellan 2015–2022. Majoriteten utfärdades av en mindre andel primärvårdsverksamheter. Beviljandegraden av stöd till egenvård var hög, men grunderna för beviljande skilde sig mellan kommuner.

Sjuksköterskor och distriktssköterskor utfärdade flest intyg, följt av läkare och fysioterapeuter. De vanligaste egenvårdsåtgärderna var hantering av mediciner, påtagning av kompressionsstrumpor, samt fysisk aktivitet. Stöd till egenvård uppfattades som en underutnyttjad resurs, men att få till en välfungerande samverkan var svårt. Utmaningar var det stora antalet utförare av vård och hemtjänst, låg kunskap om hur samverkan kan bedrivas, samt otydlighet kring begrepp kopplade till den regionala överenskommelsen för stöd till egenvård.

<sup>1</sup>FoU Nordost

<sup>2</sup>Nestor FoU-center

<sup>3</sup>Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum

Korrespondens: Lina Palmlöf, [lina.palmlof@aldrecentrum.se](mailto:lina.palmlof@aldrecentrum.se)

## Inledning

I Sverige ökar andelen äldre personer och allt fler i den åldrande befolkningen förväntas bo kvar hemma och därmed få vård och omsorgsinsatser i det ordinarie boendet under lång tid av sitt kvarstående liv [1-3]. För att kunna bo kvar hemma, och ha en god livskvalitet, behöver äldre personer ges möjlighet och stöd att bibehålla sin hälsa och sina förmågor.

Ett flertal nationella utredningar har lett fram till en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR) om en omställning av hälso- och sjukvården mot en *god och nära vård*, med målet att verka mer effektivt, förebyggande och hälsofrämjande, samt utgå från den enskildes behov och förutsättningar [4]. Omställningen benämns numera enbart som *nära vård* [5] och beskrivs som ett nytt sätt att arbeta, där primärvården utgör ett nav inom hälso- och sjukvården. Den allra närmsta vården uppges dock vara den vård som den enskilde kan ge sig själv – *egenvård* – samt det stöd kommuner och regioner ger för att möjliggöra denna. Att vård- och omsorgsaktörer ger stöd till patienters egenvård beskrivs också som ett exempel på ett personcentrerat förhållningssätt, något som ska genomföra flera av regeringens inriktningsmål för nära vård-omställningen [4].

Egenvård är ett lagstadgat begrepp och definieras som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande legitimerad yrkesutövare har bedömt att en individ kan utföra självständigt eller med stöd av en annan person [6]. Vilka åtgärder som kan utföras som egenvård regleras inte i lagen, utan avgörs i varje enskilt fall. Egenvård kan variera från enklare åtgärder, som påtagning av stödstrumpor eller såromläggning, till mer komplicerade åtgärder, som sondmatning, dialys eller respiratorvård i hemmet. Lagen reglerar inte heller hur stödet till egenvård ska utformas.

Om den enskilde bedöms kunna ansvara för egenvårdsåtgärden, men behöver praktiskt stöd att

## Huvudbudskap

- Utfärdandet av egenvårdsintyg från primärvården i Stockholm har ökat mellan 2015–2022, men intygen används fortfarande i relativt låg utsträckning.
- Sjuksköterskor är den professionsgrupp som utfärdar egenvårdsintyg i högst grad, följt av läkare och fysioterapeut. De vanligaste typerna av egenvård är läkemedelshantering, påtagning av kompressionsstrumpor, fysisk aktivitet och sondmatning.
- Lagen om egenvård och den regionala överenskommelsen *Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård*, samt begrepp relaterade till arbetet kring att stödja egenvård, behöver tydliggöras och diskuteras för att möjliggöra samsyn mellan professionerna.

utföra den, kan hälso- och sjukvårdspersonal skriva ett intyg för detta – kallat egenvårdsintyg. Intyget kan användas för att ansöka hos kommunens biståndsenhet om att få stöd från hemtjänsten.

När hemtjänsten ger stöd till egenvård krävs samverkan mellan utfärdaren av intyget inom hälso- och sjukvården, kommunens biståndsenhet och hemtjänsten. Denna typ av organisationsöverskridande samverkan har identifierats som en nyckelfaktor för att äldre personer, som ofta har komplexa behov, ska kunna erbjudas en sammanhållen vård och omsorg [7, 8].

Vilken effekt organisationsöverskridande samverkan generellt har på individers hälsa är inte klarlagt. Resultaten från forskning som

undersöker effekter och vinster med samverkan är motstridiga, och då studierna ofta undersöker olika typer av samverkan i olika typer av kontext är det svårt att jämföra dem och dra några säkra slutsatser [9]. I forskningsrapporten *Samverkan kring multistjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning* konstaterar författarna att resultaten är mer motstridiga när studier mäter så kallade hårda resultatmått såsom återinskrivningar. Studier som mäter patienters upplevelse av vården, exempelvis tillgänglighet eller patienttillfredsställelse är mer entydiga och visar positiva effekter av samverkan [10].

Organisationsöverskridande samverkan är komplex och påverkas av många olika faktorer och förutsättningar i de samverkande organisationerna [11]. Att etablera och utveckla samverkan mellan region och kommun förutsätter ett grundläggande arbete där de olika aktörerna tar hänsyn till faktorer som visat sig främja processen att samverka, såsom kunskap om varandras roller och vilket ansvar som finns på olika nivåer (operativ nivå, chefsnivå, politisk nivå). En viktig del av arbetet är också att förtydliga den gemensamma visionen och syftet med samverkan [8, 12].

Forskare och myndigheter har konstaterat att samverkan mellan kommunal hemsjukvård och regionens läkare är ett område i behov av förbättring i Sverige [10]. Stockholm skiljer sig från övriga landet genom att hemsjukvården är placerad under regionens husläkarmottagningar, vilket möjligen underlättar samverkan mellan läkare och övrig hemsjukvård. Samverkansytan mellan hemsjukvård (regionens primärvård) och kommunal omsorgs verksamhet som finns i Stockholm innebär dock sannolikt liknande utmaningar som för övriga landet.

År 2015 slöt Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län en samverkansöverenskommelse, *Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård*, som beskriver parternas ansvar kring bedömning, planering, genomförande och uppföljning av

egenvård [13]. Liknande överenskommelser har slutits i många regioner i Sverige. Men trots dessa överenskommelser framgick det i Socialstyrelsens kartläggning om stöd till egenvård 2017 att kommunerna ofta upplever brister i samverkan med regionerna, och att utformade samverkansrutiner inte följts [14].

I ett projekt i Danderyds kommun i Stockholms län undersökte FoU Nordost samverkan mellan regionens primärvårdsrehabilitering och kommunens hemtjänst avseende fallförebyggande träning för äldre [15]. Några slutsatser som drogs var att hemtjänstens stöd till den enskildes egenvård, i detta projekt fallförebyggande träning, hade flera positiva effekter, såsom en effektiviserad hemrehabiliteringsinsats, stärkt relation mellan den äldre och hemtjänstpersonalen, samt ökad trygghet för den enskilde i sin träning. Men även utmaningar belystes, till exempel att få till ett gott kommunikationsflöde mellan vårdgivare och hemtjänst, och att det var oklart vilken målgrupp som var lämplig för denna typ av insats.

Egenvårdsintyget och överenskommelsen för samverkan kring egenvård finns att tillgå som verktyg för en strukturerad samverkan i Stockholms län. Det har dock varit okänt i vilken grad egenvårdsintyget används och vilken typ av egenvård det används för.

### *Forskningsprojektet STEG*

Denna studie ingår i forskningsprojektet STEG – *Samarbete kring stöd för förebyggande egenvård i hemmiljö för sköra äldre personer*. Det övergripande syftet med STEG är att undersöka hur det befintliga egenvårdsintyget kan användas för att stärka samarbetet mellan primärvård och äldreomsorg för att förebygga ohälsa och försämrade funktionsförmåga hos hemmaboende äldre personer med hemtjänst.

STEG-projektet innefattar tre delar som bygger på varandra. Första delen är den aktuella studien – en kartläggning för att undersöka i vilken

utsträckning och för vilka ändamål egenvårdsintyget används i Stockholms län i dag. I del två undersöker vi de involverade professionernas uppfattningar om arbetet med egenvårdsintyget, samt äldre personers uppfattningar om att ta emot stöd till egenvård från hemtjänsten. I projektets del tre skapar vi och testar arbetsmodeller för en bättre samverkan kring att stödja äldre personers egenvård.

### *Syfte och frågeställningar*

Syftet med denna kartläggning var att undersöka primärvårdens och socialtjänstens användning av egenvårdsintyget och deras samverkan för att stödja hemmaboende äldre personers egenvård i Stockholms län. Frågeställningarna var: 1) I vilken utsträckning används egenvårdsintyget? 2) Vad påverkar användningen av egenvårdsintyget? 3) För vilken typ av egenvård används egenvårdsintyget?

### **Metod**

För att belysa både Region Stockholms och kommunernas perspektiv på användningen av egenvårdsintyg använde vi två olika metoder för datainsamling – dels inhämtade vi data från journalsystem, dels genomförde vi strukturerade intervjuer. Intervjuerna genomfördes med personal på strategisk nivå inom både kommuner och region, då syftet var att skapa en övergripande bild av egenvårdsintygets förekomst och användningsområden i verksamheternas arbetsflöde.

För regionens perspektiv och utfärdandet av egenvårdsintyg inhämtade vi data från primärvårdens journalsystem (TakeCare) och genomförde strukturerade intervjuer med chefer inom primärvården med övergripande regionalt och delregionalt uppdrag inom beställar- och utförarverksamhet. Vi undersökte kommunernas perspektiv genom strukturerade intervjuer med personal inom äldreomsorgens biståndsenheter (tabell 1). Kommunens insats som kopplas till

egenvårdsintyg dokumenteras i de flesta kommuner i löptext i det sociala dokumentations-systemet, något vi inte hade möjlighet att studera i denna studie. Vi undersökte i stället kommunens perspektiv genom intervjuer.

Personerna som deltagit i intervjuerna representerar sina verksamheter utifrån sina respektive funktioner och benämns därför som regionrepresentanter och kommunrepresentanter.

### *Datainsamling*

*Journaldata.* Totalt ingick journaldata från 191 enheter i kartläggningen. Vi hämtade data på gruppnivå från journalsystem (TakeCare): antal utfärdade egenvårdsintyg, utfärdande primärvårdsenhet, utfärdande profession, samt vilken åldersgrupp patienten som fått intyget tillhörde (18–64 år eller 65 år och äldre). För att få en bild av om utfärdandet av egenvårdsintyg skiljer sig mellan äldre och yngre vuxna individer inhämtade vi alltså även information om intyg för personer 18 år eller äldre. Både enheter i Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) egen regi och privatägda husläkarmottagningar och primärvårdsrehabiliteringsenheter som använder journalsystemet TakeCare ingick i underlaget. Ett fåtal av de privata mottagningarna använder andra typer av journalsystem och ingick således inte.

SLSO medgav uttag från samtliga enheter, vilket uppgick till 73 husläkarmottagningar och 43 primärvårdsrehabiliteringsenheter. Av de privatägda enheterna medgav 65 av de 161 husläkarmottagningarna (40%) och tio av 44 primärvårdsrehabiliteringsenheter (23%) uttag.

*Intervjuer.* Totalt genomförde vi 37 intervjuer under oktober 2022–januari 2023. Av dessa var 32 intervjuer med äldreomsorgsrepresentanter från kommuner i Stockholms län (32 av totalt 38 kommuner och stadsdelar deltog) och fem intervjuer med representanter från SLSO. Vid tre av kommunintervjuerna deltog två kommunrepresentanter,

**TABELL 1.** Organisatorisk funktion för intervjuade representanter i studien (n=40).

Representanters organisatoriska funktion	Antal	Huvudman
Närsjukvårdschef	3	Region
Verksamhetschef rehab	2	Region
Myndighetschef, verksamhetschef, resultatenhetschef, områdeschef, avdelningschef	11	Kommun
Enhetschef, biträdande enhetschef, gruppchef	20	Kommun
Gruppledare, verksamhetsledare, senior biståndshandläggare	3	Kommun
Medicinskt ansvarig sjuksköterska	1	Kommun

övriga intervjuer var enskilda. Samtliga 38 kommuner och stadsdelar i Stockholms län bjöds in att delta. Från Region Stockholm rekryterade vi de fem representanterna genom strategiskt urval för att täcka samtliga delregioner samt både rehabiliteringsverksamhet och husläkarverksamhet. Vi rekryterade samtliga representanter genom ett e-postutskick med informationsbrev om STEG-projektet inklusive en förfrågan om att delta i en kort intervju. Till de som inte besvarade förfrågan om att delta skickade vi upp till fyra påminnelser under en tidsperiod av åtta veckor. I samband med att vi bokade tid för intervju med respektive representant, inhämtade vi samtycke för deltagande digitalt med e-signering eller via pappersblankett som skickades in via post. Representanterna valde tidpunkt för intervju samt om intervjun skulle genomföras via ett telefonsamtal eller digitalt videosamtal.

Vi utformade en strukturerad intervjuguide (bilaga 1) med ett antal tillägsfrågor riktade särskilt till kommunrepresentanterna för att inhämta information om bland annat antal intyg som inkom till kommunen och vilka typer av egenvård intygen avsåg, då denna information inte kunde inhämtas via dokumentationssystem.

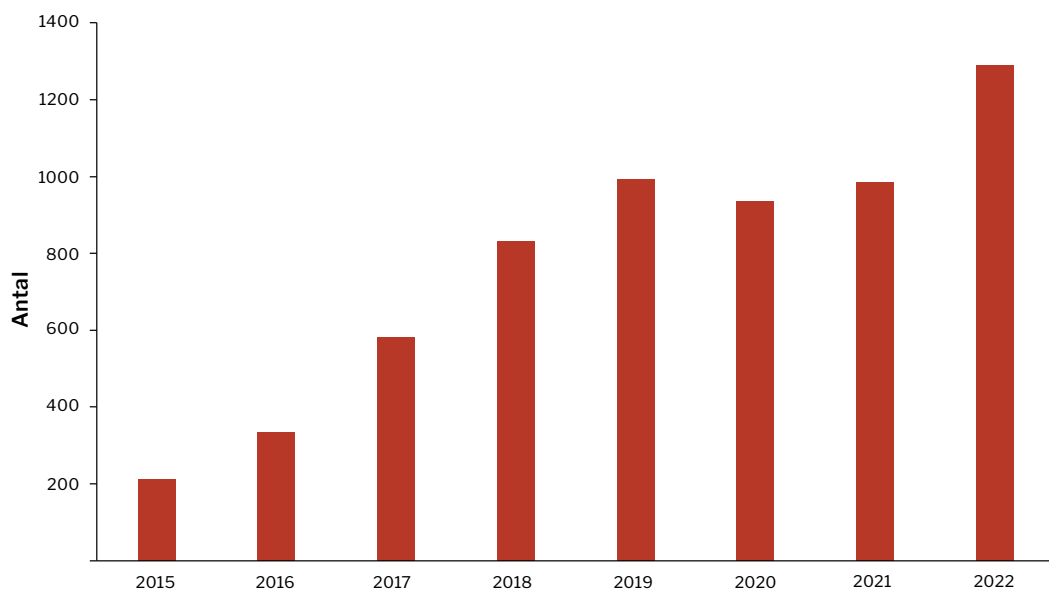
Intervjuguiden innehöll även ett par öppna följdfrågor med utrymme för beskrivande svar. Intervjuguiden pilottestades vid två intervjuer med kommunrepresentanter. Dessa intervjuer ingick i den slutliga analysen eftersom de svarade mot studiens syfte och vi behöll intervjuguidens utformning [16]. Två av studiens medförfattare (SA och KH) genomförde intervjuerna. Tidsåtgången för intervjuerna varierade mellan tio och 35 minuter, men de varade vanligtvis cirka 20 minuter. Intervjusvaren dokumenterades skriftligen under intervjuerna.

I de fall kommunrepresentanter uppgav att lokala styrdokument rörande egenvårdsintyg hade upprättats, bad vi dem skicka dessa för att få en övergripande bild av dokumentens innehåll.

### *Analys*

*Journaldata.* Vi presenterar data från journal-system deskriptivt.

*Intervjudata.* Vi presenterar intervjusvaren från de strukturerade intervjuerna deskriptivt. Vi grupperade svaren direkt efter respektive intervju utifrån relevanta teman gällande egenvårdsintyget



**FIGUR 1.** Totalt antal utfärdade egenvårdsintyg (till patienter 18 år eller äldre) per år för primärvårdsenheter i Region Stockholm 2015–2022.

och samverkan. Temana handlade bland annat om möjligheter och hinder med egenvårdsintyget och förutsättningar för samverkan. Inledningsvis sammanställde vi intervjudata från kommun respektive region separat, för att särskilja de olika perspektiven. I nästa steg slog vi samman sammanställningarna från region och kommun och därefter hanterades de som en helhet. I resultatet presenteras datamaterialet från intervjuerna under kartläggningens respektive frågeställning samt under rubrikerna: *Faktorer som påverkar användningen av egenvårdsintyg* och *Ytterligare aspekter som representanterna uttryckte var viktiga*.

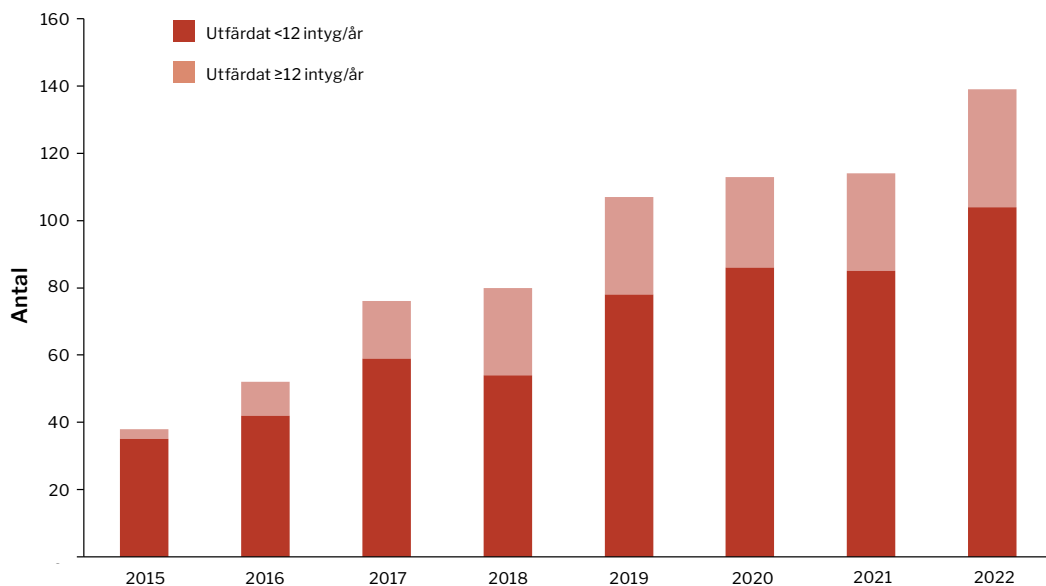
## Resultat

Resultatredovisningen är uppdelad på kartläggningens frågeställningar där både journaldata och intervjudata presenteras under respektive frågeställning. Utöver detta återfinns i slutet av

resultatredovisningen ett avsnitt som sammanfattar ytterligare aspekter på samverkan för att stödja egenvård som intervjupersoner önskade tillägga utöver de strukturerade intervjufrågorna. Resultat från journaldata redovisar intyg som är skrivna för alla individer 18 år och äldre inom primärvården, och är i vissa fall uppdelat på åldersgrupperna 18–64 respektive 65 och äldre.

### *I vilken utsträckning används egenvårdsintyget?*

Data från journalsystemet TakeCare visar att 160 primärvårdsenheter utfärdade egenvårdsintyg till personer över 18 år under perioden 2015–2022, vilket utgör 84 procent av de enheter som godkänt datauttag. Det totala antalet utfärdade egenvårdsintyg över de åtta åren var 6 161 och 88 procent av dessa var utfärdade till personer som var 65 år eller äldre.



**FIGUR 2.** Antal primärvårdsenheter som utfärdat egenvårdsintyg, samt hur många av dessa som utfärdat i snitt tolv intyg eller fler, redovisat per år för primärvårdsenheter i Region Stockholm 2015–2022.

Utfärdandet av egenvårdsintyg i Stockholm varierade över åren och steg från totalt 213 intyg under 2015 till 1290 intyg under 2022 (figur 1).

Antalet utfärdande enheter 2015 var 38 och 2022 hade antalet stigit till 139 enheter. Det var dock många enheter som utfärdade få intyg och relativt få enheter som utfärdade i snitt ett intyg i månaden eller fler (figur 2).

Antalet utfärdade intyg under åren 2015–2022 per primärvårdsenhet varierade från 1–278 intyg och medelvärdet var 38,5 egenvårdsintyg per enhet. 20 enheter utfärdade fler än 100 egenvårdsintyg, medan en majoritet av enheterna utfärdade färre än 50 egenvårdsintyg totalt under åren 2015–2022 (tabell 2).

Samtliga kommunrepresentanter (n=32) angav i intervjuerna att de mottar egenvårdsintyg till sin verksamhet. Åtta kommunrepresentanter uppskattade att de fått in ett fåtal intyg de senaste sex månaderna, fyra svarade cirka 5–15 intyg och

**TABELL 2.** Utfärdandegrad av egenvårdsintyg för primärvårdsenheter (husläkarmottagningar och rehabiliteringsmottagningar) i Region Stockholm, totalt under åren 2015–2022.

Utfärdade intyg 2015–2022	Antal enheter
<50	123
50–99	17
100–149	10
150–199	6
≥200	4

två uppskattade att de fått in mellan 25 och 50 intyg. Cirka hälften av kommunrepresentanterna kunde inte göra någon uppskattning (n=18).

Kommunrepresentanterna ombads även upp-

skatta i vilken utsträckning intygen beviljades. Tretton uppgav att alla eller nästan alla intyg beviljades och 16 uppgav att en majoritet av de inkomna egenvårdsintygen beviljades. Tre kommunrepresentanter kunde inte göra någon uppskattning av i vilken utsträckning intygen beviljades.

Intervjuerna med kommun- och regionrepresentanter visade att 26 av 37 kände till den regionala överenskommelsen *Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård*. Hälften av kommunerna uppgav att de dessutom hade egna lokala rutiner kopplade till den regionala överenskommelsen.

### *Faktorer som påverkar användningen av egenvårdsintyg*

Under intervjuerna utvecklade flertalet representanter sina svar genom att resonera kring faktorer som kunde påverka initierande av utredning, behovsbedömning och beslut om att bevilja insatsen stöd till egenvård. Vi sammanfattar och beskriver dessa faktorer under fyra rubriker nedan.

*Kompletta intyg.* Kommunrepresentanter lyfte fram att egenvårdsintygen måste vara kompletta och korrekt ifyllda samt innehålla en motivering för behovet av stöd, för att ärendet ska kunna handläggas. Exempel på brister var att intyg saknade uppgift om tidsbegränsning eller tidpunkt för uppföljning, eller att det inte var underskrivet av den enskilde gällande godkännande av samverkan.

### *Ekonomiska konsekvenser för den enskilde.*

Många av de som får rekommendation om stöd till egenvård var inte medvetna om att ansökan kan leda till extra kostnader till följd av utökad hemtjänst. Detta kunde i vissa fall leda till att ansökningar drogs tillbaka av den enskilde. Alternativa lösningar, som att byta vårdgivare till en som erbjöd insatsen som hälso- och sjukvårdsåtgärd via högkostnadsskydd, förekom också.

### *Den enskildes förmåga att ansvara för egenvård.*

Majoriteten av kommunrepresentanterna uppgav att de hade tillit till hälso- och sjukvårdspersonalens bedömningar avseende en persons behov av stöd och förmåga att ansvara för egenvårdsinsatser. Flera kommuner uppgav dock att de hade en dialog med regionen när det behövdes förtydliganden kring hanteringen av egenvården, till exempel om hemtjänstens eller biståndshandläggarens uppfattning avseende den enskildes kognitiva förmåga skilde sig från hälso- och sjukvårdspersonalens.

Vissa kommunrepresentanter uppgav att de inte beviljade stöd till någon form av egenvård om personen hade kognitiv nedsättning, oavsett grad. Andra gjorde en samlad bedömning av den enskildes förutsättningar i relation till egenvården, och kunde bevilja stöd om det ansågs lämpligt. Något som också påverkade beviljandet var osäkerhet kring personens förmåga att själv instruera hemtjänstpersonal. Detta blev extra problematiskt i de fall hemtjänsten hade många vikarier och biståndshandläggaren var osäker på vikariernas kompetensnivå.

*Skälig levnadsnivå.* Insatser beviljades om egenvården bedömdes vara rimlig och inom skälig levnadsnivå i enlighet med kommunens riktlinjer, samt om stödet inte kunde tillgodoses på annat sätt. Beslut underlättades om den enskilde redan var beviljad hemtjänst och om stödet till egenvård kunde ges då hemtjänst ändå var på plats. Några kommuner hade som regel att endast bevilja stöd till egenvård när pågående omsorgsinsats från hemtjänsten redan fanns.

Några kommuner uppgav att rättspraxis kring arbetsmodellen saknas och att de i mer komplexa eller omfattande bedömningar därför tar stöd av jurist, exempelvis när insatsen avsåg träning eller då den enskilde hade kognitiv svikt. Andra exempel på komplicerade ärenden var sondmatning eller insatser vid syn- eller hörselnedsättning.



**TABELL 3.** Antal utfärdade egenvårdsintyg till personer 18–64 år respektive ≥65 år, per legitimerad hälso- och sjukvårdsprofession i Region Stockholm under åren 2015–2022.

Befattning	Antal intyg (%) 18–64 år	Antal intyg (%) ≥65 år	Totalt (%)
Distriktssköterska/sjuksköterska	392 (52)	4 484 (83)	4 876 (79)
Läkare	270 (36)	543 (10)	813 (13)
Fysioterapeut	57 (8)	206 (4)	263 (4)
Arbetssterapeut	5 (<1)	10 (<1)	15 (<1)
Dietist	2 (<1)	-	2 (<1)
Logoped	-	1 (<1)	1 (<1)
Uppgift saknas	28 (4)	163 (3)	191 (3)
<b>Totalt</b>	<b>754 (100)</b>	<b>5 407 (100)</b>	<b>6 161 (100)</b>

### *För vilken typ av egenvård används egenvårdsintyget?*

Information om vilken typ av egenvård som primärvårdsenheterna utfärdat intyg för kunde av datatekniska skäl inte inhämtas genom utdrag från TakeCare. Däremot kunde information inhämtas om vilken legitimerad sjukvårdsprofession som utfärdat intyget. Journaldata visade att sjuksköterska/distriktssköterska utfärdat intyg i högst utsträckning, följt av läkare och därefter fysioterapeut. Arbetssterapeuter hade utfärdat totalt 15 intyg, dietister två och logoped ett intyg över samtliga år. Fördelningen mellan utfärdande professioner var i stort sett densamma för intyg utfärdade till personer 65 år och äldre som till vuxna personer yngre än 65 år (tabell 3).

Intygen används främst för att hantera läkemedel (till exempel dosförpackade läkemedel, handräckning, ögondroppar, smörja salva), påtagning av kompressionsstrumpor, fysisk aktivitet (träningsprogram, gång, cykling, rehabilitering, rörlighetsövningar) och sondmatning. Störst beviljande sker för läkemedelshantering och kom-

pressionsstrumpor. Fysisk aktivitet beviljades i varierad utsträckning i kommunerna – nio kommunrepresentanter beskrev det som en ofta beviljad åtgärd, medan tio andra beskrev det som en åtgärd det var mindre vanligt att bevilja stöd för.

### *Ytterligare aspekter på samverkan för att stödja egenvård*

Utöver svar på de strukturerade intervjufrågorna lyfte ett flertal kommun- och regionrepresentanter ytterligare aspekter som de såg som relevanta avseende samverkan för stöd till äldre personers egenvård. Nedan beskriver vi dessa aspekter i två kategorier.

*Underutnyttjad och otydligt arbetssätt.* Egenvård uppfattades som en underutnyttjad resurs i det förbyggande och personcenterade arbetet. Intervjudeltagarna betonade att egenvård är viktigt för att kunna möta framtida utökade vård- och omsorgsbehov. De upplevde otydligheter och begreppsförvirring som hinder,

da begreppet egenvård tolkades olika av alla parter. De beskrev också kunskapen om hur in-tyget ska användas som bristfällig, både mellan samarbetsparterna och inom den egna verksamheten. Ett mycket stort antal utförare inom såväl hemtjänst som primärvård beskrevs också komplicera samverkan.

Intervjupersonerna upplevde det som en svårighet att egenvårdsintyg kunde användas som ett medel för att förskjuta kostnadsansvar mellan huvudmän och verksamheter. De framhöll att det var viktigt att vara observant på att in-tyget inte användes för att lösa någon annan verksamhets resursbrist. De intervjuade framhävde att beslut om stöd kan kategoriseras som antingen hälso- och sjukvårdsinsats, delegerad hälso- och sjukvårdsinsats, eller stöd till egenvård. De beto- nade att detta val ofta grundas på organisatoriska faktorer snarare än på den enskildes specifika för- mågor och behov.

*Struktur och tillit.* Effektiv samverkan kräver tydliga rutiner och ansvarsfördelning. Flera representanter tog upp delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser som en jämförelse, och menade att arbetet med delegering fungerade bättre än egenvårdsintyget då det innebar en tydlig an- svarsfördelning.

Enkla kommunikationsvägar och goda rela- tioner lyftes också fram som viktiga för att kunna ta gemensamt ansvar kring stödet till egenvård och för att kunna involvera den enskilde på ett tillfredsställande sätt. Flera kommunrepresen- tanter beskrev vikten av att ha tillit till varan- dras bedömningar även om parterna hade olika uppfattningar.

Både kommun- och regionrepresentanter uttryckte att gemensamma möten och dialog tydliggjorde rutiner och främjade förståelsen för varandras organisatoriska förutsättningar, vilket underlättade samverkan kring stöd till egenvård. Att ha forum på politisk nivå och tjänstemannanivå för att uppmärksamma

samverkanssvårigheter och uppdatera kontakt- uppgifter lyftes också som värdefulla resurser för en fungerande samverkan. De ansåg också att det främjade arbetssättet att den regionala överens- kommelsen för samverkan kring egenvård brutits ner och anpassats till den lokala kontexten.

## Diskussion

Vår kartläggning visar att alla Stockholms kom- muner och stadsdelar tar emot egenvårdsintyg, men att utfärdandet varierar stort bland primär- vårdsverksamheterna, med vissa som inte ut- färdar några alls. Utfärdandet av egenvårdsintyg för vuxna individer (18 år och äldre) har ökat markant (600%) från 2015 till 2022, men majorite- ten av intygen kommer från en mindre andel av primärvårdsverksamheterna. Antalet intyg som når olika kommuner och stadsdelar i Stockholm skiljer sig också åt.

Kartläggningen visar även att beviljande- graden för egenvårdsintyg inom äldreomsorgen är relativt hög, då 50 procent av kommunerna uppskattade att majoriteten av ansökningar om stöd till egenvård beviljas, och 40 procent uppgav att nästan alla, eller alla, beviljades. Grunden för beviljande skiljer sig dock mellan kommuner, vilket i praktiken leder till att personer har olika möjlighet att få stöd till egenvård beroende på var de bor. Exempelvis beskrev flera kommuner att bedömningen påverkades av om personen i fråga redan hade hemtjänst. Det var lättare att bevilja ansökan om stöd till egenvård om annan insats från hemtjänsten redan pågick.

Ett annat exempel var när personen hade kognitiv svikt. Kommunrepresentanter lyfte att detta avsevärt försvårade bedömningen av huru- vida den enskilde skulle klara av att ansvara för egenvården, vilket är ett kriterium för att tillhöra målgruppen [13]. Vissa kommuner berättade att de nekade stöd till egenvård vid all kognitiv svikt, oavsett grad, medan andra beskrev att de gjorde en bedömning utifrån varje enskilt fall,

där grad av kognitiv svikt och typ av egenvård spelade in.

Resultatet i vår kartläggning tyder således på att möjligheten att få stöd till egenvård är ojämlig över länet. Denna typ av ojämlighet i tillgång till äldreomsorgsinsatser föreligger inte bara i Stockholms län, utan är ett nationellt fenomen. Resultat från en tidigare studie som undersökt lokalpolitiska policyer för äldreomsorg i Sveriges samtliga kommuner, pekar på att beslutsfattande om äldreomsorgsinsatser skiljer sig mellan kommunerna, både utifrån att de lokalpolitiska riktlinjerna för beviljande av stöd skiljer sig, och att biståndshandläggares delegation för att fatta beslut om äldreomsorgsinsatser varierar [18]. I vissa kommuner har biståndshandläggare full delegation medan andra kommuner villkorat delegationen med att beslut ska följa lokala riktlinjer eller föregås av samråd med funktion på ledningsnivå. Detta leder således till att äldreomsorgsinsatser beviljas i olika grad, och på olika grunder, i landets kommuner.

Det är sjuksköterskor och distriktssköterskor som i störst utsträckning utfärdar egenvårdsintyg, därefter kommer läkare och sedan fysioterapeuter. Våra intervjudeltagare uppskattade att de vanligaste typerna av egenvård som avses för intygen som inkommer till kommunerna var hantering av mediciner, påtagning av kompressionsstrumpor samt fysisk aktivitet. Detta verkar stämma väl överens med information från journaldata om vilka professioner som oftast utfärdar intygen. Det är oftast sjuksköterskor och distriktssköterskor som hanterar mediciner och kompressionsstrumpor.

Bedömning av den enskildes förmåga att ansvara för egenvården ska enligt den regionala överenskommelsen göras av den legitimerade sjukvårdspersonal som utfärdar egenvårdsintyget. Det framkom dock under intervjuerna att det ibland finns en osäkerhet kring om sjukvårdspersonalen känner den enskilde tillräckligt väl för att göra en välgrundad bedömning.

Denna brist på tillit kan skapa en svårighet i samverkan. Tillit framhävs i flera vetenskapliga studier som en avgörande faktor för framgångsrik samverkan [19, 20]. Forskare betonar också att tydlig rollfördelning är en viktig förutsättning för samarbete mellan yrkesfunktioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst [21]. Skapande av tillit kräver ett långsiktigt och kontinuerligt arbete [8].

Interprofessionellt teamarbete och gemensamma geriatriska bedömningar är vanligt förekommande interventioner för att främja samverkan [10], och man kan anta att de både stärker tillit mellan aktörer och förtydligar rollfördelningen i samverkan. Resultatet av vår studie visar att det verkar finnas ett behov i Stockholms län av att arbeta med att stärka tilliten och förtydliga rollfördelningen för att få samverkan mellan vård- och omsorgsaktörer att fungera bättre när de gemensamt ska stödja äldre personer att utföra egenvård.

Det framkom i intervjuerna att stöd till egenvård anses vara ett viktigt verktyg för att skapa en nära vård och för att hantera den ökade belastningen på sjukvården framledes. Samtidigt framkom att det finns en oro över att kostnader skjuts över mellan huvudmännen, och att detta är något man behöver bevaka så att den egna organisationen inte behöver ta onödiga kostnader. Denna bild bekräftas i SNS rapport *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*, som påtalar att bristen på finansiella incitament för att samverka gör att vård- och omsorgsverksamheter hellre skjuter över ansvar på varandra än att ta gemensamt ansvar för den enskildes hälsa [10].

Av de intervjuade kände 26 av 37 till den samverkansöverenskommelse avseende stöd till personers egenvård som finns mellan Region Stockholm och kommuner i Stockholms län [13]. För cirka 30 procent var den alltså okänd. Det innebär givetvis inte att den är okänd för alla kollegor och medarbetare i verksamheten, men

det är likväl ett problem om chefer eller personer på strategisk nivå inte vet vilka samverkansöverenskommelser som finns för deras verksamhet, då det är viktigt att samverkansarbetet är förankrat och bedrivs både från operativ och strategisk nivå i en verksamhet [8]. Att alla berörda verksamheter i Stockholm har kännedom om samverkansöverenskommelsen är avgörande för att länets invånare ska ha en jämlik tillgång till stöd till egenvård och således en likvärdig vård och omsorg. En brett riktad informationskampanj om egenvård och den regionala samverkansöverenskommelsen till vård- och omsorgsverksamheter i Stockholms län skulle därför sannolikt vara av stort värde. En implementering av samverkan kring egenvårdsintyg kräver förstås fler strategier än så, men det är ett grundläggande steg.

En utmaning i samverkan kring egenvård som lyfts av flera intervjuade är det stora antalet utförare, både inom primärvård och hemtjänst. Det regionala och kommunala självstyret är starkt i Sverige, och det påverkar möjligheterna till samverkan på olika sätt i olika kommuner [10]. Alla parter som är inblandade i samverkan kring att stödja äldre personer med egenvård, biståndshandläggare, primärvårdspersonal och hemtjänstpersonal, har ett stort antal verksamheter att samverka med. Det kan då bli svårt att skapa en gemensam målbild, gemensamma rutiner och fungerande kontakt- och informationsvägar, vilka alla är viktiga faktorer för en hållbar samverkan [22].

Intervjupersonerna beskrev också att det fanns en kunskapsbrist avseende hur samverkan kring egenvårdsintyg och stödande av egenvård ska gå till, både inom den egna verksamheten och bland samarbetsparter. Denna kunskapsbrist kan exempelvis bero på att överenskommelsen är okänd för många, men också att begrepp och riktlinjer kan tolkas olika, eller att tilliten mellan parterna brister. Att integrera vård och omsorg och tillsammans arbeta personcentrerat är en komplex uppgift som kräver intersektoriell sam-

verkan på klinisk (mikro), organisatorisk (makro), samt systemnivå (meso) [23]. Funktioner och system som stödjer integreringen av vård och omsorg på alla dessa nivåer, till exempel finansiella och operativa system, är nödvändiga. Men även en annan dimension av integrering, som handlar om att ha en gemensam referensram avseende mål, vision, värderingar och kultur, är grundläggande för en god samverkan [23]. Detta talar för att samverkansparterna skulle vara hjälpta av att tillsammans arbeta fram en gemensam bild av hur samverkansarbetet ska fungera, utifrån den befintliga gemensamma överenskommelsen, och med det gemensamma målet att ge en personcentrerad vård och omsorg.

Information om utfärdade egenvårdsintyg i denna studie inhämtades på ett systematiskt sätt genom utdrag från journalsystemet Take-Care, som är Region Stockholms huvudsakliga journalsystem. Datauttaget gjordes av Region Stockholm, som förfogar över databasen Intelligence, som samlar all information från samtliga vårdenheter i Stockholm som använder TakeCare. Då all vård enligt lag ska journalföras borgar detta för att de egenvårdsintyg som skrivs finns att hämta i detta system, vilket är en styrka med denna kartläggning. Dock har inte alla tillfrågade primärvårdsenheter valt att bifalla datauttaget. Möjligen kan det vara så att de som tackat nej, eller inte svarat på förfrågan, gjort det på grund av att de utfärdat intyg i låg utsträckning, och då inte såg någon anledning till att vara med i kartläggningen. Det skulle i så fall innebära att kartläggningen överskattat andelen av Stockholms primärvårdsenheter som har skrivit intyg under den undersökta perioden.

En annan styrka med kartläggningen är att intervjuer kring mottagande och användning av egenvårdsintyg gjorts med 84 procent av länets alla kommuner och stadsdelar, vilket kan klassas som en god representation. Dock har det inte varit möjligt att inhämta exakta uppgifter om antalet intyg som inkommer till kommunerna och

i vilken utsträckning de beviljas, utan endast en uppskattning. Detta beror dels på hur kommunerna registrerar egenvårdsintyg och beslut om stöd till egenvård i sina verksamhetssystem, och dels på vilken detaljkontroll intervjupersonerna haft. Sammantaget anser vi ändå att den data som inhämtats och bearbetats ger oss en god bild av i vilken utsträckning egenvårdsintyget används i Stockholms län i dag och en relativt god bild av på vilket sätt det används.

Den här studien har undersökt användningen av egenvårdsintyget i form av dess utfärdande av hälso- och sjukvårdspersonal, och mottagande och handläggning av kommunens personal. Under förutsättning att insatsen beviljas ska stödet sedan genomföras av till exempel hemtjänstpersonal, och följas upp av utfärdande hälso- och sjukvårdspersonal. Det förfarandet undersöks vidare i STEG-projektets andra del, där vi intervjuar primärvårdspersonal, biståndshandläggare och även hemtjänstpersonal.

Sammanfattningsvis belyser den aktuella studien följande aspekter, som kommer beaktas i det vidare arbetet i STEG-projektets tredje del, där arbetsmodeller för arbetet kring egenvårdsintyget ska tas fram och testas tillsammans med berörda verksamheter:

- Information om samverkansöverenskommelsen för stöd till egenvård behövs.
- Roller i samverkan behöver förtydligas.
- Tillit till varandras arbete behöver öka.
- Begrepp relaterade till arbetet behöver diskuteras för att möjliggöra samsyn.

---

### Etiska överväganden

Studien har följt forskningsetiska principer [17]. Projektet har godkänts av Etikprövningsmyndigheten (diarienummer 2022-04018-01).

Samtliga inbjudna representanter gavs skriftlig information om projektet och erbjöds med påminnelser om att delta i projektet. Informationsbrevet beskrev syftet med projektet, att deltagandet var frivilligt och

kunde avbrytas utan att uppge orsak, samt att data hanterades konfidentiellt och presenterades oidentifierat (bilaga 2).

---

### Certificate for self-care with support in primary and elderly care in Stockholm County – a mapping study

**Abstract.** Self-care is central to the transition towards *good quality local care*, as part of proactive and health-promoting efforts. Healthcare professionals can issue a *certificate for self-care with support* (CSS), enabling individuals to apply to the municipality for practical assistance from home care services in carrying out self-care. We examined the use of CSS by primary care and municipalities, as well as their collaboration to support older adults' self-care in Stockholm County.

We collected data from medical record systems and conducted interviews with primary care and municipalities. CSS were submitted to all municipalities in Stockholm County, and the number of certificates issued increased between 2015 and 2022. The majority were issued by a small proportion of primary care units. The approval rate for self-care support was high, but the criteria for approval varied between municipalities.

Nurses and district nurses issued the most certificates, followed by physicians and physiotherapists. The most common self-care measures were medication management, applying compression stockings, and physical activity.

Support for self-care was perceived as an under-utilised resource, but achieving effective collaboration around this was challenging. Obstacles included the large number of care and home care providers, limited knowledge of how collaboration should be conducted, and ambiguities regarding terms related to the regional agreement on support for self-care.

---

### Referenser

1. Socialstyrelsen. *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*. Socialstyrelsen; 2022.
2. Socialstyrelsen. *Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre*. Socialstyrelsen; 2021.

3. SCB. *Efter 60. En beskrivning av äldre i Sverige*. SCB; 2022. Demografiska rapporter 2022:2.
4. Socialdepartementet, Sveriges kommuner och regioner. *God och nära vård 2023. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner*. (S2023/00372). Socialdepartementet.
5. Sveriges kommuner och regioner. *Omställning till nära vård* [internet]. Sveriges kommuner och regioner; 2024 [uppdaterad 24-06-25; citerad 24-11-14]. Hämtad från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/omstallningtillnaravard.57446.html>
6. *Lag om egenvård* (SFS 2022:1250). Socialdepartementet.
7. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017. PM 2017:2.
8. Hoppe M, Mörndal M. *Labbet – en fristad för välfärdens utveckling*. I: Hedberg Rundgren Å, Klinga C, Löfström M, Mossberg L, redaktörer. *Perspektiv på samverkan – om utmaningar och möjligheter i välfärdens praktik*. Studentlitteratur; 2022. s. 267-88.
9. Alderwick H, Hutchings A, Briggs A, Mays N. *The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews*. BMC Public Health. 2021;21(1):753. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10630-1>
10. Blomqvist P, Winblad U. *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*. SNS Förlag; 2023.
11. Aunger JA, Millar R, Greenhalgh J, Mannion R, Rafferty AM, McLeod H. *Why do some inter-organisational collaborations in healthcare work when others do not? A realist review*. Systematic reviews. 2021;10(1):82. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01630-8>
12. Vangen S, Huxham C. *Aiming for collaborative advantage: challenging the concept of shared vision*. SSRN [preprint]; 2005. Advanced institute of management research paper no 015. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1306963>
13. StorSTHLM, Region Stockholm. *Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård. Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län*. StorSTHLM och Region Stockholm; 2015.
14. Socialstyrelsen. *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning*. Socialstyrelsen; 2017.
15. Palmlöf L, Klinga C, Hedberg Rundgren Å. *Samarbete mellan primärvårdsrehabilitering och hemtjänst för att förebygga fall hos hemmaboende äldre personer – ett pilotprojekt för att utveckla och testa en arbetsmodell*. FoU Nordost; 2019. FoU-rapport nr 34/2019.
16. Kvale S, Brinkmann S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur; 2014
17. Vetenskapsrådet. *God forskningssed*. Vetenskapsrådet; 2024.
18. Wittberg S. *Discretion for whom? Local policies and the agency problem between politicians and care managers in Swedish social service*. European journal of social work. 2024;27(6):1113-1126. <https://doi.org/10.1080/13691457.2023.2297652>
19. Aunger JA, Millar R, Rafferty AM, Mannion R, Greenhalgh J, Faulks D m fl. *How, when, and why do inter-organisational collaborations in healthcare work? A realist evaluation*. Plos one. 2022;17(4):e0266899. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266899>
20. Andersson J, Ahgren B, Axelsson SB, Eriksson A, Axelsson R. *Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review*. International journal of integrated care. 2011;11:e137. <https://doi.org/10.5334/ijic.670>
21. Hewitt G, Sims S, Harris R. *Using realist synthesis to understand the mechanisms of interprofessional teamwork in health and social care*. Journal of interprofessional care. 2014;28(6):501-6. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.939744>
22. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2016. PM 2016:1.
23. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care*. International journal of integrated care. 2013;13:e010. <https://doi.org/10.5334/ijic.886>

**BILAGA 1.**

**Intervjuguide med frågor till samtliga region- och kommunrepresentanter, samt tillägsfrågor för representanter för kommunernas verksamheter.**

**Frågor till samtliga****Tillägsfrågor till kommunrepresentanter****A. Introduktionsfrågor**

Beskriv kortfattat din befattning och din funktion.

I vilken organisation arbetar du?

Hur länge har du haft din nuvarande befattning?

**B. Kännedom om egenvårdsintyget och dess användning**

Känner du till egenvårdsintyget? (ja/nej)

Känner du till överenskommelsen kopplat till detta? (ja/nej)

Har din enhet egna, lokala rutiner kopplat till överenskommelsen och egenvårdsintyget? (ja/nej)

Om ja: Kan vi få ta del av dessa, om de är skriftliga? (ja/nej)

Inkommer egenvårdsintyg till er enhet? (ja/nej)

Om ja: Har du någon uppfattning om ungefär hur många som inkommit de senaste 6 månaderna? (antal, alternativt direkt svar)

I vilken omfattning skulle du säga att dessa beviljas som omsorgsinsats? (uppskattning procent)

För vilken typ av egenvård är det vanligast att omsorgsinsatser beviljas? (tex. träningsprogram, stödstrumpepådragning) (öppen/fritext)

För vilken typ av egenvård är det mindre vanligt att det beviljas? (öppen/fritext)

Av vilken anledning ser beviljandegraden och egenvårdstyp ut som beskrivet? (öppen/fritext)

Är det någon annan utförare än hemtjänstverksamhet som kan utföra egenvårdsstöd för äldre personer? (ja/nej) Om ja - vilka?

Tabellen fortsätter på nästa sida.

---

**Frågor till samtliga****Tilläggsfrågor till  
kommunrepresentanter**

---

**C. Andra överenskommelser/ rutiner/verktyg  
som avser samverkan**

Utöver nämnd överenskommelse och rutiner kopplat till den, känner du till några andra överenskommelser/ rutiner/verktyg som avser samverkan mellan sjukvård och äldreomsorg för att stödja äldre personer med sin egenvård? (ja/nej)

Om ja på föregående fråga: I så fall vilka? Kan vi få ta del av dessa, om de är skriftliga? (öppen/fritext)

Används dessa i högre utsträckning än egenvårdsintyget? (ja/nej)

Om ja: Hur kommer det sig? (öppen/fritext)

**D. Avslutningsfråga**

Något du vill tillägga? (öppen/fritext)

---



## BILAGA 2.

**Informationsbrev, som lämnades till alla projektets deltagare.**

---

### Information till forskningspersoner

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

#### Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

I Sverige ökar andelen äldre i befolkningen och majoriteten av den åldrande befolkningen kommer leva i eget boende, snarare än på äldreboende, under hela eller lång tid av sitt kvarstående liv. Många äldre personer har kontakt med både sjukvården och äldreomsorgen för att få stöd i sitt dagliga liv när de bor i eget boende. Att upprätthålla självständighet och god livskvalitet är av stor betydelse, och något som kan bidra till detta är egenvård. Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad sjukvårdspersonal har bedömt att patienten kan utföra självständigt. Att utföra en del av sin vård på egen hand kan för många kännas positivt och ge en ökad kontroll över sin situation. Men ibland behövs någon form av stöd från t.ex. närstående eller hemtjänst för att man ska kunna utföra sin egenvård.

Det övergripande syftet med detta projekt är att undersöka hur primärvård och äldreomsorg (socialtjänst och hemtjänst) kan utveckla sin samverkan för att personal i verksamheterna på bästa sätt ska kunna stödja äldre personer med förebyggande egenvård. För att undersöka vilka arbetssätt och verktyg som finns för samverkan mellan verksamheterna idag kommer individuella intervjuer att genomföras med personal på strategisk nivå från hälso- och sjukvård samt kommunal äldreomsorg.

Forskningshuvudman för projektet är Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för projektet. Ansökan är godkänd av Etikprövningsmyndigheten, diarienummer för prövningen hos Etikprövningsmyndigheten är 2022-04018-01.

#### Hur går projektet till?

Att delta i projektet innebär att du blir intervjuad av en forskare i projektgruppen om ditt professionella perspektiv på samverkan mellan hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Intervjun tar ca 20 min och intervjuaren dokumenterar genom att föra anteckningar. Tid för intervjun bestäms i samråd med intervjuaren.

#### Möjliga följder och risker med att delta i projektet

Under intervjun väljer du själv vad du vill dela med dig av och du kan välja att avstå från att svara på någon fråga, eller helt avbryta intervjun utan att detta ifrågasätts. Vi bedömer att det inte är förenat med några risker att delta i intervjun.

#### Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information om din funktion och den organisation du arbetar inom.

Den information som kommer att samlas in är den som du lämnar under intervjutillfället. Informationen kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem och de kommer att förvaras under 10 år. Alla som arbetar med studien omfattas av tystnadsplikt.

Studiens resultat kommer att redovisas på gruppnivå så att ingen enskild person kommer att kunna identifieras.

All hantering av data kommer genomföras i överensstämmelse med dataskyddsförordningen GDPR och samtliga data förvaras enligt krav på säker förvaring av forskningsdata.

Ansvarig för dina personuppgifter är Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i projektet, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Rätten till radering och till begränsning av behandling av personuppgifter gäller dock inte när uppgifterna är nödvändiga för den aktuella forskningen. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta Stiftelsens dataskyddsombud Mikael Mildén som nås på e-post: mikael.milden@aldrecentrum.se. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten, som är tillsynsmyndighet.

#### **Hur får jag information om resultatet av projektet?**

Resultatet av projektet kommer redovisas som en artikel i vetenskaplig tidskrift, som t.ex. Äldre i Centrum, vetenskapligt supplement.

#### **Försäkring och ersättning**

Inget särskilt försäkringsskydd finns för din medverkan i projektet. Ingen ersättning utgår för att delta i projektet.

#### **Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka ditt framtida arbete.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för projektet (se nedan).

#### **Ansvariga för projektet**

Ansvarig för projektet är:

Lina Palmlöf, utredare på Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Sveavägen 155, 113 46 Stockholm

Mobil: +46 70 003 84 52

E-post: lina.palmlof@aldrecentrum.se

Kontakta gärna Lina om du har frågor kring projektet.